

ADOCIMENTO MENTAL NO CONTEXTO DOS TRABALHADORES RURAIS: UM ESTUDO DE REVISÃO INTEGRATIVA

Mental illness in the context of rural workers: an integrative review

Cláudia Farias Pezzini¹

Raimundo Nonato Cunha de Franca²

Submetido: 02/02/2020

Aprovado em: 10/03/2023

RESUMO: Os serviços de saúde mental para o trabalhador rural deveriam estar alinhados à noção de comunidade, aos princípios do Sistema Único de Saúde e principalmente articulados a indicadores que impulsionassem ações territoriais. Neste sentido, o artigo analisa os dados de Saúde Mental no contexto do trabalhador rural, buscando articulação com as Políticas Nacionais de Saúde Mental e de Saúde do Trabalhador. Tem como objetivo discutir e analisar os dados de Saúde Mental da população rural, a partir de casos de transtorno e sofrimento mental divulgados em trabalhos científicos e nas mídias escritas. Adotou-se como questão norteadora: Qual a incidência de sofrimento ou transtorno mental na população rural no território brasileiro? O estudo é de cunho qualitativo, com revisão integrativa baseada em pesquisa documental e bibliográfica. A justificativa trata da necessidade de ampliar o olhar para o contexto de sofrimento, onde o trabalhador rural está inserido, e avaliar as demandas de saúde mental dessa população, considerando a integralidade do sujeito. Resultados indicaram casos comprovados de transtorno e sofrimento mental no campo referentes a: transtorno mental comum (TMC), transtorno mental (TM), dependência química, depressão e suicídio (incluindo tentativas), violências (física, sexual e incluindo tentativas de assassinato e assassinatos) e abuso sexual. A conclusão permite afirmar que o sofrimento mental existe no contexto da ruralidade, é conhecido e divulgado, mas enquanto demanda de Saúde Pública está invisível, não entrando na agenda política de forma integral e territorial.

Palavras-Chave: Território. Transtorno Mental. Ruralidade. Trabalhador Rural.

¹ Mestranda em Ambientes e Sistemas de Produção Agrícola (Unemat). Psicóloga clínica, organizacional e professora da Faest/Uniserra - MT. Pós Graduada em Gestão de Pessoas pela Unijuí - RS, em Saúde Pública pela Unopar - PR e em Políticas Públicas pela Unemat - MT. Email: claudiafpezzini@gmail.com

² Mestre e Doutor em Ciências Sociais pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (2006) na Área de Concentração: Política, Governo e Sociedade. Professor Adjunto na Universidade do Estado do Mato Grosso. Professor do Programa de Pós-graduação Strictu Sensu em Ambiente e Sistemas de Produção Agrícola e do Programa de Mestrado em Sociologia Política da UFMT. Email: raimundofranca@unemat.br

ABSTRACT: This article analyzes the data from mental health in the context of rural workers looking for articulation with national policies of mental health and worker health. It aims to discuss and analyze the mental health data of the rural population from cases of mental disorder and suffering reported in scientific papers and written media. It was adopted as guiding question: What is the incidence of suffering or mental disorder in the rural population in the Brazilian territory? The study is qualitative, with an integrative review based on documentary and bibliographic research. The justification deals with the need to broaden the gaze to the context of suffering where the rural worker is inserted and to evaluate the mental health demands of this population considering the comprehensiveness of the subject. There have been proven cases of mental disorder and distress in the field regarding: Common Mental Disorder (CMD), Mental Disorder (TM), Chemical Dependence, Depression and Suicide (including attempted), Violence (physical, sexual and including attempted murder and murders) and sexual abuse. The conclusion allows us to state that mental suffering exists in the context of rurality, is known and publicized, but as a public health demand is invisible, that's not entering the political agenda in an integral and territorial way.

Keywords: Territory. Mental Disorder. Rurality. Rural Worker.

1 INTRODUÇÃO

Refletir sobre o cuidado em saúde mental atentando para as condições de vida e saúde das populações rurais, em especial do trabalhador rural, implica considerar uma série de fatores que os diferenciam da população urbana, não só que no que tange a aspectos demográficos e ambientais, como questões identitárias, vínculos sociais e significados simbólicos que o constituem como usuário do serviço de saúde nesse cenário. Deste modo, as ações de saúde devem ser planejadas e avaliadas prioritariamente em convergência com esses aspectos (BRASIL, 2013; COSTA NETO; DIMENSTEIN, 2017).

Na prática, esse tema levanta uma série de desafios metodológicos para a gestão pública e um enigma no planejamento das políticas voltadas para a Saúde Mental do campo. Questões básicas como: o que é feito, onde, para quem, por que, como, a que custo e com quais resultados, têm sido claramente negligenciadas ao trabalhador rural. Essa parte da população ainda reivindica o direito à saúde conforme preconiza a Constituição Federal (MIRANDA, 2017; MOREIRA, 2015; BRASIL, 2014).

A proposta para que ações expressivas aconteçam, culmina em executar os princípios já estabelecidos nas Políticas Nacionais com articulação dos serviços num fluxo de atendimento integrado, desde a porta de entrada da Atenção Básica (AB) até as Unidades de Urgência e Emergência e aos níveis de Atenção secundários e terciários. Isso demanda intersetorialidade, mas sobretudo, a noção de indivíduo na sua relação com o trabalho sustentado por um campo de saberes e práticas com compromissos teóricos, éticos e políticos (LACERDA; DIAS, 2011; CREPOP, 2008).

