

A Influência dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps) na Epidemiologia dos Transtornos Mentais nas Organizações.

Denilson Aparecida Leite Freire – denilson@ufu.br

Universidade Federal de Uberlândia - UFU

Marisa Aparecida Elias – mapelias@yahoo.com.br

Faculdade Pitágoras

Área temática: Gestão na Saúde

Resumo

A questão da saúde mental, inserida no contexto do SUS - Sistema Único de Saúde, vem sendo fundamentada na busca de construção de novos modelos de atenção ao doente mental influenciados pelo movimento da reforma psiquiátrica iniciada em 1970 (AMARANTE, 2001). Dentre os modelos estruturados, destaca-se os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como resultado dos esforços para superação da lógica de internação dos doentes mentais como única forma de intervenção. Assim muitas ações de saúde mental pelo SUS foram implementadas nos últimos anos, impactando tanto a sociedade quanto as organizações. O objetivo desse artigo foi analisar se as ações dos centros de atenção psicossocial (CAPS) teriam influência na epidemiologia dos transtornos mentais dentro das organizações. Como metodologia foi utilizada uma pesquisa descritiva, quantitativa histórica, por meio da análise documental dos documentos disponibilizados pelo ministério da Previdência Social e do ministério da Saúde, no período de 2008 a 2014. Os resultados revelaram que enquanto houve uma redução numérica e percentual do número de episódios depressivos do tipo acidentário, passando de 79,9% em 2008 para 68,1% em 2014, o número de benefícios referente a transtorno depressivo recorrente aumentou de 14% em 2008 para 21% em 2014. Esses dados revelam que há uma redução da incidência da depressão, contudo há um aumento na prevalência da doença, se tornando recorrente. Dessa forma os achados indicam que quanto mais se investe em programas de saúde, como com a implantação dos CAPS e nas ações de desinstitucionalização, observou-se uma redução do número de casos de episódios depressivos (incidentes) e uma estabilização dos transtornos depressivos recorrentes (prevalência) nas organizações.

Palavras-chave: Centro de Atenção Psicossocial; Epidemiologia; Transtornos Mentais na Organizações;

1. Introdução

Amarante (2001) afirmou que a questão da saúde mental, inserida no contexto do SUS - Sistema Único de Saúde, vem sendo fundamentada na busca de construção de novos modelos de atenção ao doente mental influenciados pelo movimento da reforma psiquiátrica iniciada em 1970.

Dentre os modelos estruturados, destaca-se os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como resultado dos esforços para superação da lógica de internação dos doentes mentais como única forma de intervenção. Assim, os CAPS trazem uma nova abordagem, mais hegemônica. De acordo com Brasil (2004, p.9), esses centros:

São instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida quotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica

Entretanto, se por um lado existem ações para lidar com os transtornos mentais na rede pública, por outro há ainda poucos estudos representativos dos índices de prevalência das pessoas com doenças mentais no Brasil (SANTOS; SIQUEIRA, 2010), existem muitos estudos pontuais e regionais, mas poucos de abrangência nacional. Poucos são os estudos que tentaram sumarizar dados de prevalências dos transtornos mentais em adultos.

Essa questão se torna ainda mais delicada quanto se trata de estudos epidemiológicos dos transtornos mentais que afetam as organizações. Mello et al. (2007) descreve, em seu livro "Epidemiologia da saúde mental no Brasil", alguns estudos populacionais realizados com a população brasileira. Sendo esse um dos poucos livros de referência sobre o assunto no país. Uma pesquisa conduzida por Santos e Siqueira (2010) levantou as principais publicações de estudos epidemiológicos no Brasil no período de 1997 a 2009. Em relação à estudos dos transtornos mentais na organização foram encontrados apenas 6 publicações de destaque, revelando a pouca representatividade desses estudos no Brasil.

Dessa forma, estudos epidemiológicos se fazem necessários no mapeamento desses transtornos tanto na sociedade, quanto nas organizações, afim de fomentarem decisões tanto no planejamento de políticas públicas de saúde mental quanto das políticas empresariais em relação a esse tema (MELLO et al, 2007).

