

EMELYNNE GABRIELLY DE OLIVEIRA SANTOS

**FATORES ASSOCIADOS AO PENSAMENTO DE MORTE E COMPORTAMENTO
SUICIDA ENTRE AGRICULTORES DO MUNICÍPIO DE CAICÓ-RN**

**NATAL/RN
2021**

EMELYNNE GABRIELLY DE OLIVEIRA SANTOS

**FATORES ASSOCIADOS AO PENSAMENTO DE MORTE E COMPORTAMENTO
SUICIDA ENTRE AGRICULTORES DO MUNICÍPIO DE CAICÓ-RN**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito para a obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva.

Orientador: Dr^a Isabelle Ribeiro Barbosa
Co-orientador: Dr^a Kelly Grazianni Giacchero Vedana

Natal/RN
2021

Universidade Federal do Rio
Grande do Norte - UFRNSistema
de Bibliotecas - SISBI
Catalogação de Publicação na Fonte. UFRN - Biblioteca Setorial Prof. Alberto Moreira

Santos, Emelyne Gabrielly de Oliveira.

Fatores associados ao pensamento de morte e comportamento suicida entre agricultores do município de Caicó-RN / Emelyne Gabrielly de Oliveira Santos. - Natal, 2021.

185 f.: il.

Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Natal, 2022.

Orientadora: Profa. Dra. Isabelle Ribeiro Barbosa.

Coorientadora: Profa. Dra. Kelly Grazianni Giacchero Vedana.

1. Ideação Suicida - Tese. 2. Saúde Mental - Tese. 3. Fazendeiros - Tese. 4. Saúde da População Rural. I. Barbosa, Isabelle Ribeiro. II. Vedana, Kelly Grazianni Giacchero. III. Título.

RN/UF/BS

BLACK D585

Campos - •Departamento de Odontologia

Elaborado por MONICA KARINA SANTOS REIS - CRB-15/393

AGRADECIMENTOS

Desafiadores, especiais e cheios de aprendizado. Assim foram vividos esses intensos e prazerosos anos de pesquisa. Aqui, estão somados quase dez anos de uma formação de excelência, que influenciaram substancialmente na realização desta Tese.

À Deus, toda a minha gratidão, por me sustentar e me manter firme na fé e na esperança.

Ao meu Pai Sérvulo, meu paizão, minha grande referência na vida, todo o meu amor e gratidão. Obrigada por ter se dedicado tanto, sem esforços, para que eu conseguisse alcançar todos os meus sonhos, especialmente este. Por me guiar sempre pelo caminho da fé, e por estar presente todos os dias da minha vida, me dando coragem para seguir adiante.

À minha mãe, por todo carinho, amor, força e ajuda diária.

Aos meus irmãos Emanuel, Enzo e Bernardo, fontes de alegria, pureza e amor.

À minha amada família Santos, por ser meu alicerce, me ajudar e acreditar tanto em mim. A fé e o amor transmitidos a mim, todos os dias, me fizeram chegar até aqui. Aqui, um agradecimento especial a Maria Isabel, por todo apoio durante a coleta de dados.

Ao meu noivo, que me enche de amor, paz e alegria, todos os dias, obrigada pela paciência e parceria; por viver comigo esse sonho, e sonhar comigo àqueles que estão por vir.

Agradeço a melhor orientadora que eu poderia ter, Dr^a Isabelle Ribeiro, sempre acessível e eficiente, sou eternamente grata por acreditar em mim e nesta pesquisa. Registro também os meus sinceros agradecimentos a minha co-orientadora, Dr^a Kelly Vedana, um ser humano admirável; obrigada pela parceria e por todas as contribuições concedidas nesta pesquisa, em especial.

Aos meus queridos amigos, que torceram por mim e tanto me ajudaram, de modo especial Nayre e Felipe Zumba, o carinho e a atenção de vocês foram fundamentais. Àqueles que estiveram comigo durante esse processo de formação, compartilhando a amizade, dividindo os anseios e o conhecimento, especialmente Aryelly, Hellyda e Glauber, muita gratidão.

Ao Sindicato dos Trabalhadores Rurais Agricultores e Agricultoras Familiares de Caicó, meus sinceros agradecimentos por acreditarem nesta pesquisa e me apoiarem de maneira inenarrável. Aqui, incorporo todos os agricultores que, com tanto amor, respeito e atenção, abriram as portas de suas casas para este estudo. Agradeço, ainda, e de todo coração, a todos os

Agentes Comunitários de Saúde que estiveram comigo, me guiando e aliviando todos os meus anseios e dificuldades.

O meu coração transborda de alegria. Gratidão a todos vocês!

RESUMO

Introdução: O comportamento suicida é frequentemente precedido por pensamentos de morte e configura-se como uma conduta autodeliberada com o propósito de provocar um dano ou morte, e pode ser compreendido como um interim entre a ideação suicida, tentativas de suicídio e que podem culminar no ato de suicidar. Os agricultores encontram-se em risco de ideação suicida em decorrência da vulnerabilidade e exposição a diferentes fatores associados às condições de vida e ao trabalho no campo. **Objetivo:** Analisar os fatores associados ao pensamento de morte e comportamento suicida em agricultores. **Método:** Trata-se de um estudo de diferentes métodos. 1) desenvolveu-se uma revisão sistemática de estudos observacionais sobre os fatores associados ao comportamento suicida em agricultores, com buscas nas bases de dados PubMed, LILACS, Web of Science, Scopus, PsycInfo e CINAHL; 2) estudo transversal, realizado no período de agosto de 2019 a março de 2020, com 450 agricultores de Caicó/Rio Grande do Norte, onde avaliou-se a prevalência de pensamentos de morte e ideação suicida através da *The Beck Scale for Suicide Ideation (BSSI)*, e foram analisadas variáveis sociodemográficas, de saúde, renda, trabalho; 3) estudo caso-controle, a fim de avaliar o pensamentos de morte ou comportamento suicida (PS e CS) em que a amostra correspondeu a quatro controles por caso e, para compensar possíveis perdas, aumentou-se 15%, sendo o tamanho final definido em 62 casos e 288 controles. **Resultados:** Foram incluídos 14 estudos na revisão sistemática, e identificados fatores associados ao comportamento suicida em agricultores na saúde mental (depressão), impactos sazonais (seca) e exposições no trabalho (herbicidas e inseticidas). Na etapa transversal, a prevalência de pensamentos de morte ou ideação suicida foi de 12,4% (IC95% 9,69-15,84). No modelo multivariado final, as variáveis associadas à maior prevalência de PS/IS foram: sexo feminino (RP=3,28), ter diagnóstico de transtorno mental na família (RP=2,37), presença de transtorno mental comum (RP=2,50), uso abusivo do álcool (RP=2,22) e ser assalariado ou temporário (R=1,91). No estudo caso-controle observou-se associação positiva e significativa entre OS/CS e ter diagnóstico de transtorno mental na família (OR=2,30), ter transtorno mental comum (OR=3,16), ter realizado previamente tratamento para saúde mental (OR=3,08), realizar trabalho assalariado ou temporário (OR=2,69) e ter tido intoxicação por agrotóxicos (OR=3,34). **Conclusão:** pensamentos de morte e comportamento suicida em agricultores estão associados principalmente a aspectos de saúde, especialmente saúde mental, ao trabalho e ao sexo, e sinaliza para a necessidade do fortalecimento das políticas públicas de prevenção do suicídio com o direcionamento de estratégias efetivas para o trabalhador rural.

Palavras-chave: Ideação suicida, saúde mental, fazendeiros, saúde da população rural.

ABSTRACT

Introduction: Suicidal behavior is configured as a self-deliberate conduct with the purpose of causing harm or death, and can be understood as an interim between suicidal ideation, suicide attempts and that may culminate in the act of committing suicide. Farmers are at risk of suicidal ideation due to vulnerability and exposure to different factors associated with living conditions and work in the field. **Objective:** To analyze factors associated with death thought, ideation and suicide attempts in farmers. **Method:** This is a study of different methods. 1) a systematic review of observational studies on factors associated with suicidal behavior in farmers was developed, with searches in PubMed, LILACS, Web of Science, Scopus, PsycInfo and CINAHL databases; 2) cross-sectional study, carried out from August 2019 to March 2020, with 450 farmers in Caicó/Rio Grande do Norte, where the prevalence of suicidal ideation was assessed through the *The Beck Scale for Suicide Ideation (BSSI)*, and sociodemographic variables were analyzed, of health, income, work; 3) case-control study, in order to assess suicidal behavior considering suicidal ideation and suicide attempt, in which the sample corresponded to four controls per case and, to compensate for possible losses, 15% was increased, with the final size defined in 62 cases and 288 controls. **Results:** 14 studies were included in the systematic review, and factors associated with suicidal behavior in farmers were identified in mental health (depression), seasonal impacts (drought) and occupational exposures (herbicides and insecticides). In the cross-sectional stage, the prevalence of suicidal ideation was 12.4% (95%CI 9.69-15.84). In the final multivariate model, the variables associated with the highest prevalence of IS were: female gender (PR=3.28), having a diagnosis of mental disorder in the family (PR=2.37), presence of common mental disorder (PR=2.50), alcohol abuse (RP=2.22) and being salaried or temporary (R=1.91). In the case-control study, a positive and significant association was observed between suicidal behavior and having a diagnosis of mental disorder in the family (OR=2.30), having a common mental disorder (OR=3.16), having previously undergone health treatment mental (OR=3.08), perform salaried or temporary work (OR=2.69) and have been poisoned by pesticides (OR=3.34). **Conclusion:** suicidal ideation and suicide attempt in farmers are mainly associated with health aspects, especially mental health, work and the female gender, and signals the need to strengthen public policies for suicide prevention with targeting strategies effective for the rural worker.

Keywords: Suicidal ideation, mental health, farmers, rural population health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Fluxograma dos artigos incluídos na revisão sistemática.

Figura 2: Risco de viés para os estudos transversais incluídos na revisão.

Figura 3: Análise do risco de viés para os estudos caso-controle incluído na revisão.

Figura 4: Análise do risco de viés para o estudo de coorte retrospectiva incluído na revisão.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil.

Quadro 2: Caracterização da variável dependente (estudo transversal).

Quadro 3: Caracterização das variáveis independentes (estudo transversal).

Quadro 4: Caracterização da variável dependente (estudo caso-controle).

Quadro 5: Caracterização das variáveis independentes (estudo caso-controle).

LISTA DE TABELAS

Tabela 01: Análise descritiva e bivariada da ideação suicida e sua associação com variáveis sociodemográficas de agricultores do município de Caicó-RN.

Tabela 02: Análise descritiva e bivariada da ideação suicida e sua associação com variáveis de aspectos de saúde entre agricultores do município de Caicó-RN.

Tabela 03: Análise descritiva e bivariada entre a ideação suicida e sua associação com aspectos de renda e trabalho de agricultores do município de Caicó-RN.

Tabela 04: Modelo multivariado entre a ideação suicida e sua associação com variáveis sociodemográficas, trabalhista e de saúde de agricultores do município de Caicó-RN.

Tabela 05: Distribuições dos grupos controle e caso segundo características socioeconômicas e demográficas dos agricultores. Caicó, Rio Grande do Norte, Brasil.

Tabela 06: Distribuições dos grupos controle e caso segundo características de saúde dos agricultores. Caicó, Rio Grande do Norte, Brasil.

Tabela 07: Distribuições dos grupos controle e caso segundo características laborais dos agricultores. Caicó, Rio Grande do Norte, Brasil.