Especialmente, o lugar resguardado ao usuário nos serviços é que define o espaço entre o ideal e o real na prática de saúde. Assim, os modos como o governo se debruça sobre o tema e o constrói em suas agendas é um significativo balizador de prioridades. Na prática, a análise dos Serviços de Saúde e da organização do fluxo de atendimento junto à incidência de transtorno mental nesta população, pode ser um demonstrativo importante disso (COSTA, NETO; DIMENSTEIN, 2017).

A pesquisa justifica-se pela necessidade de ampliar o olhar para o trabalhador rural avaliando seu contexto psicossocial e aferir a demanda de saúde mental dessa população, considerando o caráter de cunho comunitário na constituição do sujeito e de seu processo saúde-doença. Abordar esse tema significa respaldar a necessidade da Atenção Integral e buscar um importante marcador de saúde mental pouco explorado em populações rurais.

A proposta inicia com o levantamento do tipo de atendimento proposto aos trabalhadores portadores de sofrimento mental, bem como análise do acolhimento e tratamento estruturado pelo fluxograma do Sistema Único de Saúde, seguindo da discussão dos dados de saúde mental dos trabalhadores registrados em órgãos correlacionados que já inferem a discrepância e discordância existente entre a proposta de atendimento e a realidade das vivências registradas.

Diante dos equívocos dos indicadores existentes, a busca de dados mais substanciais que sustenta a metodologia propõe uma análise dos artigos científicos que abordem a saúde mental do trabalhador rural, dividindo em característica do trabalhador rural e mapeamento das regiões e sofrimentos mentais com maiores incidências. No fechamento dos dados, foi proposto um

comparativo entre as pesquisas científicas sobre essa temática e as notícias informatizadas e publicadas pelos meios de comunicação.

A revisão integrativa buscou responder de forma comparativa: Quais os dados das pesquisas científicas sobre o sofrimento e os transtornos mentais dos trabalhadores rurais e quais os dados públicos noticiados pela mídia sobre o tema?

2 CONSTRUÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO DE SAÚDE (MENTAL) DO TRABALHADOR RURAL

2.1 Saúde Mental e Saúde do Trabalhador: integração ou fragmentação?

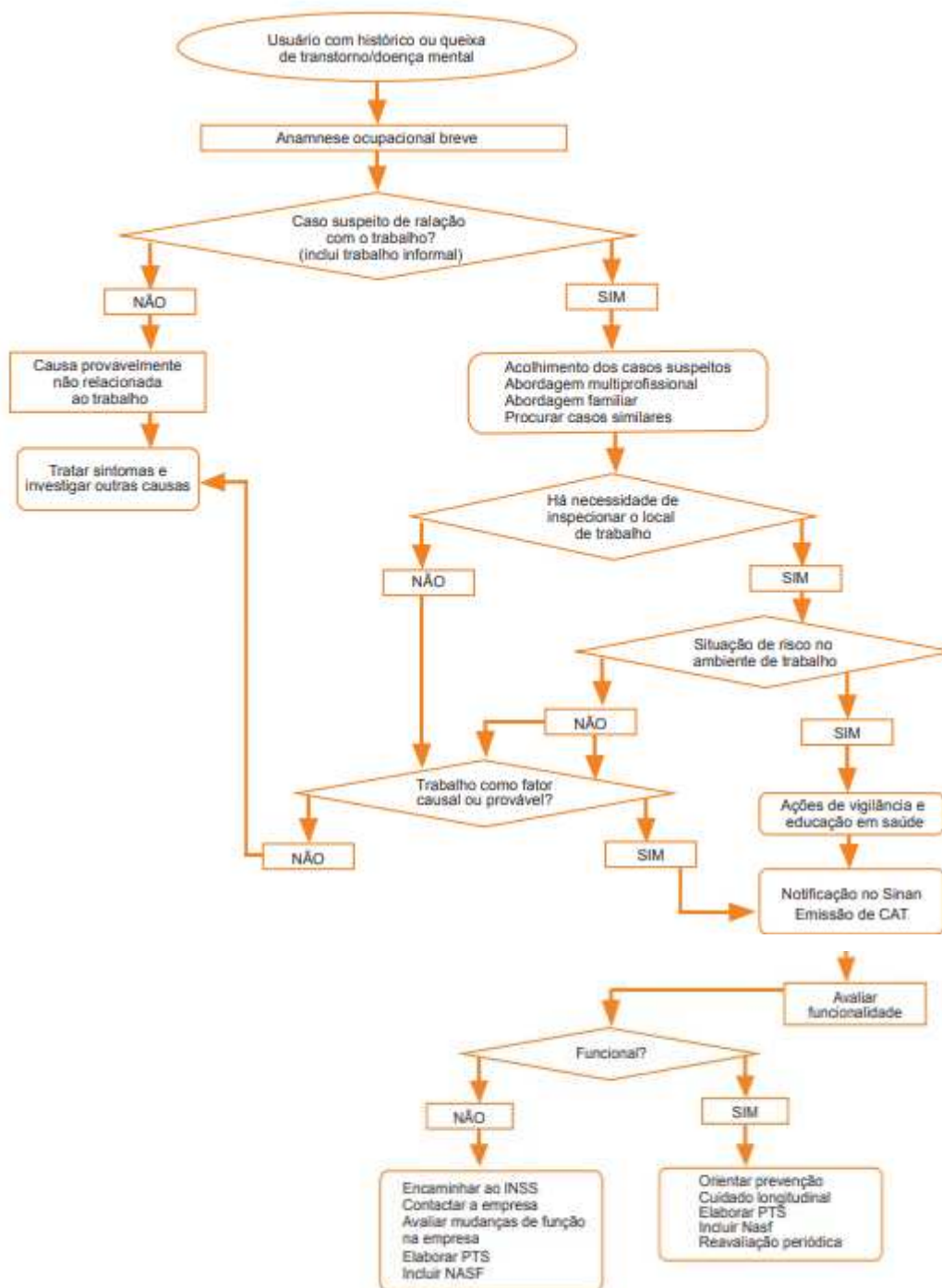
Na década de 1980, surgem os primeiros Programas de Saúde do Trabalhador (PST) e, somente em 1988, essa proposta foi incluída na Constituição Federal. Logo, o Estado tem a responsabilidade de cuidar da saúde de todos os trabalhadores, por meio de ações de promoção, proteção, vigilância e de assistência, incluindo a reabilitação (NARDI; RAMMINGER, 2012).