Esse artigo pretende aquecer a curiosidade e o debate sobre a importância da realização de estudos epidemiológicos como fonte de informações para as intervenções mais efetivas em relação aos cuidados com os portadores de transtornos mentais. Para isso foi proposto um objetivo preliminar que seria uma análise da evolução histórica de transtornos mentais nas organizações, observando se com a criação dos CAPS houve alguma influência nessa evolução. A hipótese inicial é de que com o aumento do número de CAPS ocorreria, possivelmente, a diminuição da incidência de transtornos mentais nas organizações.

Para a realização da pesquisa foi utilizado um recorte na ampla gama de transtornos mentais categorizados no CID-10. Foi definida a depressão como tema de recorte desse estudo. Essa escolha se deu pelo fato de que esse transtorno já atingir 5% da população mundial em 2012 e 10% da população brasileira em 2010. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001, p.12):

A depressão grave é atualmente a principal causa de incapacitação em todo o mundo e ocupa o quarto lugar entre as dez principais causas de patologia, a nível mundial. Se estiverem corretas as projeções, caberá à depressão, nos próximos 20 anos, a dúbia distinção de ser a segunda das principais causas de doenças no mundo.

E as projeções da OMS em 2001 foram alcançadas em 2010, com 9,8% da população brasileira com transtornos depressivos e já considerada o transtorno mais incapacitante dentro das organizações.

Dessa forma foi realizado um mapeamento histórico da incidência e prevalência dos transtornos depressivos com código CID-10: F32 - episódios depressivos e F32 - transtornos depressivos recorrentes. Utilizou-se a base de dados do Ministério da Previdência Social que disponibilizou na internet, os números referentes ao auxílio-doença acidentários e previdenciários concedidos no período de 2008 a 2014. Em seguida a evolução desses transtornos foi comparada à evolução do número de centros de apoio psicossociais (CAPS) no mesmo período.

Para consecução desse objetivo, o artigo está estruturado da seguinte forma: será descrito, sucintamente o aporte teórico que fundamenta as argumentações apresentadas, em seguida será demonstrada a metodologia utilizada e por fim, os resultados, análises e considerações finais.

2. Fundamentação Teórica

Não se pretende, nesse artigo, realizar um debate teórico profundo, mas apresentar os principais conceitos que foram trabalhados na pesquisa e que são: epidemiologia dos transtornos mentais, os transtornos depressivos e sua incidência e prevalência no mundo do trabalho e que são e representam os centros de atenção psicossocial nesse contexto.

A epidemiologia objetiva estudar a distribuição e a frequência de doenças em uma respectiva população, que no caso dessa pesquisa, teve como foco os transtornos mentais. De acordo com a Classificação Internacional de Transtornos Mentais e de Comportamento (CID-10), as doenças mentais são definidos como transtornos com manifestação psicológica associada a algum comprometimento funcional, seja ele ocasionado de uma disfunção biológica, social, psicológica, genética, física ou química. Eles podem ser classificados, ainda, como alterações do modo de pensar e/ou do humor associadas a uma angústia expressiva, produzindo prejuízos no desempenho global do sujeito (OMS, 1997).

Os transtornos depressivos são caracterizado no CID-10 como transtornos de humor (afetivos) e que estão representados pelos código F32 e F33, como pode ser visto no Quadro 1.

Quadro 1- Transtornos de Humor (Afetivos) F30 a F39

Classificação	Transtorno
F30	Episódio Maníaco
F31	Transtorno Afetivo Bipolar
F32	Episódios Depressivos
F33	Transtorno Depressivo Recorrente
F34	Transtorno de humor (afetivos) persistentes
F38	Outros Transtornos do Humor (afetivos)
F39	Transtorno do Humor (afetivo) não especificado

Fonte: OMS, 1997

De acordo com Seligmann-Silva (2013, p. 220), o episódio depressivo

(...) pode se apresentar num quadro agudo ou já cronicado. As manifestações predominantes numa depressão são, em geral, o humor triste, o desânimo, as vivências de perda, sentimentos de fracasso, dificuldade de visualizar perspectivas positivas, tendência a se auto culpabilizar, pensamentos sombrios. Ocorrem, ainda, lentificação do pensamento e dos desempenhos, dificuldade para concentrar atenção, perturbações do sono (frequentemente insônia no final do período noturno, mas, em alguns casos, também sonolência diurna), dificuldades de tomar iniciativa. Ideias negativas ocupam o pensamento, às vezes perpassam pensamentos de morte.