Tabela 08: Modelos de regressão múltipla dos fatores associados ao comportamento suicida entre agricultores. Caicó, Rio Grande do Norte, Brasil

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS: Atenção Primária à Saúde

ASA: Articulação Semiárido Brasileiro

ACS: Agente Comunitário de Saúde

CAPS: Centros de Atenção Psicossocial

CEREST: Centro de Referência Especializada em Saúde do Trabalhador

ECR: Equipes de Consultórios na Rua

eSF: Equipes de Saúde da Família

ESF: Estratégia Saúde da Família

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia Estatística

MRPB: Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira

NASF: Núcleos de Apoio à Saúde da Família

NAPS: Núcleos de Atenção Psicossocial

NR: Norma Regulamentadora

ONU: Organização das Nações Unidas

OMS: Organização Mundial da Saúde

PNSIPCFA: Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo das Florestas e das Águas

PNSST: Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho

RN: Rio Grande do Norte

SRT: Serviços Residenciais Terapêuticos

STRAAF: Sindicato dos Trabalhadores Rurais Agricultores e Agricultoras Familiares

UBS: Unidades Básicas de Saúde

Sumário

1- INTRODUÇÃO	16
2- REVISÃO DA LITERATURA	20
2.1- ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DO COMPORTAMENTO SUICIDA.....	20
2.2- RECORTE HISTÓRICO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL E NO RIO GRANDE DO NORTE	28
2.2.1- A saúde mental no Rio Grande do Norte	40
2.3- ASPECTOS DE VIDA E SAÚDE DO TRABALHADOR DA AGRICULTURA NO BRASIL E NO SEMIÁRIDO NORDESTINO	44
2.3.1- Saúde do trabalhador da agricultura e riscos à saúde mental	49
2.3.3- Vigilância e prevenção do suicídio em agricultores.....	60
3 OBJETIVOS	64
3.1 Objetivo geral	64
3.2 Objetivos específicos	64
4 MÉTODO.....	65
4.1 Seção 1: Estudo de Revisão Sistemática da Literatura	65
4.1.1- Critérios de elegibilidade	65
4.1.2- Busca na literatura.....	65
4.1.3- Seleção de estudos	66
4.1.4- Processo de coleta de dados	66
4.1.5- Avaliação do risco de viés	66
4.2 Seção 2: Estudo transversal	67
4.2.1- Plano amostral.....	67
4.2.1.1. População-alvo	67
4.2.1.2. Cálculo amostral.....	67
4.2.1.3. Critérios de inclusão e exclusão	68
4.2.2- Coleta de dados.....	68
4.2.3- Variáveis	69
4.3 Seção 3: Estudo caso-controle.....	72
4.3.1- População e desenho do estudo.....	73
4.3.2- Tamanho amostral.....	73
4.3.3- Seleção dos casos e controles	73
4.3.4- Variáveis do estudo e instrumentos de coleta de dados	Erro! Indicador não definido.
4.3.5- Análises dos dados.....	77
4.3.6- Aspectos éticos.....	77
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	79
5.1. ARTIGO 1: FATORES ASSOCIADOS AO COMPORTAMENTO SUICIDA EM AGRICULTORES.	79
5.2. ARTIGO 2: PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS A IDEAÇÃO SUICIDA EM AGRICULTORES	109

5.3. ARTIGO 3: COMPORTAMENTO SUICIDA, AGROTÓXICOS E SAÚDE MENTAL DOS AGRICULTORES: UM ESTUDO CASO-CONTROLE	133
6- PERSPECTIVAS PARA A CONCLUSÃO DO TRABALHO.....	Erro! Indicador não definido.
REFERÊNCIAS	156
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E DE FATORES DE SAÚDE-DOENÇA	173
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE...	176
APÊNDICE C – CARTAS DE ANUÊNCIA.....	180
ANEXOS A – ESCALA DE IDEAÇÃO SUICIDA DE BECK.....	182
ANEXOS B – QUESTIONÁRIO CAGE.....	185
ANEXOS C – SRQ – 20 SELF REPORT QUESTIONNAIRE.....	186

1 INTRODUÇÃO

O comportamento suicida configura-se como um fenômeno complexo e multifatorial, que resulta da interação de fatores filosóficos, psicológicos, biológicos e sociais. Inclui desde pensamentos de autodestruição, ameaças, tentativas de suicídio até o suicídio. Na literatura científica, estes diferentes fenômenos são avaliados por meio de recursos diversos, e direcionam distintas estratégias de prevenção e abordagem (ABREU et al, 2010; WERLANG; BORGES; FENSTERSEIFER, 2005; SCHOSSER; ROSA, MORE, 2014; BERTOLOTE, 2013).

No meio rural, em especial, os aspectos de vida e trabalho podem esconder difíceis realidades que estão relacionadas a condições socioeconômicas, de trabalho, educação e saúde, sobretudo saúde mental, podendo representar, portanto, um risco para o comportamento suicida nessa população, especialmente em agricultores. Por sua vez, disparidades são observadas quando as taxas de mortalidade por suicídio nas zonas urbanas são comparadas às áreas rurais, sendo a agricultura um importante fator ocupacional de risco para este tipo de desfecho (MACEDO; BEZERRA, 2018; COSTA et al, 2015; MILNER et al, 2013; DONGRE, DESHMUKH, 2015).

De modo geral, os dados referentes à mortalidade por suicídio são alarmantes em todo o mundo. Verifica-se cerca de 703 mil mortes por suicídio a cada ano no mundo, com taxa global de mortalidade padronizada por idade de 9 mil óbitos para cada 100 mil habitantes, sendo considerado, portanto, prioridade em saúde pública devido seu impacto e magnitude (WHO, 2021; BACHMMAN, 2018). No Brasil, entre os anos 2011 e 2016, foi observado uma taxa de mortalidade de 5,5/100 mil habitantes (ABP, 2014; BRASIL, 2017; MOREIRA; BASTOS, 2015).

Ao considerar a população rural, especialmente os agricultores, diversos fatores associados ao comportamento suicida são relatados na literatura. Santos et al (2021) revelaram em um estudo de revisão sistemática com agricultores, que aspectos individuais, de saúde mental, impactos sazonais e do trabalho, como o uso de agrotóxicos e endividamento, estão associados com diferentes desfechos relacionados ao comportamento suicida, como suicídio, ideação suicida e tentativa de suicídio.

Parte desses achados corroboram com outro estudo de revisão sistemática que identificou quatro das principais influências mais citadas sobre a saúde mental dos agricultores, sendo elas: dificuldades financeiras, variabilidades climáticas/seca, exposição a pesticidas e problemas de saúde física/ lesões anteriores (YAZD, WHEELER, ZUO, 2019).

É importante destacar que a concepção do ato suicida é um amplo e importante desafio e ameaça para a saúde dos agricultores. Estudos realizados em diferentes regiões do mundo mostraram uma prevalência significativa de ideação suicida em agricultores, e as diferenças encontradas entre eles podem resultar tanto da variabilidade dos instrumentos utilizados para mensuração do desfecho analisado, como das diferenças sociais, culturais e territoriais inerentes a cada região, levando a uma heterogeneidade dos resultados (MARI, WILLIAMS, 1986; VAN SPIJKER ET AL, 2014; HARRIS ET AL, 2015; SPITZER, KROENKEK, WILLIAMS, 1999).

Na Nigéria, por exemplo, 29,7% dos agricultores relataram ideação suicida (SWEETLAND et al, 2018). No Brasil, porém, ainda são escassos os estudos que apresentem dados robustos acerca desse objeto de análise. Um estudo realizado no estado do Piauí, com população residente em assentamentos rurais, identificou uma prevalência de ideação suicida de 13,4% (MACEDO; SILVA, BEZERRA; 2018). Outro, em Minas Gerais, identificou que camponeses expostos a agrotóxicos, em relação a camponeses envolvidos com práticas agroecológicas, tiveram maiores chances para ideação suicida, consumo problemático de álcool e episódios prévios de intoxicação aguda por agrotóxicos (GONZAGA; BALDO, CALDEIRA, 2020).

Por sua vez, o Nordeste do país, especialmente o Rio Grande do Norte (RN) e os municípios da região do Seridó potiguar, têm se destacado cada vez mais nos estudos envolvendo o comportamento suicida, sobretudo quando se trata de população rural e dos agricultores. Em 2010, Botega (2010) mostrou que Caicó ocupou o 3º lugar entre as 20 cidades brasileiras, com pelo menos 50 mil habitantes, com maiores coeficientes de suicídio do país entre os anos 2005 e 2007. Além disso, o município de São José do Seridó, que compõe a região supracitada, também foi destaque em um estudo de Santos et al (2017) ao analisar os casos de suicídio no Nordeste do país entre os anos 2010 e 2014, ocupando o primeiro lugar com taxa de 32,63 óbitos/100 mil habitantes.

Azevedo (2020) encontrou um índice significativo de suicídio em agricultores no Seridó potiguar (27,54%), corroborando com os dados do estudo de Dutra (1997) e Roehe (2013), cuja prevalência nesse grupo foi de 16,2% no RN. Uma análise espaço-temporal da mortalidade por suicídio no estado evidenciou, ainda, a presença de conglomerados de elevadas taxas para a variável população rural, entre os anos 2000 e 2015 (SANTOS et al, 2020). Nesse mesmo período, Lins (2019) mostrou que, dos 397 casos de suicídio no estado, Caicó representou o município com maior número de suicídios (29,47%); e, do total de casos analisados no estudo, 30,2% dos óbitos ocorreu em agricultores, corroborando com outros estudos que mostram risco aumentado para este grupo (KLINGELSCHEIDT et al, 2018).

Diante desse cenário, o comportamento suicida pode ser contextualizado como um processo complexo, de grande amplitude, em que os agricultores constituem uma das ocupações de alto risco (BOXER; BURNETT, SWANSON, 1995; MILNER et al, 2013). Assim, este estudo, inicialmente, revisou sistematicamente toda a literatura nacional e internacional sobre os fatores associados ao comportamento suicida nessa população, buscando evidenciar, individualmente, os aspectos inerentes a cada um dos desfechos desse fenômeno para melhor compreendê-los, e indicar novos rumos para ações de saúde e futuras investigações.

Sabendo-se que a tentativa de suicídio e o suicídio podem decorrer, primeiramente, da ideação suicida, e que essa se constitui como um importante preditor para prevenção do suicídio, é necessário elucidar qual a magnitude e os fatores associados a esse desfecho nos agricultores de Caicó, uma vez que essas pessoas estão em risco de mortalidade por suicídio em virtude da vulnerabilidade e exposição a diferentes fatores já relatados na literatura. Assim, será possível direcionar estratégias de prevenção do suicídio de forma mais efetiva.

Cabe ressaltar que na ideação suicida, o desejo de morte nem sempre existe, uma vez que na maioria das vezes deseja-se a eliminação do sofrimento e não da vida. Assim, enquanto que a ideação suicida consiste em pensar sobre suicídio, o pensamento de morte por si só representa um conjunto de pensamentos negativos, que podem ou não estar em conjunto com o desejo de morte.

Logo, este estudo trabalha com a hipótese de que os aspectos de vida, saúde e trabalho, como a presença de transtornos mentais e o uso de agrotóxicos, estão associados

a aspectos do comportamento suicida – evidenciados, aqui, pela ideação suicida e tentativa de suicídio, e ao pensamento de morte, nos agricultores de Caicó. Inquéritos científicos dessa natureza, com recortes populacionais específicos, são necessários para se (re)pensar um modelo de saúde mais resolutivo e equânime, em consonância com a política de promoção da saúde e em busca da prevenção do suicídio.

No que tange às contribuições deste estudo para saúde coletiva, o reconhecimento dos fatores associados ao pensamento de morte, ideação suicida e a tentativa de suicídio, bem como do perfil sociodemográfico e epidemiológico desse fenômeno nos agricultores, subsidiará informações à comunidade acadêmica e social para a consecução de políticas de prevenção do suicídio nesse grupo e para o fortalecimento e reformulação das políticas de saúde já existentes. Ademais, a identificação desses fatores possibilitará o reconhecimento precoce de uma população em risco, contribuindo para redução dos índices de tentativas e, conseqüentemente, das taxas de mortalidade.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Este capítulo contempla o aporte teórico-conceitual para fundamentação deste estudo e está estruturado em três seções. Inicialmente, serão abordados os aspectos epidemiológicos, trazendo os estudos que apresentam a dimensão e o impacto do comportamento suicida no mundo, Brasil, Rio Grande do Norte e Caicó. Em seguida, são apresentados os aspectos da Política de Saúde Mental do país e da Rede de Atenção Psicossocial no Rio Grande do Norte. Por fim, são discutidos os marcos de vida, saúde e trabalho vivenciados pelos agricultores, sob a luz do semiárido do nordeste brasileiro; os desafios da vida no campo e a legislação e políticas de saúde do agricultor.