A Política Nacional (PNSM) compreende ações adotadas para organizar a assistência às pessoas com necessidades de tratamento e cuidados específicos, com princípios, diretrizes e estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde. As ações devem estar pautadas na descentralização e capilaridade da Atenção Básica (AB), esquadrinhando uma articulação com a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), Redes de Atenção à Saúde (RAS) com as Unidades Básicas de Saúde (UBS), visando garantia de acesso à saúde de qualidade para a população trabalhadora de forma geral (AMARANTE, 1995), (BRASIL, 2018).

Essa estruturação está especificada no fluxograma de oferta de serviço a todos os trabalhadores com sofrimento ou transtorno mental (FIGURA 1), disponibilizado pelo Ministério da Saúde. A diagramação desses processos compreende o fluxo do usuário, a partir de uma rede de atendimento. Ao delinear as suas etapas, a fim compreender o modo de organização desse conjunto de processos é possível evidenciar a sua lógica operacional e

conceitual, bem como a sua coerência e eficácia com foco no trabalhador rural (BARBOZA; FRACOLLI, 2005).

Figura 1. Fluxograma do manejo dos casos de transtornos mentais relacionados ao trabalho pelas equipes de Atenção Básica.



Fonte: Ministério da Saúde, 2018

A porta de entrada é pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da AB, que deve por meio de anamnese, entrevistas iniciais e observação técnica investigar se há ligação entre sofrimento, transtorno e trabalho. Caso o nexos causal for negativo, o protocolo indica tratar os sintomas e investigar outras causas. O que já contraria outra orientação do Ministério da saúde (MS) de que, em se tratando de saúde mental, os sintomas não necessariamente devem ser suprimidos, em muitos casos é pertinente que sejam considerados como suporte (BRASIL, 2013; BRASIL, 2018).

O que se observa nessa disposição é um processo de setorização e dificuldade de estabelecer áreas de confluência, restringindo o atendimento às necessidades maiores e a eliminação de sintomas. Além disso, em geral, não há capacitação técnica e frente às demandas de saúde mental há muitas dúvidas, profissionais inseguros que se sentem improvisando. E ainda, diante da noção de território como componente fundamental na organização dos serviços, a inserção do rural já estaria comprometida desde o acolhimento (BRASIL, 2013; BRASIL, 2018; VASCONCELOS, 2018).

A crítica também recai sobre a preposição de fechar a rede de ambulatórios estaduais, evitar internações (que deve ser o último recurso após os extras hospitalares terem se esgotado³) e transferir os problemas psiquiátricos para atendimento primário, como se um generalista pudesse diagnosticar e tratar os transtornos mentais com eficácia. Obviamente, não basta acrescentar mais uma atribuição às já sobrecarregadas equipes de trabalho e aumentar o fluxo de atendimento sem capacitação técnica (TEIXEIRA, 2005; BRASIL, 2016).

Outro desafio é a proposta da transversalidade e intrasetorialidade. Sempre que necessário, o usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) deverá ser encaminhado a níveis mais complexos, sem que se perca o vínculo com a equipe de referência⁴. Contudo, esses outros serviços também atendem por demanda espontânea e acabam sendo porta de entrada. Somado a isso, tem-se a estrutura reduzida, baixo financiamento, ineficiência e atuação somente nos problemas graves. O impacto principal é sentido por aqueles que não têm a

³ Lei 10.216/01

⁴ Níveis mais complexos como Centros especializados como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

facilidade de acolhimento, avaliação, intervenção precoce, e tratamento no setor privado (BRASIL, 2013; SOARES, 2014; TEIXEIRA, 2005).

Caso identificado nexos causais entre o sofrimento e trabalho, o encaminhamento segue aos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CERESTs) sustentado pela Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) - elo entre saúde mental, trabalho e sistema de saúde. Seu foco é construir ações transversais com a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), que na prática reproduz um serviço centralizado, sem acesso fácil, como no extinto Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INPS/INAMPS). (BRASIL, 2018; BRASIL, 2002; BRASIL, 2009).

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), referenciado no final do fluxograma, constitui apoio às equipes e precisa atuar a partir das demandas identificadas na AB e de outras redes comunitárias, como o Sistema Único da Assistência Social (SUAS). Deve ser constituído por uma equipe multidisciplinar para atuar com as Equipes de Saúde da Família (ESF). A literatura ainda carece de pesquisas que discutam com robustez a relação do NASF com os modelos de atenção à saúde, e esclareçam se esse dispositivo está realmente sendo eficiente (BRASIL, 2010; SOUZA; MEDINA, 2018).

Não há informações sobre extinção dos NASF até a data da finalização da pesquisa. Em 2020 ele foi extinto e substituído por um novo modelo (Previne Brasil) mas não cabe no recorte temporal desta pesquisa.