Já o transtorno depressivo recorrente possui os mesmos sintomas, porém frequentes. Ballone et al. (2002) afirmam que a depressão é uma doença crônica, recorrente, influenciando contundentemente, a visão negativa da pessoa em relação à sua própria vida.

A depressão seja ela incidente (episódio depressivo) ou prevalente (transtorno depressivo recorrente) se intensifica e agrava diante das exigências do trabalho, fazendo com que o indivíduo se sinta frágil e incapacitado. Dessa forma, as pressões organizacionais exercida pela chefia, equipe podem aumentar a angústia e agravar a depressão (SELIGMANN-SILVA, 2013).

Entretanto são escassos os estudos epidemiológicos no Brasil, principalmente sobre transtornos mentais. Medeiros et al. (2006) já afirmavam que os estudos epidemiológicos na saúde mental ainda eram vistos como incipientes e poucos utilizados na elaboração de políticas de saúde. Eles realizaram uma revisão da literatura sobre o assunto, traçando como início da linha do tempo, a década de 1970, data provável da trajetória dos estudos epidemiológicos na área de saúde mental, até 2005. Sua pesquisa evidenciou a prevalência de estudos na região sudeste e sul, com poucas publicações no nordeste. Revelou também que os estudos sobre riscos e fatores de risco para adoecimento mental são quase inexistentes.

Miranda et al (2008) empreenderam um estudo estatístico-descritivo que investigou a incidência dos distúrbios mentais em serviços de saúde mental no período de 1997 a 2001. Foram analisados 3.877 registros médicos. Dentre os resultados foi constatado que nos adultos, os episódios depressivos constituíram o diagnóstico de maior incidência, predominando em mulheres.

Santos e Siqueira (2010) efetuaram uma revisão sistemática de literatura propondo verificar os índices de prevalência dos transtornos mentais na população brasileira. Os pesquisadores utilizaram como critério de seleção das pesquisas, os estudos com perda amostral inferior a 20%, estudos que referiram estimativas de prevalência para problemas de saúde mental em população de 15 a 59 anos e estudos que utilizaram instrumentos padronizados de avaliação psiquiátrica para a coleta dos dados. Foram encontrados 25 artigos de acordo com os critérios estabelecidos. Os resultados demonstraram altos índices de prevalência geral de transtornos mentais na população adulta que variaram entre 20% e 56%, acometendo principalmente mulheres e trabalhadores.

Finalmente, uma pesquisa realizada pelo IBGE (2014) em 2013, revelou que o diagnóstico médico sobre a depressão, no Brasil, estimou que 7,6% das pessoas, isso é, cerca de 11,2 milhões de pessoas, de 18 anos ou mais receberam diagnóstico de depressão por profissional da saúde mental. As regiões Sul e Sudeste apresentaram os maiores percentuais, com mais incidência na área urbana (8%). Maior prevalência entre as mulheres 10,9% do que em homens 3,9% . Esses dados instigam o debate de como

regiões mais industrializadas e comerciais e com concentração de trabalho e renda contribuem para intensificar a incidência de quadros depressivos, principalmente dentro das organizações.

De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2012), a depressão grave respondeu por 12% do total de afastamentos de atividades profissionais e educacionais em todo o mundo, fazendo desse transtorno a principal causa de incapacitação e responsável por um grave impacto econômico nas sociedades.

Nesse sentido, a vivência depressiva em relação ao trabalho e a si mesmo, nos trabalhadores, alimenta-se da sensação de adoecimento intelectual, de paralisia da fantasia e da imaginação. A relação do homem com o conteúdo do trabalho por ser resumida, segundo Dejours (1992) em dois componentes: o conteúdo significativa em relação ao sujeitos e o conteúdo significativo em relação ao objeto, ao trabalho e quando o avanço dessa relação são bloqueados, observa-se a incidência do sofrimento, levando a possíveis quadros depressivos.