2.1- ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DO COMPORTAMENTO SUICIDA

A compreensão dos aspectos epidemiológicos e demográficos, sobretudo em países marcados por intensas transições dessa natureza ao longo dos anos, é fundamental para análise da situação de saúde da população, para consecução de políticas públicas de saúde voltadas para a promoção da saúde e para a prevenção de agravos (MIRANDA; MENDES, SILVA, 2016).

Com uma população mundial estimada de aproximadamente 7,8 bilhões de pessoas em 2020, a Organização das Nações Unidas (ONU) estima que até o ano de 2050 será observado um crescimento nesta população, que atingirá a marca de 9,7 bilhões de pessoas. As taxas de crescimento, porém, variam entre as regiões. Entre 2019 e 2050, países, como Índia e Estados Unidos, representarão mais da metade do crescimento projetado da população mundial (ONU, 2019).

No Brasil, por exemplo, com população estimada de 211 milhões de pessoas no ano de 2020, embora seja observado um aumento populacional ao longo do tempo, a velocidade desse crescimento foi reduzida. Além disso, ao mesmo tempo em que foi observado um processo de transição demográfica, caracterizado por um aumento na expectativa de vida e menores taxas de fecundidade – números de filhos que uma mulher tem ao longo da vida, favorecendo um aumento da população em idade economicamente ativa, ainda na década de 1970, o Brasil viveu uma intensa transição epidemiológica, caracterizada como uma complexa modificação no perfil de morbimortalidade (VASCONCELOS; GOMES, 2012).

Essas mudanças vêm (re)direcionando as ações do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir do desenho da tripla carga de doenças, assinalada pela diminuição de doenças infecciosas e parasitárias, aumento das doenças crônicas não-transmissíveis e na mortalidade por causas externas (CORTEZ et al, 2019).

Nesse sentido, é necessário observar a partir dos anos 1980 o incremento das causas externas de morte, sobretudo homicídios e acidentes de transporte (TAVARES, LOVATE, ANDRADE, 2018). O processo de urbanização crescente, associado a industrialização e mudanças no estilo de vida da população, estiveram relacionadas a esse crescente aumento, provocando forte impacto social e na saúde da população em geral. Nesse contexto, as mortes podem ser classificadas como intencionais, como o suicídio, e não intencionais, como os acidentes de trabalho e trânsito (GONSAGA et al, 2012).

O suicídio, entendido como todo caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato, positivo ou negativo, realizado pela própria vítima, e que ela sabia que produziria esse resultado (DURKHEIM, 2000), encontra-se entre as principais causas externas de mortalidade no mundo. Além disso, foi responsável por cerca de 703 000 mortes, segundo estimativa da Organização Mundial da Saúde (OMS), para o ano de 2019, com taxa global de mortalidade padronizada por idade de 9 mil óbitos para 100 mil habitantes (WHO, 2021).

É importante ressaltar que não ocorre apenas em países de alta renda, mas é um fenômeno global em todas as regiões do mundo. Na verdade, mais de 77% dos suicídios globais ocorreram em países de baixa e média renda em 2019; e, nesse ano, foi a quarta causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos (WHO, 2019).

A OMS, por sua vez, apresentou as taxas de mortalidade por suicídio (por 100 mil habitantes), em ambos os sexos, com dados de 2019. Foi possível observar que os maiores coeficientes de suicídio são encontrados em países da Europa Oriental; enquanto que os países da América Central e América do Sul apresentam menores taxas (WHO, 2019).

Os dados estatísticos também apontam para uma maior taxa de mortalidade por suicídio entre os homens. A taxa global de suicídio padronizada por idade foi maior em homens (12,6 por 100.000) do que em mulheres (5,4 por 100 000) segundo as estimativas do ano de 2019. Enquanto para as mulheres, as taxas mais altas nos países estavam acima

de 10 por 100.000, para o sexo masculino eram acima de 45 por 100.000 habitantes (WHO, 2019).

Todavia, ao levar em consideração as tentativas de suicídio, as taxas são maiores em mulheres na maioria das regiões do mundo. No Brasil, por exemplo, entre os anos 2007 e 2017, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação 470.913 casos de intoxicação exógena, sendo 220.045 (46,7%) caracterizadas como tentativas de suicídio. Dessas tentativas, foram registradas em pessoas do sexo feminino 153.745 (69,9%), e, no masculino, 66.275 (30,1%) (BRASIL, 2019; CALIXTO, 2016;).

As taxas de suicídio de homens são superiores as das mulheres na maioria dos países, com exceção da China e de Bangladesh, marcadamente distintos pelas suas peculiaridades socioculturais (STRUSZCZYK; GALDAS, TIFFIN, 2019). As explicações para esses índices partem do pressuposto de que os métodos utilizados pelos homens para colocar fim a vida são mais agressivos e letais, como armas de fogo, bem como possuir maior intenção de morrer e apresentar dificuldade para externalizar sentimentos. Historicamente, as mulheres frequentemente estão menos expostas a sentimentos de falência causados por insucesso financeiro, competitividade e impulsividade, que são fatores de risco para o suicídio (STACK, 2000; SILVA et al, 2018).

Um estudo avaliou as taxas de mortalidade em adolescentes e adultos jovens com idades entre 10 e 24 anos, segundo sexo, causas de morte, para Brasil e Unidades Federadas, entre 1990 e 2019, a partir de dados do estudo Global Burden of Disease 2019. Foi visto que, neste período, no geral, as três primeiras causas foram: lesões de trânsito, violência interpessoal (agressões) e causas maternas. Nas mulheres, o suicídio que ocupava o 6º lugar em 1990 passou para o 4º em 2019; e, entre os homens, passou de 4º para 3º lugar em causas de mortes (MALTA et al, 2021; GBD,2019).

No que diz respeito a mortalidade por regiões do Brasil, um estudo realizado por Malta, Daltro e Ponde (2020) mostrou que a mortalidade absoluta por suicídio entre 2006 e 2015 foi de 98.194 óbitos, o que corresponde a 26 óbitos por dia, ou seja, 1,12 óbito por hora. Além disso, em ordem decrescente em números absolutos durante todo o período estudado, a região Sudeste ocupou o primeiro lugar, com um total de 37.707 casos registrados (37,7% do total), seguida da região Sul, com 22.685 (23,1% do total), região

Nordeste, com 22.617 (23%), região Centro-Oeste, com 8.596 (8,75%) e região Norte, com 6.591 (6,71%).

Percebeu-se, ainda, um aumento nas taxas de suicídio em todas as regiões durante o período estudado: ao comparar-se os óbitos de 2006 e 2015, evidenciou-se aumento de 84% na região Norte, 29% na região Nordeste, 30% na região Sudeste, 10% na região Sul e 23% na região Centro-Oeste. No Brasil como um todo, o aumento foi de 29% (MALTA; DALTRO, PONDE; 2020).

Ao considerar, porém, os coeficientes de mortalidade por suicídio por região, entre os anos 2010 e 2019 as regiões Sul e Centro-Oeste destacaram-se com os maiores coeficientes, sendo, respectivamente, 10,4 e 8,3 óbitos para cada 100 mil habitantes. É importante destacar que uma das razões para essas diferenças seriam as diferentes realidades socioeconômicas, demográficas e assistenciais (BRASIL, 2021).

Analisando a faixa etária dos indivíduos que suicidam, os idosos, sobretudo homens, de forma geral, são os que apresentam maior risco de suicídio na maioria das regiões do mundo. Isso, por sua vez, está associado à falência do papel de provedor da família e das perdas sociais que o envelhecimento provoca. Por outro lado, dados da OMS apontam que o autoextermínio configura a principal causa de morte entre jovens com idade entre 15 e 29 anos (OMS, 2018).

Um estudo realizado no Brasil analisou os óbitos por suicídio entre os anos 2000 e 2017, e observou que a faixa etária mais acometida foi a de indivíduos com 20-39 anos e na população acima de 60 anos (BRASIL, 2019). Outro, porém, analisou dados de suicídio em adultos-jovens entre 1997 e 2019, cujo coeficiente médio de suicídio foi de 6,36/100 mil habitantes, apresentando tendência crescente, tanto o geral, quanto no sexo feminino e masculino. Quanto as regiões brasileiras, a Sul apresentou o maior coeficiente médio de mortalidade (9,18/100 mil habitantes) nesse grupo, e as regiões Nordeste, Norte e Sudeste mostraram tendência crescente (ARRUDA et al, 2021).

Por outro lado, Santos et al (2017) analisaram os óbitos por suicídio em idosos entre 2000 e 2014 no Brasil. Foram registrados 19.806 óbitos por suicídio de idosos na série histórica, sendo a razão das taxas de mortalidade entre os sexos masculino e feminino de 4:1, havendo tendência de aumento para ambos os sexos, porém com maior intensidade no sexo masculino. Diferentemente dos idosos, em que os motivos que

impulsionam o ato suicida estão atrelados ao trabalho e às questões familiares, nos adultos-jovens predominam as motivações afetivas e financeiras (YING; CHANG, 2009).

Com relação a raça/cor e aos métodos de escolha para o ato suicida, a maioria dos estudos apontam para ocorrência do suicídio em indivíduos de cor branca e enforcamento, arma de fogo e autointoxicação por pesticidas, respectivamente; porém, é observado uma variação entre as regiões do mundo. No Brasil, é possível observar um padrão de mortalidade entre os anos 2000 e 2019, em que dos 121.540 óbitos registrados, 50% ocorreu em indivíduos brancos e 66% das pessoas utilizaram o enforcamento como método (DATASUS, SIM, 2019).

Os dados de mortalidade por suicídio no RN são expressivos. Santos, Ribeiro e Severo (2020), ao realizarem uma análise espaço-temporal da mortalidade por suicídio no estado entre os anos 2000 e 2015, identificaram que foram registrados 2.266 óbitos por suicídio, sendo a razão entre os sexos de 5:1 no último ano. A análise espacial mostrou também uma fraca autocorrelação espacial para as Taxas de Mortalidade Padronizadas para ambos os sexos, com formação de aglomerados espaciais na Região do Seridó, principalmente, para o sexo masculino. Foram perdidos 63582.5 anos potenciais de vida ao longo da série histórica. Recentemente, um estudo de Lins (2019) mostrou que no mesmo período estudado, dos 397 casos de suicídio no estado, Caicó representou o município com maior número absoluto (29,47%).

Ressalta-se, ainda, que em 2010, Botega (2010) mostrou que Caicó, município da região do Seridó do RN, ocupou o 3º lugar entre as 20 cidades brasileiras, com pelo menos 50 mil habitantes, com maiores coeficientes de suicídio do país entre os anos 2005 e 2007. Além disso, o município de São José do Seridó, que compõe a região supracitada, também foi palco de um estudo de Santos e Ribeiro (2017) ao analisar os casos de suicídio no Nordeste do país entre os anos 2010 e 2014, ocupando o primeiro lugar com taxa de 32,63 óbitos/100 mil habitantes.

Azevedo (2020) realizou um recorte histórico acerca das características históricas, geográficas e culturais da região do Seridó, especialmente no município de Caicó, a fim de produzir explicações sobre a importância que essas condições teriam no desencadeamento do fenômeno do suicídio. Foi observado um aumento significativo no coeficiente de mortalidade por suicídio na região do Seridó entre os anos 2006 e 2016, ao analisar os dados do Instituto Técnico-Científico de Perícia (ITEP), cujo coeficiente

passou de 16,46 para 50,44 óbitos para cada 100 mil habitantes, superando o coeficiente global do ano de 2019 (9,0 óbitos/100 mil habitantes) (AZEVEDO, 2020; WHO, 2019).

A caracterização desses óbitos mostrou, também, que entre as ocupações com maiores prevalências de suicídio, houve um destaque para os agricultores (27,51%). Ressalta-se, porém, que o fenômeno suicídio no município de Caicó caminha para além dos estudos com agricultores, uma vez que este município apresenta índices crescentes e preocupantes de suicídio que implicam olhar para a historicidade e cultura desse lugar, e que permitem gerar reflexões acerca desse objeto.

Nesse estudo, foi possível observar, ainda, através dos relatos de pessoas residentes na região do Seridó, que sobreviveram a tentativa de suicídio, a influência de aspectos sociais e culturais seridoenses nos modos de vivenciar o fenômeno suicídio, que são fruto da história, de crenças e tradições regionais. O tradicionalismo, a falta de abertura para as mudanças, a ausência de espaços de escuta e de abertura para o sofrimento foram considerados modos da cultura do território seridoense que atravessam o suicídio na região (AZEVEDO, 2020).