Em suma, esse é um panorama geral de como está prevista a Rede de Atendimento às questões de saúde mental relacionada aos trabalhadores no país, iniciando com o acolhimento na rede básica até encaminhamentos necessários a serviços específicos. Compreender o fluxo de atendimento é um passo necessário e inicial para análise da eficácia do serviço, contudo os indicadores e cruzamento de dados nos proporcionam uma leitura mais adequada, principalmente quando abordamos a especificidade dos trabalhadores no campo.

2.2 Análise das Políticas públicas para o trabalhador rural a partir da incidência de transtorno mental geral

A Organização das Nações Unidas (ONU) revela que, embora alguns países tenham feito progressos na elaboração de Políticas de Saúde Mental, há uma escassez global de profissionais treinados na área, de recursos e uma falha em investimento na saúde mental de base comunitária, territorial e de urgência. Um dos relatórios mundiais denuncia que 1 em cada 10 pessoas precisa de cuidados de saúde mental e em países de baixa renda, a taxa de trabalhadores nessa área chega somente a 2 para cada 100 mil habitantes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

No Brasil, cerca de 1 em cada 4 pessoas que procuram esse serviço referem algum transtorno mental (segundo a CID-10). Já no sofrimento mental abaixo do limiar diagnóstico, os casos subclínicos, a proporção chega a 1 caso em cada 2 pessoas. Problemas com o uso do álcool, atingem cerca de 1 em cada 10 adultos. Já, os transtornos mentais graves e persistentes⁵ acometem cerca de 2 em cada 100 adultos. Na prática, pessoas com transtornos mentais leves ou moderados, que são a maioria, não se enquadram na demanda de acolhimento do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), geralmente não procuram e não aceitam o tipo de atendimento oferecido pelo serviço especializado. (BRASIL, 2013; FORTES,VILLANO,LOPES, 2008; TEIXEIRA, 2005).

Quanto aos dados da Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST), estão sob responsabilidade da RENAST e do CEREST, que desempenham o papel de suporte técnico e científico, devendo identificar e acompanhar agravos à saúde ou situação de risco relacionada ao trabalho, registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). No Brasil, atualmente são 10 CERESTs rurais, alguns no mesmo Estado e distribuídos alternadamente. Os registros apontam que, entre 2006 a 2019, somente 93 notificações comprovaram transtorno mental relacionado ao trabalho rural (BRASIL, 2005).

Já o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), informou que somente entre 2014 e 2016 foram destinados 18.419 auxílios doença por transtornos mentais e comportamentais para trabalhadores rurais e 2.205 aposentadorias

⁵ Incluindo esquizofrenia, psicoses afetivas e transtorno bipolar do humor

rurais por invalidez referente a essa demanda. Se em 13 anos o CEREST teve menos de 100 registros⁶ e em 3 anos mais de 18.000 trabalhadores tiveram que se ausentar do trabalho por transtornos mentais e mais de 2.000 aposentadorias foram proporcionadas pelo mesmo motivo, no mínimo, os dados não fecham (BRASIL, 2005; RENAST, 2006).

Em 2015, o IPEA apontou que a população residente rural acima de 55 anos era de 6,2 milhões e o número emitido de benefícios rurais ficou em torno de 9,3 milhões. Ou seja, a quantidade de beneficiários da previdência rural foi superior à população que se declara rural. E ainda, ao contrário da população urbana, os benefícios rurais foram, em sua maioria, concedidos por via judicial (BRASIL, 2015).

Portanto, quanto aos indicadores de saúde, os resultados divulgados oficialmente são contraditórios, os dados do governo são insuficientes e não há uma fonte que contemple de forma significativa o registro das Políticas Públicas de saúde mental para essa parte da população. A notificação tem se colocado como um dos principais desafios à Rede de Atenção à Saúde dos Trabalhadores (CREPOP, 2008; SANTOS, 2016; WEISHEIMER, 2013).

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura a partir de pesquisa bibliográfica e documental, de caráter descritivo. A coleta dos dados se deu de fevereiro a julho de 2019 e o material pesquisado teve foco nos descritores selecionados articulados com análise da literatura, referente ao período de 2002 a 2019 (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008; SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

A organização metodológica geral deu-se a partir de: a) definição do problema, formulação da pergunta de pesquisa, definição de estratégia de busca, definição dos descritores, definição das bases de dados; b) uso dos dados com critérios de inclusão e exclusão; c) Elaboração e uso da matriz de síntese, d) categorização e análise das informações; e) discussão dos

⁶ É importante considerar que os casos registrados nos sistemas de informação do SUS é bem mais recente do que a base de dados da Previdência Social. Somente a partir de 2004 é publicada a listagem de agravos e doenças relacionadas ao trabalho, que inclui o TM, são definidas como notificação compulsória de unidades sentinela.

resultados; f) criação de um documento que descreva detalhadamente a revisão, propostas para estudos futuros (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011).

Quanto as etapas da pesquisa, divide-se em: Etapa 1) Definição do público pesquisado; Etapa 2) Definição dos principais transtornos e sofrimento mental identificados nas pesquisas científicas por região; Etapa 3) Definição dos principais transtornos divulgados na imprensa escrita e um comparativo com os dados anteriores.

A pesquisa bibliográfica dos textos científicos baseou-se nos descritores: saúde, transtorno mental, campo e rural utilizando as fontes de dados eletrônicas: Medline (Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica da Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos da América.), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde acessíveis pela Biblioteca Virtual de Saúde - BVS), além da base SciElo e do busca do Google Acadêmico

A pesquisa documental deu-se com base em reportagens publicadas na internet (jornais, periódicos, entre outros materiais da mídia escrita) através dos temas identificados na primeira etapa. Os critérios de inclusão foram: (1) somente artigos, teses ou dissertações científicas; (2) somente reportagens escritas (3) idioma português; (4) ter relação direta com os temas destacados. Foram excluídos: (1) artigos e reportagens de outros países; (2) material do governo, (3) reportagens de eventos ou ações sobre o assunto.