O trabalho não poderia ser, na visão de Capitão (2013), uma negatividade da vida, mas, muito pelo contrário, a expressão desta, coisa que o capitalismo, nas suas mais variadas versões apresentadas no decorrer da história, não permitiu que ocorresse.

Há entretanto, na esfera pública algumas ações que tentam minimizar o impacto do sofrimento mental nas populações. O Sistema Único de Saúde (SUS) criou os centros de apoio psicossocial (CAPS) que são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, visando estimular sua integração social e familiar. O primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil foi inaugurado em março de 1986, na cidade de São Paulo. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2004).

Os CAPS – assim como os NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial), os CERSAMs (Centros de Referência em Saúde Mental) e outros tipos de serviços substitutivos que têm surgido no país, são atualmente regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 e integram a rede do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2004).

Pesquisas já indicam que um dos transtornos mais atendidos pelos CAPS são os transtornos depressivos. Assim, o transtorno depressivo vem se caracterizando como um importante problema de saúde pública, sendo 2 a 3 vezes mais frequente em mulheres e trabalhadores (IBGE, 2014).

3. Metodologia

Tratou-se de uma pesquisa do tipo descritiva, pois propicia meios para avaliação dos fenômenos da sociedade. Os dados foram levantados quantitativamente por meio da análise documental (VERGARA, 2005).

Para análise da incidência e prevalência de depressão foram utilizados dados dos afastamentos por motivos de doenças, analisando a quantidade liberada anualmente do benefício auxílio doença do Ministério da Previdência Social. Das tabelas disponibilizadas foram computadas a evolução dos auxílios concedidos no período de 2008 a 2014 referentes à depressão, sendo constituídas informações nos códigos F32 - Episódios depressivos e F33 - Transtorno Depressivo Recorrente pelo CID-10.

Para o levantamento da evolução do número de CAPS abertos no Brasil foram utilizados dados do Ministério da Saúde. O Quadro 2 traz as informações pesquisadas e suas fontes.

Quadro 2 - Informações e Fontes

Informação	Fonte	Referência
Evolução da incidência e prevalência de afastamentos por transtornos depressivos no período de 2008 a 2014	Ministério da Previdência Social	BRASIL (2015)
Evolução do número de CAPS no período de 2008 a 2014	Ministério da Saúde	BRASIL (2012)

No site do Ministério da Previdência Social encontram-se as tabelas com as informações sobre auxílios-doença acidentários e previdenciários concedidos segundo os códigos da Classificação Internacional de Doenças – CID-10, no período de 2008 a 2014.

O auxílio-doença está definido no artigo 59 da Lei 8.213/91, que estabelece o seguinte: “O auxílio-doença será devido ao segurado que, havendo cumprido, quando for o caso, o período de carência exigido nesta Lei, ficar incapacitado para o seu trabalho ou para a sua atividade habitual por mais de 15 (quinze) dias consecutivos.

Esse benefício corresponde à 91% do salário-de-benefício do segurado, conforme estabelecido no artigo 61 da Lei 8.213/91. Não há aplicação do fator previdenciário no cálculo do auxílio-doença.

O benefício tem duas modalidades: acidentário e previdenciário. O benefício acidentário é aquele que exige a CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho) e é concedido ao segurado que sofre acidente de trabalho, inclusive o de trajeto, ou para aquele trabalhador que se torna portador de doença profissional. Já o benefício do tipo previdenciário é para aquele trabalhador que tem doença profissional, adquirida pelos esforços advindos das suas atividades profissionais. Assim, invés de requerer a Comunicação de Acidente de Trabalho para dar entrada no benefício auxílio acidentário e acaba requerendo o auxílio doença previdenciário.

A evolução do número de CAPS foi retirado do relatório do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

Foram comparadas as evoluções dos afastamentos e a evolução do número de CAPS, resultado em tabelas e gráficos que foram analisadas quantitativamente.