Além disso, dentre os aspectos históricos regionais, e ao considerar Caicó como pertencente a região do semiárido nordestino, a seca compõe um dos principais elementos que pode, ao longo dos anos, ter produzido repercussões no adoecimento mental da população, e contribuir para o comportamento suicida nesse espaço. Para Sá (2013), a seca foi, durante a história do Seridó, um ataque violento à autoestima da população, pois tinha como principal efeito a destruição da produção. Os processos de desertificação na região colaboraram para a incidência da pobreza que afetou a população rural em maior proporção que a urbana (SILVA, 2010).

Diante disso, a identificação individual das variáveis regionais não consegue identificar totalmente as crescentes taxas de suicídio, necessitando, dessa forma, de um aprimoramento na investigação das influências geográficas, bem como na contribuição de fatores como escolaridade, estado civil e idade na ocorrência desses casos (MACHADO; DOS SANTOS, 2015).

O rastreio dos métodos de suicídio mais utilizados é importante para o delineamento de estratégias de prevenção que se mostram eficazes, como a restrição do acesso aos meios de suicídio. É importante ressaltar que o (re)conhecimento dos fatores

associados ao suicídio também é de extrema relevância na consecução de estratégias voltadas para prevenção do fenômeno. Dentre os fatores comumente relatados na literatura, destaca-se: presença de transtornos mentais (principalmente depressão e transtornos por uso de álcool), problemas financeiros, rompimento de relacionamentos, vivenciar com conflitos e tentativa de suicídio anterior (WHO; 2018, 2019).

A ocupação está relacionada diretamente à renda, bem-estar e situação financeira dos indivíduos, que refletem na condição de vida e saúde, segurança e no acesso aos serviços de saúde (MOREIRA et al, 2017). Nesse sentido, a dificuldade no acesso aos serviços de saúde problematiza a identificação precoce dos indivíduos com comportamento suicida e, conseqüentemente, a promoção de intervenções efetivas. Cabe aqui destacar que o comportamento suicida é compreendido como um processo complexo, que pode variar desde a ideação suicida, que pode ser comunicada por meios verbais, até o planejamento do suicídio, tentativa de suicídio e, por último, suicídio.

Diante disso, os agricultores estão entre as ocupações com maior risco de suicídio em todo o mundo, sobretudo no sexo masculino, claramente elucidados em estudos de revisões sistemáticas (BOXER; BURNETT, SWANSON, 1995; MILNER, 2013). No Brasil, por exemplo, dos óbitos registrados em Rondônia entre os anos 2006 e 2015, os trabalhadores rurais apresentaram as maiores taxas de mortalidade no sexo masculino (BICALHO et al 2021). Outras profissões como médicos, policiais e farmacêuticos também estão entre aqueles com maiores índices de suicídio (MENEZES, 2016; ROBERTS, JAREMIN, LLOYD, 2013).

Destaca-se, também, alguns aspectos relacionados aos fatores sociodemográficos que, historicamente, apresentam associação com o comportamento suicida, como o uso do álcool e tabagismo, sobretudo em agricultores.

Estudos apontam que os comportamentos suicidas acentuam-se com o uso abusivo do álcool e, por isso, devem ser encarados pelas equipes de saúde com seriedade, respeito e compromisso, uma vez que os agravos e as conseqüências dessas complicações se tornam ainda mais difíceis quando negligenciados (CORDEIRO et al, 2020).

Além disso, uma das ocupações que mais fazem uso problemático de álcool são os agricultores (56,71%), inclusive no padrão de dependência (MACEDO, DIMENSTEIN, LEITE, DANTAS, 2016). Diversos fatores relacionados ao uso abusivo do álcool podem levar à ideação suicida, por exemplo. O uso da substância provoca

sensações de euforia, libertação e prazer, e pode ser utilizado pelos agricultores numa tentativa de mitigar o sofrimento causado pelos determinantes sociais, econômicos e culturais inerentes a vida no campo.

Essas sensações, a partir de um uso abusivo e contínuo do álcool, são substituídas por momentos depressivos e alterações emocionais capazes de reduzir o raciocínio e pensamento lógico, podendo gerar quadros psicóticos momentâneos com consequências graves, como o comportamento suicida (LOUREIRO; ARAUJO, 2018). Logo, o uso do álcool pode aumentar a impulsividade e intensificar os pensamentos depressivos e a ideação suicida, uma vez que inibem as funções cognitivas e a capacidade de enfrentamento (CARBALLO et al, 2020).

Além disso, as consequências do uso abusivo do álcool, como as perdas que o indivíduo possui ao longo da vida, as relações sociais fragilizadas, transtornos familiares, e os danos físicos ou financeiros, também podem ser considerados fatores que culminem no comportamento suicida. Nesse sentido, intervenções de aconselhamento e estratégias direcionadas para prevenção do uso de álcool e outras drogas e tratamento para os agricultores dependentes do álcool, sobretudo na atenção primária à saúde, devem ser repensadas como forma de reduzir os impactos gerados na saúde, sobretudo na saúde mental e, conseqüentemente, como prevenção do suicídio (MINTO et al, 2007).

Outro aspecto importante, também, diz respeito a importância da investigação da associação do tabagismo com comportamento suicida, sobretudo em grupos vulneráveis como os agricultores. Isso, porque, a epidemia de tabagismo, considerada uma das maiores ameaças à saúde pública que o mundo já enfrentou, matou mais de 8 milhões de pessoas por ano em todo o mundo (OMS, 2020).

Além disso, estudos como o de Malone et al (2003), por sua vez, evidenciaram que o tabagismo está associado com um alto risco de suicídio e de tentativas de suicídio. Os autores acreditam que a associação entre o tabagismo e a presença e gravidade do comportamento suicida nos principais transtornos psiquiátricos pode estar relacionada à menor função da serotonina cerebral em fumantes com depressão.

Destaca-se, ainda, que uma das formas de avaliar as condições de saúde da população é a partir do 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, uma vez que estabelece diferenças de morbidade entre grupos populacionais, além de fornecer base para construção de outros, como o de esperança de vida saudável (BRASIL, 2019).

A auto-avaliação do estado de saúde, por sua vez, abrange dentre diversas medidas de saúde, àquela de saúde individual percebida (baseada nos conhecimentos e crenças pessoais) (SADANA et al, 2002). Representa, portanto, um importante indicador a ser considerado em estudos envolvendo o comportamento suicida.

Este indicador produz uma auto-classificação global do indivíduo, que considera sinais e sintomas de doenças (diagnosticadas ou não por profissional de saúde), além do impacto dessas condições sobre seu bem-estar físico, mental e social (RATNER et al, 1998). Dessa forma, compreender como os indivíduos percebem seu estado de saúde permite, muitas vezes, reconhecer sinais de alerta em si mesmo ou em alguém próximo, e pode constituir um importante passo para prevenção do comportamento suicida.

2.2- RECORTE HISTÓRICO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL E NO RIO GRANDE DO NORTE

Inicialmente, é imprescindível entender sobre os principais marcos históricos que delinearão a assistência em saúde mental no Brasil, a partir da reforma psiquiátrica, até os dias de hoje, a fim de provocar uma reflexão sobre como as condições de vida no meio rural impactam na saúde mental da população, sobretudo, dos agricultores.

O recorte temporal acerca dos discursos envolvendo a saúde mental no Brasil tem início entre os anos de 1975 a 1980, onde o Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (MRPB) recebia em diferentes estados do país, como São Paulo e Rio de Janeiro, insumos fundamentais para inspirar seus ideais reformistas através da presença de importantes atores (PITTA, 2011) .

Nesse período, um grupo de filósofos e psiquiatras, vindo da Europa, com missões ético-políticas e, sobretudo, reconhecendo grupos de resistência, incitou jovens para o incremento de movimentos sociais reivindicatórios, como a defesa dos direitos das pessoas com doença mental condições e processos de trabalho em manicômios (PITTA, 2011).

Atrelado a isso, e com o início dos movimentos sociais que envolviam diversas classes profissionais, usuários, trabalhadores e grupos sindicais, o MRPB, então, surge ao fim dos anos 70, com maior visibilidade, em meio aos desafios postos pela ditadura militar e ausência de democracia vivenciados no país. Vale salientar que esta década foi marcada pela característica asilo-manicomial – sofrimento, dor e negligência na

assistência às pessoas com doença mental, com um aumento expressivo das internações psiquiátricas após unificação dos Institutos de Aposentadorias em 1966, centralizando recursos com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (DEVERA, COSTA-ROSA 2007).

Por sua vez, as políticas de saúde do Brasil, cujo marco teórico e político ocorreu a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, e em diversos congressos e conferências, como a Conferências Nacional de Saúde Mental ocorrida em 1987 no Rio de Janeiro, trouxeram à tona discussões que culminaram na superação do modelo manicomial de assistência à saúde mental no Brasil, constituindo, portanto, períodos significativos nas discussões em busca da reestruturação da assistência psiquiátrica no país (HIRDES, 2009; BRASIL, 1986, 1987).

A construção de serviços substitutivos ao manicômio e desconstrução do arsenal manicomial no Brasil, entretanto, ganhou forma a partir de intervenções médico-legal em asilos, como àquela realizada em 1989 na Casa de Saúde de Anchieta, em Santos-SP, instituição privada do tipo manicomial, símbolo de repressão e violência, popularmente conhecida como “a casa dos horrores” à época. As pessoas eram tratadas com total descaso, e as mortes eram ocasionadas por abandono, negligência e uso maciço de eletroconvulsoterapia (HIRDES, 2009).

Diversos serviços substitutivos no campo de saúde mental foram criados no município de Santos, provocando um processo de transformação assistencial e instaurando o Programa de Saúde Mental de Santos. Com isso, foram criados os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e diversos outros núcleos e centros assistenciais (AMARANTE, 2003). Sendo assim, a partir da experiência observada em Santos, diversos estados e municípios brasileiros planejaram e executaram serviços substitutivos, provocando uma maior visibilidade nas questões relativas à Saúde Mental no país.

Por outro lado, a Conferência Regional para reestruturação da assistência psiquiátrica realizada no ano de 1990 em Caracas também representou um marco histórico importante na saúde mental, uma vez países da América Latina, como o Brasil, firmaram compromissos a fim de promover a reestruturação do modelo de assistência psiquiátrica, sobretudo do papel hegemônico, opressor e centralizador do hospital psiquiátrico, com ênfase na dignidade, proteção dos direitos humanos, e na (re)socialização das pessoas com transtornos mentais na comunidade e, principalmente,

na construção de serviços de atenção à saúde alternativos a essas instituições (BRASIL, 2005).

Em 2001, a promulgação da Lei 10.216/2001 fez-se importante no cenário da saúde mental do Brasil, uma vez que garantiu diversos direitos aos pacientes com transtornos mentais, como a participação de sua família no tratamento e sua proteção contra qualquer forma de abuso, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental no país (BRASIL, 2001).

A partir de 2011, com a regulamentação da Portaria nº 3.088, surge no Brasil um novo arranjo organizativo de serviços e estratégias, que propõe a integralidade e continuidade do cuidado, a integração e interação de serviços e a construção de vínculos horizontais entre atores e setores, em contraposição à fragmentação de programas e práticas clínicas, ações curativas isoladas em serviços e especialidades: a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (LIMA-GUIMARÃES, 2019; BRASIL, 2011).

Tal ideia organizacional para a saúde mental foi originada a partir do modelo de redes de atenção à saúde, que possuem as seguintes características: organizam-se por um contínuo de atenção e de forma poliárquica; orientam-se para a atenção aos eventos agudos e às condições crônicas; voltam-se para uma população adstrita; o sujeito é um agente de sua própria saúde em colaboração com os profissionais de saúde; a suas respostas são proativas e contínuas; oferta equilibradamente ações promocionais, preventivas, curativas, reabilitadoras e paliativas; e têm ênfase no cuidado multiprofissional e interdisciplinar. Além disso, Atenção Primária à Saúde (APS) é a coordenadora do cuidado e ordena essas redes (PEITER et al, 2019; MENDES, 2018).