Para elaboração dos mapas de espacialização foram utilizados os dados compilados do levantamento bibliográfico. Essas informações serviram para abastecimento do banco do Sistema de Informação Geográfica (SIG), para formulação dos encartes. Foram utilizadas bases cartográficas do Brasil e suas regiões os dados provenientes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), disponibilizados gratuitamente na página eletrônica da instituição.

A análise dos resultados baseou-se na análise de conteúdo e decorreu de um conjunto de técnicas de investigação científica caracterizadas pela análise de dados linguísticos, identificando os elementos fundamentais, categorizando-os conforme foco e temática. A discussão dos resultados baseou-se no modo descritivo e analítico e em discussão comparativa de dados (APPOLINÁRIO, 2009).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na revisão bibliográfica e documental constatou-se que não há uma fonte segura de dados epidemiológicos ou de incidência que respondam quais os dados de transtorno mental na população rural no território brasileiro com coesão e confiabilidade. As informações estão fragmentadas e incompatíveis, o que impede a elaboração de uma informação correta sobre a saúde mental do trabalhador rural.

Na primeira etapa buscou-se responder sobre qual ruralidade os artigos estão falando, conforme Tabela 1, partindo do princípio de territorialidade, tão dispendioso às políticas de saúde. A diversidade de termos referindo ao contexto rural contribui para a discussão e fomenta a complexidade do tema.

Tabela 1. Termos utilizados nos artigos científicos para definir a população rural pesquisada. Brasil, 2002 a 2019.

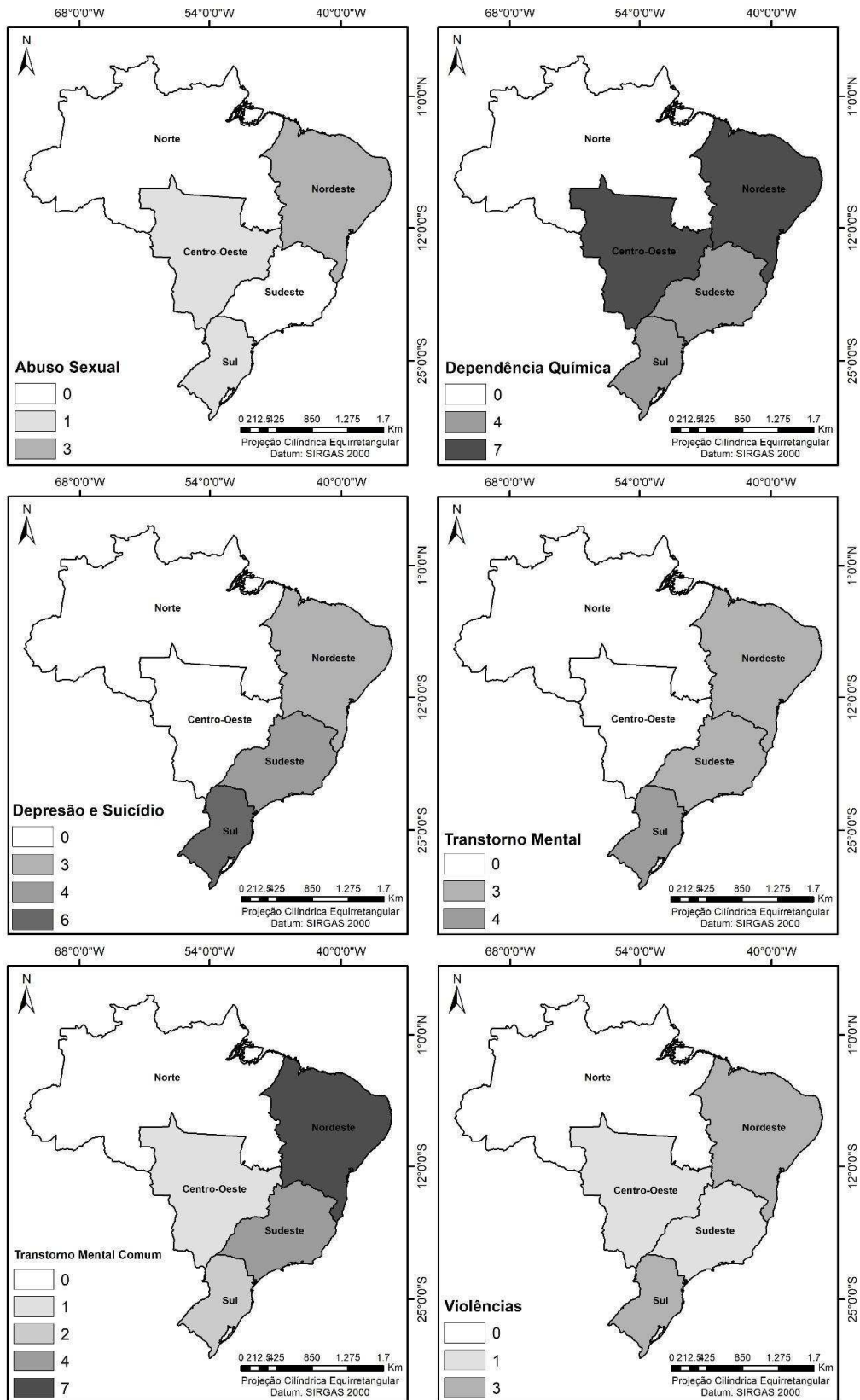
Tipo de população	Nº de artigos	Percentual
Assentamento	14	17,28%
Trabalhador rural	6	7,40%
Agricultura familiar	2	2,46%
Residente rural	22	27,16%
Mulheres do campo	18	22,22%
Crianças e adolescentes	2	7,40%
Jovens e Adolescentes	5	6,17%
Idosos	3	3,70%
Quilombolas	1	1,23%
Trabalhadores citricultura	1	1,23%
Hortifrutigranjeiros	1	1,23%
Trabalhadores fazenda de grãos orgânicos	1	1,23%
Trabalhadores canaviais	4	4,93%
Suinocultores	1	1,23%
Total	81	100%