4. Resultados e Análises

A análise deu-se em duas partes. Na primeira os dados foram analisados segundo a modalidade do benefício auxílio-doença: acidentário ou previdenciário. Em cada modalidade apurou-se a evolução absoluta e relativa dos transtornos mentais.

Na tabela 1 encontra-se expressos os valores obtidos na relação entre o número de transtornos mentais acidentários e o número de benefícios totais concedidos. O objetivo era verificar qual a proporção dos transtornos mentais (F00 a F99) acidentários sobre o total de benefícios concedidos no geral (Total do CID-10).

Observa-se na Tabela 1 que houve um decréscimo tanto do número de benefícios totais concedidos, quanto da prevalência dos transtornos mentais. Não se apurou as causas dessa possível redução, contudo infere-se que deva ser fruto de um sistema mais rígido de concessão de auxílios aliado a outros fatores de saúde, como melhoria das condições

de trabalho, já que se trata acidentes. Entretanto, o percentual do número de transtornos mentais se manteve sobre o total de benefícios se manteve proporcional próximo de 4,0%, podendo afirmar que os transtornos mentais correspondem a mais ou menos 4% do total das acidentes que obtiveram auxílio-doença.

Tabela 1 - Transtornos Mentais (Acidentários) em %

Ano	CID-10	F00- F99	%
2014	279.868	11.791	4,2
2013	304.217	12.688	4,2
2012	305.208	11.597	3,8
2011	319.445	12.337	3,9
2010	327.894	12.150	3,7
2009	329.914	13.478	4,1
2008	356.336	12.818	3,6

Fonte: Dados da pesquisa

Quando analisada essa relação quanto ao número de benefício auxílio-doença do tipo previdenciário, o cenário se altera. Como pode ser visto na tabela 2, o número de benefícios nessa modalidade aumentou de 2008 para 2014, assim como o número de transtornos mentais. Entretanto houve uma redução do percentual de transtornos mentais sobre o total de benefícios, passando de 11% em 2008 para 9,0% em 2014

Tabela 2 - Transtornos Mentais (Previdenciários) em %

Ano	CID-10	F00-F99	%
2014	2.328.151	209.930	9,0
2013	2.283.074	216.161	9,5
2012	2.158.346	202.800	9,4
2011	2.022.613	198.743	9,8
2010	1.900.728	188.862	9,9
2009	1.713.115	176.894	10,3
2008	1.806.727	197.914	11,0

Fonte: Dados da pesquisa

A Tabela 3 procurou verificar a proporção do número de transtornos do humor (F30 a F39) em relação ao total dos transtornos mentais (F00 a F99) do tipo acidentário.

Tabela 3 - Transtornos do Humor (Acidentários) em %

Ano	F00-F99	F30-F39	%
2014	11.791	4.897	41,5
2013	12.688	5.320	41,9
2012	11.597	4.897	42,2
2011	12.337	5.555	45,0
2010	12.150	5.617	46,2
2009	13.478	6.704	49,7
2008	12.818	6.403	50,0

Fonte: Dados da pesquisa

Verificou-se decréscimos em todas as colunas, com destaque para a diminuição percentual do número de transtornos de humor sobre o total dos transtornos mentais.

Em 2008, os transtornos de humor representaram 50,0% do total dos transtornos mentais e em 2014 reduziu para 41,5%.

Em relação ao benefícios do tipo previdenciário observou-se (Tabela 4), também uma redução percentual do número de casos dos transtornos de humor sobre o total dos transtornos mentais. Eles representavam 51,7% em 2008 e caiu para 47,0 em 2014.

Tabela 4 - Transtornos do Humor (Previdenciários) em %

Ano	F00-F99	F30-F39	%
2014	209.930	98.646	47,0
2013	216.161	100.591	46,5
2012	202.800	95.837	47,3
2011	198.743	96.251	48,4
2010	188.862	94.324	49,9
2009	176.894	89.178	50,4
2008	197.914	102.255	51,7

Fonte: Dados da pesquisa

Observou-se ainda que enquanto houve um aumento do número de transtornos mentais, ocorreu uma diminuição absoluta do número de casos dos transtornos de humor. Em relação à proporção dos transtornos depressivos (episódicos e recorrentes) sobre o total dos transtornos de humor, verifica-se, na Tabela 5 que eles representaram, em 2014, 89% de todos os transtornos de humor.