A RAPS, por sua vez, envolve componentes de diferentes níveis de densidade tecnológica, sendo eles: Atenção Primária à Saúde (APS), na qual estão inseridas as Unidades Básicas de Saúde (UBS), os Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF), as Equipes de Consultórios na Rua e os Centros de Convivência e Cultura; Atenção Especializada, que abrange os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas distintas modalidades – CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS ad II, CAPS ad III e CAPS infanto-juvenil – definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional; Atenção de Urgência e Emergência; Atenção Residencial de Caráter Transitório; Atenção Hospitalar, que é composta por leitos/enfermarias de saúde mental em hospital geral e pelo serviço hospitalar de referência; Estratégias de

desinstitucionalização como os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e o Programa de Volta para Casa; e Reabilitação Psicossocial através de empreendimentos solidários e cooperativas sociais (BRASIL, 2011).

Logo, esses serviços em saúde mental começaram a ser priorizados, respeitando-se as peculiaridades e demandas locais. As iniciativas dos municípios, em que pese a vontade política dos gestores municipais, passaram a ser ressarcidas através das portarias ministeriais, objetivando o deslocamento dos recursos para modalidades alternativas à internação psiquiátrica e compatibilizando os procedimentos das ações de saúde mental com o modelo assistencial (HIRDES, 2009).

No ano de 2002, como consequência da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental, foi publicada a Portaria nº 336/2002, se propôs um novo modelo de assistência centrado nos CAPS, os quais foram definidos como serviço ambulatorial de atenção diária que funciona segundo a lógica do território. Este serviço passou a ser o articulador central das ações de saúde mental do modelo assistencial e municipal, de acordo com a Norma Operacional de Assistência à Saúde (BRASIL, 2002).

Os CAPS, em suas diferentes modalidades, compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da Atenção Primária à Saúde (APS) e são serviços gratuitos especializados de caráter aberto e comunitário. São compostos por equipes multiprofissionais que atuam sob a ótica interdisciplinar e realizam prioritariamente atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com sofrimento ou transtorno mental em geral, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2011).

O primeiro CAPS do Brasil foi inaugurado em março de 1986, na cidade de São Paulo: Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira. A criação desse CAPS e de tantos outros, fez parte de um intenso movimento social, inicialmente de trabalhadores de saúde mental, que buscavam a melhoria da assistência no Brasil e denunciavam a situação precária dos hospitais psiquiátricos, que ainda eram o único recurso destinado aos usuários portadores de transtornos mentais (RIBEIRO et al, BRASIL, 2004). Atualmente, é dividido em 06 modalidades (Quadro 1) (BRASIL, 2017):

Quadro 2: Modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil

MODALIDADE	COBERTURA
CAPS I	<ul style="list-style-type: none"> • Todas as faixas etárias • Transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas • Cidades e ou regiões com pelo menos 15 mil habitantes.
CAPS II	<ul style="list-style-type: none"> • Todas as faixas etárias • Transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas • cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes
CAPS i	<ul style="list-style-type: none"> • Crianças e adolescentes • Transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas • Cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes
CAPS ad Álcool e Drogas	<ul style="list-style-type: none"> • Todas faixas etárias • Transtornos pelo uso de álcool e outras drogas • Cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes
CAPS III	<ul style="list-style-type: none"> • Até 5 vagas de acolhimento noturno e observação • Todas faixas etárias • Transtornos mentais graves e persistentes inclusive pelo uso de substâncias psicoativas • Cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes
CAPS ad III Álcool e Drogas	<ul style="list-style-type: none"> • De 8 a 12 vagas de acolhimento noturno e observação; funcionamento 24h • Todas faixas etárias • Transtornos pelo uso de álcool e outras drogas • Cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes.

(BRASIL, 2017).

Vale salientar que em 2020, dados do Ministério da Saúde mostraram que, no Brasil, os serviços e atendimentos de saúde mental disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS) são distribuídos como: 2.730 CAPS, 791 serviços de residência terapêutica,

12.877 leitos em hospitais psiquiátricos, 50 equipes multiprofissionais de atenção especializada em saúde mental, 42 mil Unidades Básicas de Saúde e 1.785 serviço hospitalar de referência (leitos em hospitais gerais) e 68 unidades de acolhimento (adultos e infanto-juvenil) (BRASIL, 2020).

Os demais pontos de cuidado da RAPS contemplam os Serviços Residenciais Terapêuticos, constituídos nas modalidades Tipo I e Tipo II, que configuram-se como moradias que possuem um espaço que garanta o convívio social e a reabilitação psicossocial de pessoas portadoras de transtornos mentais graves. A Tipo I pode receber de 1 até 8 moradores, e 1 a 10 moradores a tipo II, dependendo do grau de dependência, especialmente em função do seu comprometimento físico, que contam com suporte profissional para atender as demandas e necessidades de cada um (BRASIL, 2011).

Outros dispositivos da APS, que integram a RAPS, apresentam uma área de abrangência territorial maior no país, como as equipes de Saúde da Família (eSF). Essas unidades, como parte da Estratégia de Saúde da Família - que visa reorientar o cuidado na APS e nas UBS, devem ser responsáveis por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para essa definição. Atualmente, no Brasil, existem 49.883 eSF, sendo a maior parte no Nordeste do país (35,4%).

Além disso, atualmente, no Brasil, existem 205 Equipes de Consultórios na Rua, que são formados por equipes multiprofissionais itinerantes, voltados prioritariamente à da população em situação de rua, sendo observada uma maior prevalência de equipes no Sudeste (53,6%) do país (DATA, CNES, 2021). A estratégia Consultório na Rua foi instituída pela Política Nacional de Atenção Básica, em 2011, e visa ampliar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde, ofertando, de maneira mais oportuna, atenção integral à saúde para esse grupo populacional, o qual se encontra em condições de vulnerabilidade e com os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados (BRASIL, 2011).

As equipes dos Consultórios na Rua podem ser organizadas em três modalidades, que diferem principalmente quanto a formação dos profissionais: A - Enfermeiro, Psicólogo, Assistente Social e Terapeuta Ocupacional; B - Agente Social, Técnico ou Auxiliar de Enfermagem, técnico em Saúde Bucal, Cirurgião Dentista, profissional de

Educação Física e profissional com formação em Arte e Educação (BRASIL, 2011). Assim, classificam-se em:

- **Modalidade I** - equipe formada minimamente por 4 (quatro) profissionais, entre os quais 2 (dois) destes obrigatoriamente deverão estar conforme a letra **A** (descrição acima) e os demais entre aqueles descritos nas letras **A e B**;
- **Modalidade II** – equipe formada minimamente por 6 (seis) profissionais, entre os quais 3 (três) destes obrigatoriamente deverão estar conforme a letra **A** (descrição acima) e os demais entre aqueles descritos nas letras **A e B**;
- **Modalidade III** – equipe da Modalidade II acrescida de um profissional médico.

Os NASF, por sua vez, criado em 2008 e ampliado para NASF-Atenção Básica (NASF-AB), com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, com uma equipe composta por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, são divididos em três modalidades que diferem quanto a sua composição e carga horária de trabalho: NASF I, NASF II e NASF III. O diferencial do trabalho do NASF é o apoio às equipes da ESF. Toda proposta deve ser compartilhada com a equipe seja ela de atendimentos individuais, atenção domiciliar a acamados, atendimentos em grupo, oficinas de educação em saúde ou estudos de caso, entre outras (OLIVEIRA; ROCHA, CUTOLO, 2012).

- **Modalidade I** - Vinculada a, no mínimo, 5 (cinco) e a, no máximo, 9 (nove) equipes de Saúde da Família (eSF) ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (Consultórios na Rua, equipes ribeirinhas e fluviais). As equipes do NASF I devem ser formadas por profissionais de nível superior que reúnam as seguintes condições: (1) a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular, no mínimo, 200 (duzentas) horas semanais; (2) nenhum profissional deve ter carga horária semanal menor do que 20 (vinte) horas; (3) cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter, no mínimo, 20 (vinte) horas e, no máximo, 80 (oitenta) horas de carga horária semanal.

- **Modalidade II** - Vinculada a, no mínimo, 3 (três) e a, no máximo, 4 (quatro) eSF e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (Consultórios na Rua, equipes ribeirinhas e fluviais). As equipes do NASF 2 devem ser formadas por profissionais de nível superior que reúnam as seguintes condições: (1) a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular, no mínimo, 120 (cento e vinte) horas semanais; (2) nenhum profissional deve ter carga horária semanal menor do que 20 (vinte) horas; (3) cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter, no mínimo, 20 (vinte) horas e, no máximo, 40 (quarenta) horas de carga horária semanal.
- **Modalidade III**- Vinculada a, no mínimo, 1 (uma) e a, no máximo, 2 (duas) eSF e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (Consultórios na Rua, equipes ribeirinhas e fluviais), agregando-se de modo específico ao processo de trabalho delas, configurando-se como uma equipe ampliada. As equipes do NASF 3 devem ser formadas por profissionais de nível superior que reúnam as seguintes condições: (1) a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular, no mínimo, 80 (oitenta) horas semanais; (2) nenhum profissional deve ter carga horária semanal menor do que 20 (vinte) horas; (3) cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter, no mínimo, 20 (vinte) horas e, no máximo, 40 (quarenta) horas de carga horária semanal.

Até o ano 2019, existiam 5.886 equipes NASF implantadas, sendo a maior parte implantada no Nordeste (39%) (DATASUS, CNES, 2021). No entanto, um novo modelo de financiamento de custeio da APS, instituído pelo Programa Previne Brasil a partir da Portaria nº 2.979 de 12 de novembro de 2019, fez com que instrumentos normativos fossem revogados, dentre os quais as normativas que definem os parâmetros e custeio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Dessa forma, a composição de equipes multiprofissionais deixa de estar vinculada às equipes NASF-AB. Com essa desvinculação, o gestor municipal passa a ter autonomia para compor suas equipes multiprofissionais, definindo os profissionais, a carga horária e os arranjos de equipe. Um dos reflexos dessa mudança foi nas equipes implantadas, que, até julho de 2021 só restam 150 equipes NASF (BRASIL, 2019).

Por outro lado, a Atenção Residencial de Caráter Transitório, é composta pelas Unidades de Acolhimento - Adulto e Infanto-Juvenil, e pelo Serviço de Atenção em Regime Residencial. As primeiras foram instituídas pela Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012, e funcionam como pontos de atenção que oferece cuidados contínuos de saúde, com funcionamento 24 horas, em ambiente residencial, para pessoas com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório. São unidades com especificidades de atendimento segundo faixas etárias, por isso a estratificação nas modalidades adulto e infanto-juvenil. O tempo de permanência na unidade é de até seis meses, e o acolhimento neste ponto de atenção será definido exclusivamente pela equipe do CAPS de referência que será responsável pela elaboração do projeto terapêutico singular do usuário, considerando a hierarquização do cuidado (BRASIL, 2012).

O Serviço de Atenção em Regime Residencial, por sua vez, instituído pela Portaria nº 131 de 26 de janeiro de 2012, dentre os quais também estão consideradas as Comunidades Terapêuticas, são serviços de saúde destinados a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses, para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2012).

Já os pontos de Atenção Terciária na RAPS estão associados à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RAUE), que ganhou forma a partir da instituição da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), através da Portaria nº 1863/2003. Apesar de não ter lançado a RAUE diretamente, esta portaria contribuiu com a organização sistemáticas de fluxos de serviços, o que subsidiou, a posteriori, a criação de uma rede mais específica, voltada ao atendimento de urgências (BRASIL, 2003).

A PNAU abrange os serviços Pré-hospitalares Fixos (Unidades não hospitalares de atendimento às urgências, como Unidades Mistas, UPA's; Prontos Socorros Especializados ou Gerais); o serviço Pré-Hospitalar Móvel (SAMU); os serviços Hospitalares (Hospitais Gerais ou Especializados), e os serviços Pós-Hospitalares (programas de Reabilitação Integral). Esta política foi reformulada no ano de 2011 a partir da Portaria nº 1.600. No mesmo ano, foram postas em vigor as Portarias nº 1.601/2011 e nº 2.648/2011, as quais promoveram, respectivamente, o estabelecimento e a redefinição

das diretrizes para implantação das UPA's – 24 horas e dos demais serviços 24 horas que constituem a RAUE, conforme previsões as PNAU (BRASIL, 2003-2011-2011-2011).