Fonte: da própria autora (2002 a 2019)

O interesse pelo sofrimento mental do trabalhador rural retrata a pluralidade de condições em que ele está inserido e a amplitude territorial com evidentes disparidades no campo psicossocial e econômico. Destacam-se dentro do interesse da pesquisa os residentes rurais, mulheres do campo e assentados rurais.

Na segunda etapa, foram tabulados os principais transtornos e sofrimento mental a partir de 81 pesquisas (artigos científicos publicados, trabalhos de conclusão de cursos, teses, dissertações entre outros) identificadas segundo classificação de transtorno e região. Desses, foram descartados 9 considerando: um estudo não foi especificado o tipo de transtorno, 6 não identificaram a região, 2 pesquisas não identificaram nenhum transtorno ou sofrimento mental, restando 72 com dados completos para análise.

Figura 2: Tipos de sofrimento/transtorno mental identificados nas pesquisas científicas, por região do Brasil, no período de 2002 a 2019.



Fonte: da própria autora (2002 a 2019)

Os transtornos principais foram classificados separadamente, mas é comum aparecerem juntos nas pesquisas e num mesmo ambiente rural. Por exemplo, o abuso de álcool geralmente estava relacionado a Transtorno Mental Comum (TMC), a sintomas de depressão ou algum tipo de violência. Os principais itens encontrados foram: TMC, TM não especificado, Dependência química, depressão e suicídio, violências e abuso sexual.

Transtorno Mental Comum (TMC) - é um conceito definido por Goldberg & Huxley que refere-se à situação de saúde que não preenche critérios formais suficientes para outros diagnósticos como depressão e/ou ansiedade segundo as classificações do DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - 5ª edição) e CID-11 (Classificação Internacional de Doenças - 11ª revisão) mas incluem sintomas como insônia, fadiga, queixas somáticas, esquecimento, irritabilidade, dificuldade de concentração, entre outros, que prejudicam consideravelmente a capacidade funcional do indivíduo. Em algumas pesquisas com trabalhadores rurais a sua prevalência afetou 40%, ou seja, quase metade dos participantes, prejudicados quanto a falta de trabalho, adoecimento e atendimento principalmente durante o período da safra.

Transtorno Mental (TM): Os transtornos mentais referem-se às pesquisas que apontaram vários transtornos interligados como depressão e alcoolismo por exemplo e não especificaram apenas a predominância de apenas um item. Também foram incluídas pesquisas que confirmaram o transtorno mental, mas não especificaram como, por exemplo, transtorno mental não especificado por uso de agrotóxico e portadores de transtornos mentais severos (PTMS).

Dependência química (Abuso de substâncias como álcool, drogas e psicotrópicos): Conforme o Relatório de Caracas, de 2005, sobre transtornos graves associados ao consumo de álcool e outras drogas, o problema atinge pelo menos 12% da população acima de 12 anos, sendo o impacto do álcool dez vezes maior que o do conjunto das drogas ilícitas. A maior incidência encontrada na pesquisa foi de abuso e dependência química, especialmente de

álcool, drogas, tabaco, cigarro e medicações psicotrópicas. O dado equaliza a facilidade de identificação dessa condição, mas também a constatação de um problema de saúde pública, frequentemente em assentamentos. Constou-se também que não existe campanha ou Programa de Saúde Pública nessa esfera e falta de articulação e cooperação intersetorial (como justiça, segurança pública, trabalho, educação, entre outros).

Depressão e suicídio (incluindo sintomas, pensamento suicida e tentativa): Em muitos casos a sintomatologia depressiva dos indivíduos avaliados da zona rural foi superior àquelas encontradas em estudos realizados com a população residente na zona urbana do mesmo município. Foram diagnosticados sintomas depressivos, alguns com pensamento suicida e tentativas de suicídio em decorrência da depressão. As pesquisas defendem a necessidade de programas de atendimento a essa demanda, visando diagnóstico precoce e manutenção do tratamento.

Relacione-se a isso que no período de 2007 a 2009, o SINITOX registrou que 85,2% dos casos de óbitos, dos 539 óbitos por Intoxicação por Agrotóxico de Uso Agrícola no Brasil foram por tentativa de suicídio. E os dados do SINAN, desse período, indicam que 50% dos óbitos por Intoxicação por Agrotóxico por suicídio ocorreram na zona rural, 47,1 na zona urbana e 2,9% não foi informado o local da ocorrência. (Observatório do Campo, Água e Floresta)

Violências: Há muitos casos de violência, em especial a violência contra mulher, violência por território e violência relacionada ao abuso de álcool e outros tipos, contudo a violência no meio rural segue a mesma dificuldade de dados. Conforme confirma o Relatório de Dados sobre a Violência contra as Mulheres do Campo e da Floresta, um dos desafios para a implementação de políticas de enfrentamento à violência contra as mulheres do campo e da floresta diz respeito à essa escassez de dados específicos sobre o fenômeno (BRASÍLIA, 2011).