Tabela 5 - Episódios Depressivos e Transtorno Depressivo Recorrente (%) Acidentários

Ano	F30-F39	F32	%	F33	%	% Total
2014	4.897	3.337	68,1	1.020	21	89
2013	5.320	3.612	67,9	1.089	20	88
2012	4.897	3.411	69,7	948	19	89
2011	5.555	3.946	71,0	1.004	18	89
2010	5.617	4.048	72,1	956	17	89
2009	6.704	4.814	71,8	1.206	18	90
2008	6.403	5.117	79,9	872	14	94

Fonte: Dados da pesquisa

Nota-se na Tabela 5 que enquanto houve uma redução numérica e percentual do número de episódios depressivos do tipo acidentário, passando de 79,9% em 2008 para 68,1% em 2014, o número de benefícios referente a transtorno depressivo recorrente aumentos de 14% em 2008 para 21% em 2014. Esses dados revelam que há uma redução da incidência da depressão, contudo há um aumento na prevalência da doença, se tornando recorrente.

Essa proporção analisada na modalidade previdenciária revela que houve uma redução percentual do número de casos de episódios depressivos, passando de 61,0 em 2008 para 56,7% em 2014 (Tabela 6) e houve uma manutenção do número de casos de transtornos depressivo recorrente, variando em torno de 23% .

Tabela 6 - Episódios Depressivos e Transtorno Depressivo Recorrente Previdenciários

Ano	F30-F39	F32	%	F33	%
2014	98.646	55.931	56,7	22.949	23,3
2013	100.591	57.432	57,1	23.072	22,9
2012	95.837	54.571	56,9	22.231	23,2
2011	96.251	55.332	57,5	22.468	23,3
2010	94.324	55.871	59,2	21.157	22,4
2009	89.178	53.434	59,9	19.915	22,3
2008	102.255	62.356	61,0	23.113	22,6

Fonte: Dados da pesquisa

Para efeito de análise, foram somados os percentuais dos casos de episódios depressivos e dos transtornos depressivos recorrentes (Tabela 7)

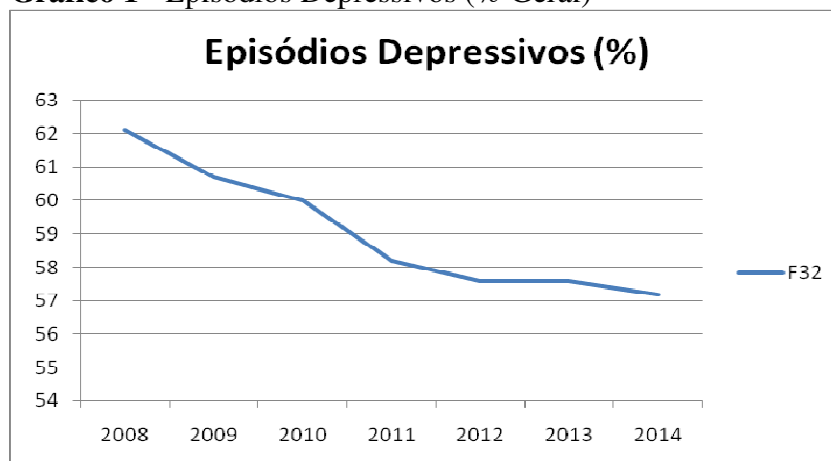
Tabela 7 - Percentuais Gerais (F32 e F33)

Ano	F32	F33	Total
2014	57,2	23,1	80,3
2013	57,6	22,8	80,4
2012	57,6	23,0	80,6
2011	58,2	23,1	81,3
2010	60,0	22,1	82,1
2009	60,7	22,0	82,7
2008	62,1	22,1	84,2

Fonte: Dados da pesquisa

Observou-se que enquanto houve uma redução do percentual de episódios depressivos, houve uma certa retenção ou manutenção dos transtornos depressivos recorrentes. O Gráfico 1 demonstra a evolução dos casos de concessão de auxílio-doença por episódios depressivos.