Para Maia (2019), as articulações entre a RAPS e a RAUE ainda é palco de contradições, originadas de conceitos assistenciais distintos. Se, por um lado, as novas condutas de abordagem em saúde mental consideram (ou deveriam considerar, na prática) a inclusão e o respeito às particularidades dos sujeitos, junto à promoção do diálogo como ferramenta terapêutica preferencial, evitando a contenção coercitiva, em prol da dignidade dos usuários dos serviços; por outro, tem-se o pragmatismo dos serviços de urgência, pautados na formalização técnica, os quais funcionam sob a ótica da objetividade e otimização do tempo de assistência e agem pontualmente nos momentos de crise.

O SAMU, por exemplo, resulta da interseção entre os pontos de atenção da RAPS e da RAUE. O estudo de Bonfada et al (2013) revelou que diante das carências nos serviços substitutivos em saúde mental, as famílias dos pacientes psiquiátricos adotam o SAMU como uma alternativa para propiciar o internamento diante das crises psíquicas. Na maioria das vezes, a internação ocorre como reflexo do despreparo dos familiares em conviver com a doença ou como consequência da intolerância diante das necessidades especiais de um sujeito em sofrimento psíquico.

É importante considerar que a Atenção Hospitalar, enquanto nível de atenção terciária, deve ser configurada como o último nível de cuidado em saúde mental, e não deve ser interpretada como “ponto de chegada”, que finaliza o percurso da RAPS com a internação do sujeito em sofrimento mental. Dessa forma, constitui a última alternativa ou alternativa provisória, até que o momento de crise cesse e o indivíduo, outrora em surto, possa voltar à vida social, sob o suporte dos pontos de atenção contínua (MAIA, 2019).

A Portaria nº 3.588/2017 apresentou um papel importante no cenário da RAPS dentro da atenção hospitalar, uma vez que os leitos de psiquiatria em hospitais gerais deram lugar às “Unidades de Referência Especializada”, assumindo o papel de Serviço Hospitalar de Referência, juntamente aos Hospitais Psiquiátricos Especializados e Hospitais Dia, para os indivíduos em situação aguda de crises psicopatológicas

decorrentes de transtornos mentais e/ou com necessidades advindas do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2017).

Para Paes et al (2013), a psiquiatria no contexto do hospital geral demonstra parte das transformações que estão ocorrendo na saúde mental do Brasil. Essas modificações estruturais traduzem a necessidade de um novo olhar e novas atitudes dos profissionais, dos representantes dos órgãos políticos e da sociedade civil, através de reflexões e discussão com o intuito da extinção de preconceitos e estigmas construídos cultural, histórica e socialmente a partir da assistência psiquiátrica manicomial e excludente.

Diante disso, a consecução de programas e estratégias que contribuem para o processo de inserção social dos pacientes psiquiátricos que tenham passado por longos períodos de internação, além das iniciativas de geração de trabalho e renda e empreendimentos solidários, são concebidas como estratégias efetivas nesse contexto. O “Programa de Volta para Casa”, instituído no Brasil por meio da assinatura da Lei Federal 10.708 de 31 de julho de 2003, incentiva a organização de uma rede ampla e diversificada de recursos assistenciais e de cuidados, facilitadora do convívio social, capaz de assegurar o bem-estar global e estimular o exercício pleno de seus direitos civis, políticos e de cidadania (BRASIL, 2003).

Para tanto, juntamente com o Programa de Redução de Leitos Hospitalares de longa permanência e os SRT, o Programa de Volta para Casa constitui o tripé essencial para o efetivo processo de desinstitucionalização e resgate da cidadania de pessoas acometidas por transtornos mentais (BRASIL, 2003).

Por fim, diversos atores compõem a formação dos recursos humanos da RAPS. Maia (2019), em seu estudo sobre a produção e validação do índice de oferta da atenção psicossocial no Brasil, elencou, a partir de uma análise na literatura vigente, os seguintes profissionais responsáveis por formarem a rede: Agentes Comunitários de Saúde (ACS); Enfermeiros; Técnicos de Enfermagem; Auxiliares de Enfermagem; Assistentes Sociais; Psicólogos; Pedagogos; Terapeutas Ocupacionais (TO); Médicos da Família e Médicos Psiquiatras.

Logo, considera-se que os ACS são os principais protagonistas no apoio aos profissionais da RAPS em todas as linhas de cuidado. São eles que apontam as demandas de saúde mental presentes no território de atuação e, muitas vezes, identificam as

circunstâncias que podem provocar o adoecimento agudo e a melhora dos casos com os quais já estão familiarizados a partir da formação do vínculo (AMARAL et al, 2019; WAIDMAN; COSTA, PAIANO, 2012).

A equipe de enfermagem reinventa seu papel e sua atuação na saúde mental a partir da ajuda ao indivíduo para (re)construção de sua rede comunitária de cuidados, auxiliando não só nos cuidados gerais de manutenção da vida, mas também na divisão da assistência com outros profissionais (trabalho interdisciplinar); proporcionando a escuta, o acolhimento e o estímulo para a autonomia, cidadania, inclusive na comunidade, indo para além da teoria e entendendo o que ocorre nos espaços de trabalho para planejar ações efetivas (ROCHA, 2019).

Por outro lado, os assistentes sociais, psicólogos, pedagogos e terapeutas ocupacionais, compõem a rede de cuidado voltada para o amparo das necessidades de inclusão social e reabilitação terapêutica. Os primeiros, intervêm com os usuários no sentido da efetivação e garantia de direitos. Os psicólogos, por sua vez, tratam das circunstâncias que levam o sentimento de angústia e reverberam as crises nos usuários. Os pedagogos, pelo estímulo da aprendizagem através de atividades, grupais ou não, que acessem a capacidade cognitiva do público assistido, respeitando suas limitações. E, por fim, os terapeutas ocupacionais, nesse contexto, podem atuar em oficinas terapêuticas, planejando e conduzindo; e contribuem com atividades de foco comunitário, para promoção da reinserção do usuário sob seus cuidados aos meios sociais e familiares (SILVA et al, 2015; APPEL, 2013; GUIMARÃES, 2013; PEREIRA, 2017; SILVA; ARAÚJO, 2013).

Além desses profissionais, a equipe técnica multiprofissional em saúde mental, com vistas a atender às reformulações da atenção psiquiátrica, deve contar com profissionais médicos generalistas e psiquiatras. Todavia, são observadas dificuldades no que diz respeito a vinculação desses profissionais no eixo da interdisciplinaridade proposta pela atenção psicossocial, evidenciadas pela alta rotatividade e tempo de permanência nos serviços, sobretudo nos serviços de saúde mental dos municípios de interiores (MAIA, 2019).

É importante destacar, ainda, que muitos autores têm relatado preocupações no que se refere ao financiamento em saúde mental a partir de determinações que podem, gradativamente, provocar o enfraquecimento da RAPS e todas as conquistas relacionadas

a reforma psiquiátrica ao longo dos anos (ROQUETE, 2019; DIAS et al, 2020; CRUZ et al, 2019).

Embora tenha ocorrido uma mudança no modelo de saúde brasileiro, orientada para um cuidado em liberdade, alguns aspectos como: a insuficiência da cobertura dos serviços substitutivos, no cenário local e nacional; a baixa articulação intersetorial, a fragmentação entre os serviços de saúde e os déficits em relação aos recursos humanos e estruturais (BRASIL, 2015) têm constituído grandes obstáculos no que se refere a capacidade dos serviços de acolherem a crise em saúde no território (ROQUETE, 2019).

No campo da saúde mental, em especial, a recente Nota Técnica 11/2019 institui uma série de mudanças que implicam em graves retrocessos na rede assistencial, uma vez que evidencia as dificuldades no financiamento, expressas através dos cortes dos recursos governamentais, em âmbito federal, e que refletem, por sua vez, nas demais esferas de governo, e impactam substancialmente na efetivação de um modelo centrado no cuidado biopsicossocial, individual e coletivo (BRASIL, 2019; ROQUETE, 2019).

Esses fatos representam, portanto, uma regressão a um modelo que viola os direitos humanos e evidencia uma política manicomial, a partir da revisão da RAPS, sobre uma perspectiva de encerramento de programas essencialmente importantes da Política Nacional de Saúde Mental, como os CR, SRT e o Programa de Volta para Casa. Nesse sentido, não se tem como progredir com a política de prevenção do suicídio, sobretudo em agricultores, ao considerar este cenário.

Quanto à organização dos serviços, os Hospitais Psiquiátricos passam a ser reconhecidos como parte da RAPS e os Hospitais Gerais ganham “Unidades Psiquiátricas Especializadas” com capacidade de até 30 leitos para internações psiquiátricas, funcionando como “mini” Hospitais Psiquiátricos dentro dos Hospitais Gerais, o que reproduz novamente a lógica alienadora do Hospital. Essas medidas, além de deslegitimarem o CAPS III como dispositivo privilegiado para o atendimento da crise, claramente contradizem a Política de Desinstitucionalização e de descredenciamento e fechamento de Hospitais Psiquiátricos (ROQUETE, 2019).

2.2.1- A saúde mental no Rio Grande do Norte

No RN, dos 167 municípios do estado, 95,81% são de pequeno porte (com menos de 50 mil habitantes), sendo que a maior parte deles tem baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços. Além disso, das 8 regiões de saúde, 6 pertencem ao Grupo 1 de indicadores de saúde (baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços), 1 pertence ao Grupo 3 (médio desenvolvimento socioeconômico e média/alta oferta de serviços) e 1 ao Grupo 5 (alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta de serviços) (DIMENSTEIN e SOARES, 2021).

As regiões de saúde são elementos essenciais para integrar as ações e os serviços de saúde dos entes federativos, qualificar a gestão do SUS e garantir a integralidade. Elas necessitam ser capazes de resolver, se não a totalidade, a quase totalidade das necessidades de saúde da população regional, inclusive de saúde mental (SANTOS; CAMPOS, 2015).

No âmbito da saúde do trabalhador, as regiões de saúde integram os pontos para o desenvolvimento de intervenções em saúde do trabalhador a partir da criação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). Além de atender diretamente o trabalhador, serve como uma fonte geradora de conhecimento, ou seja, tem condição de indicar se as doenças ou os sintomas das pessoas atendidas estão relacionados com as atividades que elas exercem, na região onde se encontram.

Além disso, garantem ações e serviços mínimos de: Atenção Primária; Urgência e Emergência; Atenção Psicossocial; Atenção Ambulatorial Especializada e Hospitalar, e Vigilância em Saúde. Logo, os 5570 municípios brasileiros estão agrupados em 438 Regiões de Saúde, sob o gerenciamento das Comissões Intergestores Regionais (CIR), de governança estadual, o que permitiu o (re)conhecimento das especificidades estruturais de cada Região de Saúde em território nacional (BRASIL, 2011; MACEDO et al, 2017).

Destaca-se que 88,62% dos municípios, dos quais reúnem 47,74% da população do estado, estão localizados no grupo de menor desenvolvimento e oferta de serviços (Grupo 1), enquanto a única região de saúde classificada como de alto desenvolvimento, 7ª região (Metropolitana), em que se localiza a capital, tem o equivalente a 2,99% dos municípios e 38,36% do contingente populacional (DIMENSTEIN e SOARES, 2021).

Historicamente, as primeiras políticas assistenciais em psiquiatria no RN acompanharam passos semelhantes aos do país, iniciando com a criação de grandes espaços de reclusão (manicômios, asilos, hospícios, colônias, Hospitais Psiquiátricos) para resguardar a sociedade das incômodas e inconvenientes expressões da loucura (SANTOS, 2007). As pessoas com doença mental, consideradas “loucas”, eram abrigadas em espaços para indigentes, sendo o primeiro deles inaugurado em 1882 e denominado “Lazareto da Piedade de Natal”, usado, sobretudo, para abrigar os contaminados pela varíola. Anos depois, em 1911, passou a se chamar Asilo da Piedade, recebendo qualquer indivíduo que oferecesse perigo à paz social, como as pessoas com doença mental, mendigos e tuberculosos. Dez anos depois, passou a ser chamado de Hospício de Alienados (SUCAR, 1993; ALVERGA, 2004).