Abuso sexual: Comparando-se os anos de 2011 e 2017, observa-se um aumento geral de 83,0% nas notificações de violências sexuais e aumento de

64,6% e 83,2% nas notificações de violência sexual respectivamente contra crianças e adolescentes, O abuso sexual é considerado uma forma de violência, mas pode ser sugerida uma falta de interesse pelo tema dado um relativamente baixo número de estudos científicos relacionados ao assunto considerando-se sua relevância e complexidade .

E a terceira etapa, apresenta os dados noticiados pela mídia num comparativo com os dados das pesquisas científicas. É possível nessa etapa, não só ampliar os dados como também debater o alcance público do problema do transtorno mental no campo e o interesse dos meios de comunicação pelo tema, ou seja, é provocativo questionar se a população tem conhecimento ou interesse no sofrimento e nos transtornos mentais que se tem comprovado cientificamente.

Tabela 2. Comparativo de dados entre artigos científicos e reportagens escritas, sobre aspectos relacionados ao transtorno mental no meio rural brasileiro, no período de 2002 a 2019.

Tipo de sofrimento/transtorno mental	Nº Artigos	Nº Reportagens
Abuso sexual	5	50
Dependência química	22	8
Depressão e suicídio	13	21
Transtorno Mental (TM)	10	0
Transtorno Mental Comum (TMC)	14	0
Violências	8	52

Fonte: da própria autora (2002 a 2019)

A análise da discrepância entre as pesquisas científicas sobre o tema, quando comparado com notícias veiculadas na mídia cotidiana, corroboram não só com a falta de interesse e invisibilidade do rural, bem como indicam a condição em que se encontra o sofrimento mental dessa parte da população, antagonicamente constatada e negligenciada.

A disparidade entre o interesse da pesquisa científica e as notícias que não só apontam e confirmam o sofrimento mental no campo como denunciam numa quantidade maior e mais grave o tema. Pesquisadores têm menos interesse ou mais dificuldade em pesquisar sobre o sofrimento mental do rural do que os meios de comunicação em divulgá-los. E ainda, a divulgação parece produzir pouco efeito nas políticas públicas e na organização do serviço de saúde. O que não obstaculiza a prática de novas arbitrariedades e a continuidade do sofrimento inclusive no campo criminal.

Diante desse quadro, pode-se constatar o impacto desse levantamento que denuncia a dificuldade da ciência e do próprio Estado em registrar de forma eficaz indicadores e situações impactantes à saúde mental que estão escancarados no cotidiano da população. As notícias denunciam a existência de problemas graves nesse campo que não existem ou não são registradas como estatísticas claras. Existem para a população denunciadas pelos meios de comunicação mas não estão no interesse das pesquisas científicas e nos registros das políticas públicas.

5 LIMITAÇÃO DO ESTUDO

A presente pesquisa não implica no fechamento adequado de dados epidemiológicos nacionais seja pela dificuldade de elaboração desses dados e pela necessidade de verificação com parâmetros lineares dos dados levantados. Nem propõe solução pragmática ao problema da saúde mental do trabalhador rural nos serviços em saúde no Brasil, mas tem o papel central de problematizar e abrir possibilidades para novos questionamentos. O que foi observado confere legitimidade para a afirmação de um vazio frente a ruralidade e seu sofrimento.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A contribuição primordial da pesquisa trata de fomentar a discussão para esse campo ignorado, principalmente dentro do serviço de saúde e no mínimo provocar diálogo entre os campos da assistência. Também aponta para a necessidade de um sistema de dados coerente e fidedigno que possa fornecer indicadores com confiabilidade.

Quanto ao modelo antimanicomial, sem dúvida, consolidou com êxito a desinstitucionalização da “loucura”, mas ainda precisa avançar no que se refere aos estigmas e preconceitos no campo. A loucura é retirada do hospício e colocada na cidade, na vida urbana, onde o trabalhador rural não se encaixa. A maioria dessas pessoas não entra nas estatísticas, portanto seu sofrimento não existe, suas consequências são diluídas em órgãos e ações incompetentes a essa especificidade e até onde se sabe, o maior responsável em intervir nesse

ínterim é a previdência, ou seja, no momento em que o trabalhador já está “incapaz”.

Os resultados indicaram que há transtorno mental no campo, que grande parte da população sabe e que as ações propostas na rede psicossocial de saúde seguem um modelo fragmentado e dependente de direcionamentos regionais. Nesse caso, a fragmentação não organiza o serviço nem absorve com mais facilidade o fluxo de acolhimento, mas confunde o usuário e cria encaminhamentos sem atendimento.

O estudo do tema confronta e questiona quase todos os princípios das políticas nacionais, que teoricamente defendem conceitos como integralidade, territorialidade, intersetorialidade, humanização, entre outros. Denunciando não só descaso ao sofrimento mental como violência doméstica e abuso sexual. O que foi discutido confere legitimidade para a afirmação do vazio frente às políticas públicas de saúde mental para o meio rural e uma grave problemática de absorção dessas demandas, além da negligência da ciência e dos pesquisadores.

O mais impactante não é apenas o fato da existência e divulgação do sofrimento mental no campo, mas sim do silenciamento pela maioria, uma vez que o sofrimento mental existe no campo e popularmente divulgado, conhecido de muitos, incluindo quem sofre, a sociedade, equipes de saúde e pelo Estado. Mesmo que as discrepâncias entre pesquisas e notícias possam estar relacionadas aos aspectos como interesse do pesquisador e da mídia, ideologia política e ao acesso facilitado à região definida para estudo, fica evidente a necessidade de estudos epidemiológicos integrados e, principalmente, capazes de orientar as ações.