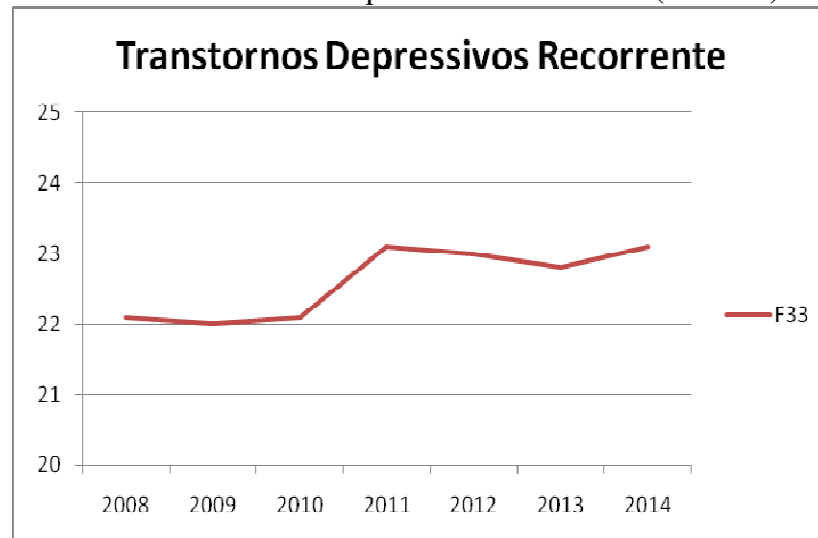
Gráfico 1 - Episódios Depressivos (% Geral)



Fonte: Dados da pesquisa

Nota-se que o número de casos passou de 62,1% em 2008 para 57,2 em 2014, revelando uma tendência de queda gradual. No gráfico 2 está representada a curva referente aos transtornos depressivos recorrentes.

Gráfico 2 - Transtornos Depressivos Recorrentes (% Geral)

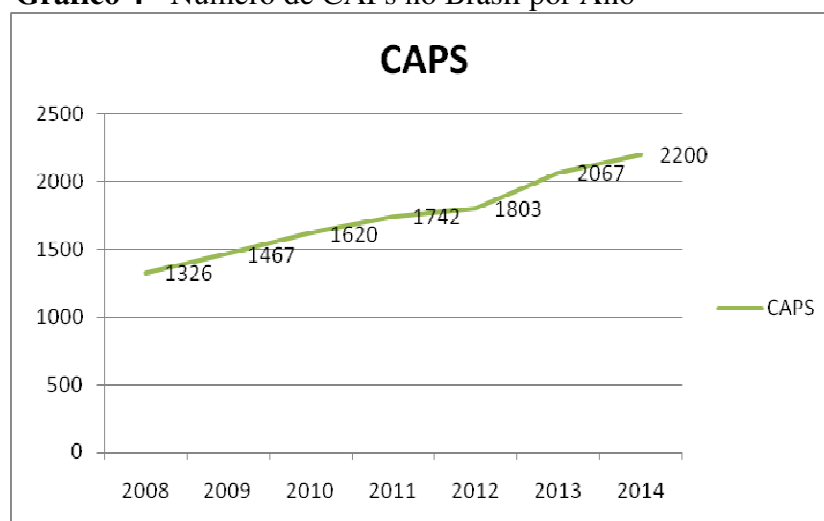


Fonte: Dados da pesquisa

O gráfico 2 revela que há um ligeiro aumento gradual, porém com tendência a estabilização do número de casos.

Finalmente foi levantado a quantidade de abertura de CAPS, no período de 2008 a 2014 (Gráfico 4). Conforme BRASIL () o número de casos de depressão vem dominando os atendimentos nos centros.

Gráfico 4 - Número de CAPs no Brasil por Ano



Fonte: Dados da pesquisa

Observou que o número de CAPS passou de 1326 unidades em 2008 para 2200 em 2015. Foram levantadas também as ações de desinstitucionalização dos pacientes com transtornos mentais por meio de dois programas: Volta para Casa e Residências Terapêuticas (Tabela 8).