Outro marco importante na história da saúde mental do RN diz respeito ao movimento de reivindicação, pelo psiquiatra João da Costa Machado no ano de 1947, em busca da assinatura de um acordo que possibilitasse a construção de um hospital colônia na capital do estado; e, após 10 anos, em 1957 foi inaugurado o Hospital Colônia Dr João Machado. Hoje, o atual complexo psiquiátrico João Machado compõe a maior instituição hospitalar psiquiátrica do estado (SUCAR, 1993).

No RN, a assistência à Saúde Mental centrada em Hospitais Psiquiátricos se perpetuou durante as décadas de 1960 e 1970. Somente no final dos anos 1980 é que começaram a surgir as primeiras propostas de mudanças, objetivando construir uma nova perspectiva de cuidado em Saúde Mental, baseada no paradigma da reforma psiquiátrica (SANTOS, 2007).

Somente em 1994 foi inaugurado o primeiro NAPS na cidade de Natal. O modelo de atenção recém implantado, considerado a principal estratégia de consolidação da reforma psiquiátrica no estado, tinha como objetivo oferecer um serviço-dia, com atividades terapêuticas diversificadas às pessoas com transtornos mentais (SANTOS, 2007). Entretanto, com o decorrer do tempo, percebeu-se que a inexistência de um serviço que oferecesse retaguarda nos fins de semana e com leitos de curta duração a fim de evitar internações, impedia maiores avanços (SANTOS, 2007).

De acordo com o Ministério da Saúde (2015), desde o ano de 1998 houve um constante crescimento e implantação dos CAPS, o que aponta para a consolidação do

modelo de atenção para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, como também para a ampliação de ofertas de cuidado no território.

Ao todo, o RN dispõe de 49 CAPS no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), distribuídos nas 8 regiões de saúde: São José do Mipibu (5), Mossoró (9), João Câmara (6), Caicó (5), Santa Cruz (4), Pau dos Ferros (5), Região Metropolitana (14) e Açu (1) (CNES; TABNET, DATASUS 2021).

Com relação a cobertura de CAPS no estado, o RN conseguiu avançar para uma taxa de cobertura de 0,64 em 2008, para 0,93 em 2018. Um estudo que comparou o RN com outros dois estados do Nordeste (Ceará e Piauí) mostrou que o estado é, proporcionalmente, o que possui com maior cobertura de leitos psiquiátricos, e apresenta uma proporção de cerca de 1 leito para cada 9 mil habitantes (DIMENSTEIN e SOARES, 2021).

O estado apresenta, ainda, 04 residências terapêuticas (03 em Caicó e 01 em Natal), e os leitos de saúde mental nos hospitais gerais encontram-se em expansão segundo informes do Plano Estadual de Saúde para o triênio 2020-2023 (SESAF-RN, 2019).

Historicamente, o município de Caicó vivencia significativas mudanças no cenário da saúde mental e Reforma Psiquiátrica da região, a partir do fechamento do Hospital Psiquiátrico (Hospital Psiquiátrico Dr. Milton Marinho) no ano de 2005, que refletiu na abertura de serviços substitutivos. Atualmente, Caicó possui dois CAPS em funcionamento, sendo um CAPS III, com funcionamento durante 24h por dia, com equipe multiprofissional e 08 leitos habilitados; e um CAPS AD. Adicionalmente a esses estabelecimentos de saúde mental, possui uma residência terapêutica e uma comunidade terapêutica (Fazenda da Esperança) de caráter filantrópico (CNES; TABNET, DATASUS 2021).

O CAPS III de Caicó/RN, criado em 2009 é pioneiro na reforma psiquiátrica do estado, representando o primeiro CAPS do tipo III a ser implantado no RN e, até os dias atuais, o único CAPS de atendimento 24 horas no interior do estado. O serviço realiza assistência aos usuários e familiares constituída por acolhimento inicial, acolhimento diário e noturno, atendimento individual, atendimento familiar, visitas e atendimentos

domiciliares, grupos terapêuticos, oficinas terapêuticas, atividades comunitárias, enfocando a integração na comunidade e a reinserção social. O público alvo desta instituição são usuários de todas as faixas etárias que apresentam transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas. Tem-se observado, porém, nos últimos anos, aumento nas demandas relacionados ao comportamento suicida, principalmente casos de tentativas de suicídio (ARAÚJO, 2019).

Diante do recorte histórico sobre o modo como os serviços de saúde mental foram sendo consolidados ao longo dos anos no Brasil, e estão configurados no RN, bem como os impactos da fragilidade a qual a rede de saúde mental no país está submersa atualmente, faz-se necessário refletir sobre os modos de superação desse modelo, sobretudo quando se pensa na prevenção do suicídio. Dessa forma, é importante apreender acerca do cuidado em saúde, atentando para as condições de vida e trabalho das populações rurais, especialmente dos agricultores familiares no semiárido nordestino (COSTA NETO; DIMENSTEIN, 2017).

2.3- ASPECTOS DE VIDA E SAÚDE DO AGRICULTOR NO BRASIL E NO SEMIÁRIDO NORDESTINO

A agricultura foi a atividade que, prioritariamente, dividiu o homem da Idade da Pedra Lascada do Neolítico, e possibilitou a formação de aglomerados humanos, reunidos na luta pela sobrevivência em todo o planeta. A influência da agricultura na mudança desses aglomerados variou a partir as condições climáticas de cada local. No geral, os principais elementos do clima considerados na produção agrícola são a temperatura e umidade relativa do ar (SILVA et al, 2019).

A Revolução Verde, marco histórico desse processo, é considerada como a difusão de tecnologias agrícolas que permitiram um aumento considerável na produção, sobretudo em países menos desenvolvidos, que ocorreu principalmente entre 1960 e 1970, a partir da modernização das técnicas utilizadas. Apesar de surgido com a promessa de acabar com a fome mundial, não se pode negar que essa revolução trouxe inúmeros impactos sociais e ambientais negativos (OCTAVIANO, 2010).

No Brasil, desde o seu descobrimento, no ano de 1.500, a agricultura passou a ser regionalizada ou localizada a fim de atender necessidades alimentares, energéticas ou econômicas da população local. As formas e produtos envolvidos na agricultura diferem entre as regiões do país, em que cada uma apresenta diversos tipos de produtos cultivados, processados, criação de animais e atividades agropecuárias no geral (SILVA, 2019).

A agricultura brasileira apresentou um desenvolvimento significativo nas últimas décadas, consolidando o Brasil como um dos principais produtores agrícolas e pecuários do mundo. Historicamente, a produção agropecuária no país teve início na região Nordeste, com o ciclo da cana-de-açúcar, e, posteriormente, foi se espalhando pelo território nacional (CASTRO, 2014).

O Semiárido, por sua vez, representa um importante papel na história da agricultura do Brasil, até os dias de hoje, em decorrência de suas inúmeras características regionais. Abrange a parte central do nordeste do país, com os estados do Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Sergipe, Bahia e parte do estado de Minas Gerais, na região sudeste (BARROS; PORDEUS, 2014).

O Nordeste, uma das cinco regiões do Brasil, comparado às demais regiões brasileiras, possui a segunda maior população e o terceiro maior território, registrando no ano de 2019 57.071.654 habitantes. O clima tropical semiárido é o mais predominante nesta região do país, com temperaturas acima dos 25°C durante o ano e baixa pluviosidade (IBGE, 2019). Além disso, concentra grande parte da pobreza no Brasil, com grande concentração em áreas rurais.

Frequentemente, esta região é acometida por diversos eventos climáticos severos, principalmente a estiagem e a seca, que culmina em inúmeros problemas sociais, econômicos e políticos, como o desemprego e o surgimento de doenças e até mesmo a morte (BAPTUSTA; CAMPOS, 2013).

Todavia, a base da produção primária, o agricultor, enfrenta diariamente uma série de riscos que são inerentes à atividade (CARDOSO et al, 2021). Para Arias et al (2015), a instabilidade climática, a presença de pragas e os problemas sanitários, configuram os riscos agropecuários da produção. Por outro lado, a oscilação nas taxas de juros, por exemplo, relaciona-se aos riscos do mercado.

O semiárido sempre foi um espaço geográfico revestido de riscos e fracassos nas intenções das atividades agrícolas, sejam elas adequadas em pequena ou grande escala. Sem dúvida, a região mais importante do Nordeste foi, ao longo do tempo, a região da mata e do litoral, estendendo-se do Rio Grande do Norte até o sul da Bahia. Além de concentrar maior parte da população, vinda a procura de trabalho e meios de vida, essa região é dotada de temperatura e regime pluviométricos que favorecem o desenvolvimento de atividades agropecuárias variadas (SILVA et al, 2019).

Os aspectos preocupantes nessa região vão além daqueles relacionados ao clima, de modo que, nessa perspectiva, os indicadores socioeconômicos também merecem destaque. Por se tratar de uma área com grande concentração de terra, da água e dos meios de comunicação, que historicamente sempre estiveram nas mãos de uma pequena elite, essa situação gera níveis altíssimos de exclusão social e de degradação ambiental e são fatores determinantes da crise socioambiental e econômica vivida na região (ASA, 2018).

Dados da Articulação Semiárido Brasileiro (ASA) mostraram que em 2018 cerca de 1,5 milhão de famílias agricultoras (28,82% de toda a agricultura familiar brasileira) ocupam apenas 4,2% das terras agricultáveis do Semiárido. Ao passo que 1,3% dos estabelecimentos rurais com mais de 1 mil hectares, conhecidos como latifúndios, detêm 38% das terras (ASA, 2018).

Logo, as transformações no semiárido nordestino como resultado do intenso processo de modernização do campo traduzem-se em grandes disparidades espaciais e socioeconômicas. Atualmente, nessa região, podem-se distinguir zonas de agricultura prósperas integradas ao mercado nacional e internacional, como as áreas irrigadas, por exemplo, em que as atividades produtivas apresentam vantagens comparativas em termos de competitividade, contrastando com grandes áreas, situadas à margem desse processo, onde as oportunidades econômicas e as possibilidades de intensificação das atividades agropecuárias são limitadas pelas características agroclimáticas da região (CORREIA et al, 2011).

Pereira et al (2010), reforçam que a produção de alimentos ocorre a partir de dois tipos de sistemas agrícolas: o industrial e o tradicional. A agricultura industrial é praticada com a utilização de elevadas quantidades de energia decorrente de combustíveis fósseis, água, fertilizantes e pesticidas; já a agricultura tradicional subdivide-se em dois grupos: a agricultura de subsistência tradicional, exercida apenas para a sobrevivência da família

produtora através da mão de obra familiar e animais de carga, e a agricultura tradicional intensa que, além de produzir para a subsistência, também é responsável por gerar renda através do aumento de mão de obra obtendo consequente aumento de produção.

A agricultura familiar pode ser caracterizada, portanto, como uma unidade produtiva que utiliza predominantemente a mão de obra da família, onde a propriedade/estabelecimento é gerenciada(o) pelo proprietário e sua família. A principal distinção dos agricultores familiares em relação aos agricultores não familiares está embasada no fato de que os primeiros possuem à sua disposição a mão de obra da família e em geral a quantidade de terras das quais é proprietária é de tamanhos menores. Sobre a disponibilidade de capital também há diferenças, pois enquanto na agricultura não familiar há maior facilidade de acesso a grandes volumes, na agricultura familiar o acesso existe, mas para valores menores, como é o caso do Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar (PRONAF) (STOFFEL).

A Lei 11.326 de 2006, define o agricultor familiar como aquele que pratica atividades no meio rural, atendendo, simultaneamente, aos seguintes requisitos: I - não detenha, a qualquer título, área maior do que 4 (quatro) módulos fiscais; II - utilize predominantemente mão de obra da própria família nas atividades econômicas do seu estabelecimento ou empreendimento; III - tenha percentual mínimo da renda familiar originada de atividades econômicas do seu estabelecimento ou empreendimento, na forma definida pelo Poder Executivo; (Redação dada pela Lei no 12.512, de 2011); e IV - dirija seu estabelecimento ou empreendimento com sua família (BRASIL, 2006).