Entende-se com essa análise, que os caminhos percorridos por essas políticas públicas, na prática apontam processos de construção sinuosos, no geral, com grandes lacunas, edificados por redes heterogêneas de atores, com inúmeros objetivos diluídos em órgãos e serviços que tem dificuldade de cruzar a saúde mental do trabalhador, ainda mais quando envolve a ruralidade. Portanto, o questionamento sobre a análise do território do trabalhador persiste e denuncia que, na prática, as políticas têm separado saúde mental, trabalhador e rural.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

APPOLINÁRIO, F. **Dicionário de metodologia científica: um guia para a produção do conhecimento científico**. São Paulo, Atlas, 2009.

BARBOZA, Tatiane Aparecida Venâncio, FRACOLLI, Lislaine Aparecida. A utilização do "fluxograma analisador" para a organização da assistência à saúde no Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, v.21, n.4, 2005.

BOTELHO, L. L. R., CUNHA, C. C. de A., e MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão E Sociedade**, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Relatório do II Encontro Nacional de Saúde das Populações do Campo e da Floresta** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão participativa– Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, **Caderno de Atenção Básica n. 34. Saúde Mental**. Brasília, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 2.437, DE 7 DE DEZEMBRO DE 2005. **Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST no Sistema Único de Saúde - SUS e dá outras providências**.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília, 2013.

_____. Ministério da saúde. PORTARIA Nº 2.728, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2009. **Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST)** e dá outras providências. Disponível em http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2728_11_11_2009.html. Acesso 06 jul. 2019

_____. Ministério da Saúde. PORTARIA GM Nº 1679 DE 19 DE SETEMBRO DE 2002. **Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à Saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências.**

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, **Cadernos de Atenção Básica, n. 41**. Saúde do trabalhador e da trabalhadora. Brasília, 2018.

_____. Renast 2016. **Implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora: Avaliação das ações desenvolvidas no período de abril de 2015 a março de 2016**. CGST/DSAST/SVS/MS – Relatório da Renast 2016.

BRASÍLIA, 2011. **Mulheres do Campo e da Floresta Diretrizes e Ações Nacionais**. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/mulheres-do-campo-e-da-floresta-diretrizes-e-acoes-nacionais>. Acesso em: 4 de abril de 2019 incluído

LACERDA T; DIAS S. E C. (Org). **Cuidando da Saúde dos Trabalhadores: a atuação dos ACS**. CGSAT/DSAT/SVS-MS, 2011.

COSTA NETO, Mauricio Cirilo da; DIMENSTEIN, Magda. Cuidado psicossocial em saúde mental em contextos rurais. Temas psicol., Ribeirão Preto, v. 25, n. 4, p. 1653-1664, dez. 2017.

CENTRO DE REFERÊNCIA TÉCNICA EM PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS (CREPOP) **Saúde do Trabalhador no âmbito da Saúde Pública: referências para a atuação do (a) psicólogo (a)** / Conselho Federal de Psicologia (CFP). -- Brasília, CFP, 2008.

FORTES, Sandra; VILLANO, Luiz Augusto Brites; LOPES, Claudia S. Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in Petrópolis, Rio de Janeiro. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 32-37, Mar. 2008.

MIRANDA C. (Org). Instituto Interamericano de Cooperação para a Agricultura (IICA). **Tipologia Regionalizada dos Espaços Rurais Brasileiros: implicações no marco jurídico e nas políticas públicas**/Carlos Miranda (Organizador da Série). Série Desenvolvimento Rural Sustentável. v. 22. Brasília: 2017.

MOREIRA, Jessica Pronestino de Lima et al. A saúde dos trabalhadores da atividade rural no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 8, p. 1698-1708, Aug. 2015.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVAO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm.** Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, Dec. 2008.

NARDI, Henrique C & RAMMINGER Tatiana. **Políticas Públicas em Saúde Mental e trabalho: Desafios Políticos e Epistemológicos.** PSICOLOGIA: CIÊNCIA E PROFISSÃO, 32 (2), 374-387. 2012. Incluído

RENAST. **Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador Manual de Gestão e Gerenciamento**, 1ª edição, São Paulo, 2006. Disponível em:
https://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/007_ManualRenast07.pdf. Acesso em: 11 Jul 2019.

SANTOS, Nilma Angélica dos. A divisão sexual do trabalho na agricultura familiar: entre a invisibilidade e a desvalorização do trabalho (re) produtivo de mulheres trabalhadoras rurais do município de Brejo/MA frente à expansão da monocultura de soja. **Pol. Públ.** São Luís, Número Especial, p. 331-337, 2016.

SOARES (Org.). **Saúde mental e a Saúde da Família: abordagem em Saúde Mental.** Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA. São Luís, 2014.

SOUZA, Thiago Santos; MEDINA, Maria Guadalupe. Nasf: fragmentação ou integração do trabalho em saúde na APS? **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe2, p. 145-158, Oct. 2018.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.

TEIXEIRA, Mônica. A crítica à Reforma Psiquiátrica, da sua implantação e de seus fundamentos: os argumentos de Valentim Gentil. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.* São Paulo, v. 8, n. 2, p. 322-345, June 2005.

VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de; AGUIAR, Luciene. Saúde do Trabalhador: necessidades desconsideradas pela gestão do Sistema Único de Saúde. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 113, p. 605-617, Apr. 2017.

WEISHEIMER, Nilson. Sobre a invisibilidade social das juventudes rurais. *Desidades*. Rio de Janeiro, v. 1, p. 22-27, 2013.

WHM. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHM). **Mental Health Atlas**. França, 2017. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272735/9789241514019-eng.pdf?ua=1>>. Acesso em: 14 ago. 2019.