Tabela 8 - Desinstitucionalização (Programas) em Números

Desinstitucionalização		
Ano	Volta Casa	Res. Terapêuticas
2012	4085	
2011	3635	625
2010	3486	550
2009	3192	514
2008	2868	487

Fonte: Dados da pesquisa

Nota-se um crescimento de tais intervenções. A grande questão é: será que as ações dos CAPS juntamente com as ações de desinstitucionalização estão contribuindo para a redução e controle dos transtornos depressivos na sociedade e nas organizações? Os dados parecem apontar uma relação negativa, isso é, à medida em que se investem nessas ações há uma redução do número de casos depressivos.

5. Considerações Finais

O objetivo desse artigo foi fomentar a curiosidade e o debate da importância dos estudos epidemiológicos na saúde mental. Para isso foram levantados dados do Ministério da Previdência Social referente ao número de benefícios concedidos em função dos transtornos depressivos. Os resultados parecem indicar que quanto mais se investe em programas de saúde, como com a implantação dos CAPS e nas ações de desinstitucionalização, parece haver uma redução do número de casos de transtornos depressivos.

Há de se ter cuidado nessas análises, por que outras variáveis podem estar contribuindo para esses resultados e que não foram considerados na análise. Faz necessário efetuar outras variáveis que possam estar impactando como por exemplo o controle burocrático do ministério da previdência social na concessão desses benefícios, a comunicação efetiva pela empresa desses transtornos, dentre outros.

Contudo, a relação encontrada pode instigar novos pesquisadores a aprofundar o tema e o poder público a empreender estudos epidemiológicos mais significativos sobre os transtornos mentais, contribuindo para uma melhor gestão da saúde mental no Brasil.

Referências

AMARANTE P. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2001.

BALLONE, G. J., ORTOLANI, I. V. e PEREIRA NETO, E. **Da emoção à lesão**. São Paulo: Manole, 2002.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. **Tabelas CID-10**. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/dados-abertos/estatisticas/tabelas-cid-10/>> Acesso: 19 Out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados - 11**, Ano VII, nº 11, outubro de 2012. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Coordenação Nacional de Saúde Mental, 2004.

CAPITÃO, C. G. A Incidência de Depressão no Mundo do Trabalho. In: FERREIRA, J. J.; PENIDO, L. O. **Saúde Mental no Trabalho: Coletânea do Fórum de Saúde no Trabalho do Estado de Goiás**. Goiânia: Cir Gráfica, 2013.

DEJOURS, C. A Loucura do **trabalho**. São Paulo: Cortez, 1992.

FERREIRA, J. J.; PENIDO, L. O. (Orgs). **Saúde mental no trabalho** : coletânea do fórum de saúde e segurança no trabalho do Estado de Goiás. Goiânia : Cir Gráfica, 2013.

MEDEIROS, E. N.; FERREIRA FILHA, M. O.; VIANNA, R. P. T. Estudos Epidemiológicos na Área de Saúde Mental Realizados no Brasil. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 5, n. 1, (2006)

MELLO, M.F.; MELLO, A.A.F.; KOHN, R. (Orgs). **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed; 2007.

MIRANDA, C. A.; TARASCONI, C. V.; SCORTEGAGNA, S. A. Estudo Epidêmico dos Transtornos Mentais. **Avaliação Psicológica**, v.7, n.2, p. 249-257, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997. vol.1 e 2.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório Mundial da Saúde: Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Genebra: OMS, 2001. Disponível em: < http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf> Acesso: 19 out. 2015.

SANTOS, E. G. ; SIQUEIRA, M. M. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.59, n.3, p. 238 - 248, 2010.

SELIGMANN-SILVA, E. Psicopatologia no Trabalho: Aspectos Contemporâneos. In: FERREIRA, J. J.; PENIDO, L. O. **Saúde Mental no Trabalho: Coletânea do Fórum de Saúde no Trabalho do Estado de Goiás**. Goiânia: Cir Gráfica, 2013.

VERGARA, S. C. **Método de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas, 2005.