Segundo dados do Censo Agropecuário de 2017 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 77% dos estabelecimentos agropecuários são classificados como sendo de agricultura familiar, e foram responsáveis por 23% do valor da produção (IBGE, 2017).

Para Silva e Rios (2013), as práticas agrícolas desenvolvidas no Semiárido são conhecimentos passados de geração para geração, sendo muitas vezes inadequadas. O alto índice de analfabetismo é uma barreira para a aquisição de conhecimentos para a maioria dos agricultores nordestinos, impedindo a mudança dessa realidade.

Nesse sentido, inúmeras dificuldades são encontradas na prática da agricultura, sobretudo familiar. Destacam-se as variações relativas ao solo e ao clima, com o impacto da seca, o alto custo de transporte de mercadorias, a utilização de tecnologias defasadas

e deficientes mecanismos de armazenamento da produção. Essas dificuldades, portanto, limitam o desenvolvimento da agricultura no Semiárido (CASTRO, 2012).

Na região do Seridó potiguar, essas dificuldades também são sentidas a partir das condições climáticas desfavoráveis. Os agricultores, na maioria das vezes, apresentam dificuldades em enfrentar as ameaças das mudanças climáticas, tanto por ser um tema ainda pouco conhecido entre eles, quanto pela falta de informações e recursos para a adoção de estratégias de adaptação às variações climáticas já ocorrentes (ANDRADE, SILVA, SOUZA; 2014).

Isso aponta para a necessidade de programas que visem informar, sensibilizar, preparar e oferecer oportunidades para que os agricultores possam aumentar sua capacidade de adaptação às mudanças climáticas dentro do paradigma da convivência com o semiárido. Para isso, é preciso compreender melhor os cenários das mudanças climáticas para a região, bem como as estratégias de adaptação já adotadas. Os agricultores necessitam estar mais engajados e aptos a aplicar formas mais sustentáveis de uso da terra, que possam garantir a resiliência social e ambiental em tempos adversos (ANDRADE, SILVA, SOUZA; 2014).

Buanain e Silveira (2017) apontam que os riscos tanto na agricultura quanto na pecuária também podem ser classificados a partir das origens dos fatores de risco, podendo ser externos - que não são controlados pelo agricultor, cabendo a ele somente adotar técnicas de mitigação. Dentre eles, destacam-se: eventos políticos, como a instabilidade sócio-política do país ou em países vizinhos; econômicos, associados ao mercado (mudanças na oferta e/ou demanda que impacta os preços dos produtos); e climáticos, como seca e excesso de chuvas. Quanto aos fatores de risco internos, destacam-se as práticas inerentes à atividade produtiva.

Os autores apontam, ainda, outros dois tipos de risco: operacional, associado a aspectos inerentes à gestão do negócio e no processo produtivo em si, como falhas humanas ou de sistemas; e de crédito, relacionado com a possibilidade da indústria ou fornecedor não fazer jus à sua contraparte contratual ou, ainda, do próprio agricultor não possuir crédito suficiente para custear sua atividade (BUANAIN; SILVEIRA, 2017).

As políticas de desenvolvimento no Brasil trouxeram uma nova dicotomia. A abertura da agricultura brasileira ao comércio exterior, como resultado das políticas cambial e comercial, trouxe como consequência a divisão do setor em duas agriculturas:

agricultura de exportação e agricultura voltada para o abastecimento interno, podendo gerar implicações para a estabilidade de renda nestes dois subsetores (BANDEIRA, 2019).

Ressalta-se que a produção agrícola difere da industrial, uma vez que, em geral, um longo período separa a decisão de plantio da colheita e, por isso, não há conhecimento dos preços futuros; a produção é atomizada e altamente dependente das condições climáticas. Além disso, o produto agrícola é perecível e não pode ser estocado por muito tempo. Assim, o processo de formação dos preços agrícolas é fortemente vinculado à oferta que, por sua vez, pode ser considerada altamente inelástica (SILVA; CARVALHO, 2003).

Historicamente, a instabilidade política e econômica no país ou em países vizinhos pode provocar oscilações de renda agrícola em função das flutuações inesperadas de preços e rendimentos físicos – oferta e demanda, e constitui uma preocupação para o setor agrícola. Além disso, os investimentos públicos em tecnologia agrícola e infraestrutura básica, e da própria estrutura agrária, também sofrem influência nesse processo (MELO, 1993).

No geral, a instabilidade da oferta pode ser causada pela ocorrência de pestes, pragas, doenças e variações das condições climáticas. Essas mudanças nas condições da oferta naturalmente causam mudanças nos preços. Por outro lado, a extensão da resposta da oferta às mudanças nos preços depende de muitos fatores e varia de produto para produto (BANDEIRA, 2019).

Esses riscos, por sua vez, estão associados a possibilidade de gerar sofrimento nos produtores, sobretudo, a partir da alta dos custos de produção, da dificuldade na obtenção de crédito e seguro a partir de programas rurais e da incerteza quanto aos aspectos inerentes a produção (SILVA; CARVALHO, 2003).

2.3.1- Saúde do agricultor e riscos à saúde mental

A atividade agrícola tem sido configurada, ao longo dos anos, como uma das mais perigosas em relação à saúde e segurança do trabalhador, com importantes aumentos no número de acidentes, lesões e doenças variadas, principalmente por ser uma atividade que

demanda, na maioria das vezes, longas jornadas de trabalho, esforço físico elevado e exposição o clima e agrotóxicos (ALVES & GUIMARÃES, 2012).

Nogueira, Landmann e Damacena (2019) mostraram em seu estudo que os trabalhadores agrícolas foram os mais acometidos pelos acidentes de trabalho, e apresentaram as maiores prevalências de limitações das atividades habituais, de internação por pelo menos 24h e sequelas ou incapacidades causadas pelos acidentes. Além das piores condições de vida, os trabalhadores agrícolas apresentaram menor poder aquisitivo, maior exposição à radiação solar e agentes químicos e maior frequência e gravidade de acidentes de trabalho em comparação aos não agrícolas

De modo geral, a saúde dos trabalhadores rurais, especialmente dos agricultores, perpassa pelo processo de exploração de trabalho no campo, e está atrelada a fatores sociais, raciais, de gênero, econômicos, tecnológicos, organizacionais, laborais, além de fatores de risco de natureza física, química, biológica, mecânica e ergonômica presentes nos processos de trabalho (BRASIL, 2004; DIAS, 2006)

Diferentes estudos mostram os riscos aos quais esses trabalhadores estão expostos podem ser classificados como (RIBAS, MICHALOSKI, 2017; MARTINS, FERREIRA, 2015):

- I- Físicos: oscilações de temperatura decorrente das condições climáticas diversas; radiações solares por longos períodos de trabalho sem pausa e sem reposição hídrica e calórica necessárias, que influenciam substancialmente no aparecimento de doenças como câncer de pele, câimbras e envelhecimento precoce.
- II- Químicos: exposição a agrotóxicos, que pode ocasionar efeitos como intoxicações agudas graves, que causam hipocalemia, ulceração da mucosa gástrica, hemorragia e perfuração intestinal, convulsões, cefaleia, náuseas, depressão.
- III- Biológicos: exposição a fungos, bactérias e protozoários, em adubos orgânicos e água, influenciam no aparecimento de doenças infecciosas e verminoses.
- IV- Mecânicos: acidentes provocados por animais peçonhentos, quedas; ergonômicos, como postura inadequada e viciosa, esforço físico intenso, longas jornadas de trabalho, repetitividade.

- V- Ambientais: contaminação hídrica, pulverização aérea de produtos químicos.
- VI- Sociais: Ausência de vínculos, subempregos e baixos salários,

Para Cardoso et al (2021), sintomas de adoecimento nos sistemas muscular, endócrino e urinário foram os riscos mais comumente observados nos trabalhadores rurais de seu estudo. Além disso, evidenciou-se que a negociação dos produtos agrícolas ampliou a exposição dos trabalhadores a riscos físico, químico e ergonômico.

É importante destacar que os riscos e as doenças do trabalho, dependem em maior ou menor grau do tipo de atividade na lavoura e equipamento utilizado (LUCCA et al.,2011). Para LESME et al 2011, posturas inadequadas durante o processo produtivo, esforços repetitivos, carregamento de grandes bens, manutenção de máquinas, e utilização errônea de ferramentas podem ocasionar doenças que refletem na redução na produtividade.

Entretanto, vale considerar que muitos agricultores são impostos a adotar uma postura inadequada e utilizarem erroneamente ferramentas de trabalho para dar conta de uma demanda que é prescrita. Isso, por sua vez, reflete no adoecimento e, com o tempo, perdem sua capacidade de produzir, causando impacto no sustento familiar. Assim, torna-se necessário olhar para além da redução da produtividade, e o dando à saúde do trabalhador deve ser imperativa.

Mais recentemente, Silva et al (2020) relatou que apesar dos agricultores serem expostos diariamente a elevados volumes de agentes tóxicos, não dispõem de informações acerca dos fatores de risco à saúde decorrentes do uso dessas substâncias. Dados desse estudo mostraram que 56,7% dos trabalhadores possuem contato com agrotóxicos, revelando, muitas vezes, a falta de conhecimento dos riscos à saúde com o uso dessas substâncias, bem como a importância do uso de Equipamentos de Proteção Individuais.

Com relação ao uso de agrotóxicos, considerados produtos químicos, físicos ou biológicos utilizados nas áreas destinadas às produções agrícolas para combater pragas e doenças associadas à agricultura, chama atenção o fato de que no ano de 2008 o Brasil ter sido considerado o maior consumidor de agrotóxicos do mundo (CARNEIRO et al., 2015, p. 49). Em 2019, dados da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) 51% dos alimentos analisados apresentaram resíduos de agrotóxicos.

Ressalta-se que a primeira norma brasileira a regulamentar o uso de produtos químicos aplicados nas lavouras foi o Decreto nº 24.114, de 12 de abril de 1934, referente à defesa sanitária vegetal e apenas alguns de seus artigos eram relativos ao uso de inseticidas e fungicidas (BRASIL, 1934).

De modo geral, os agroquímicos são utilizados sem assistência técnica e sem equipamentos de proteção, principalmente pelos pequenos agricultores e agricultores familiares, inexistindo cautelas de armazenagem. Os efeitos agudos e cumulativos agravam-se, com registros de contaminação da água, do leite e carnes destinados a consumo humano. Inexistem programas específicos sob controle da população (FIAN, BRASIL, 2020).

O uso inadequado dessas substâncias, a alta toxicidade de certos produtos, a falta de utilização de equipamentos de proteção e a precariedade dos mecanismos de vigilância são as maiores causas de doenças e intoxicações provocadas pelos agrotóxicos (OLIVEIRA-SILVEIRA et al, 2001). Vieiro et al. (2016) mostraram que os trabalhadores rurais evidenciaram a não utilização dos equipamentos de proteção individual (EPIs) – decorrente, muitas vezes, da baixa instrução escolar, e esses negam associação direta entre o uso de agrotóxicos e problemas de saúde.

Um estudo de revisão da literatura identificou os principais agravos à saúde dos trabalhadores rurais que fazem uso de agrotóxicos na produção agrícola. Gomes et al (2018) mostraram que a intoxicação exógena aguda é um dos agravos, e provoca náusea, vômito, cefaleia, tontura, desorientação, hiperexcitabilidade, irritação de pele e mucosas, dificuldade respiratória, hemorragia, convulsões, coma e até a morte. E entre os inúmeros efeitos crônicos dos agrotóxicos sobre a saúde humana, descrevem, entre outros, as alterações imunológicas, as genéticas, as malformações congênitas e o câncer.

Uma série histórica de 2007 a 2017, realizada no Brasil, que buscou avaliar o consumo de agrotóxicos no uso agrícola, doméstico ou de saúde pública, mostrou que a região Nordeste apresentou os maiores índices de mortalidade por intoxicação com agrotóxicos (37,3%), sendo Pernambuco um dos estados com o maior número de óbitos ao longo do período observado (TAVARES et al, 2020).

Diferentemente do contexto urbano, a população residente no meio rural possui singularidades que são relacionadas aos contextos de vida, como baixa escolaridade e

rendimento salarial, e maior dificuldade laboral no acesso aos serviços de saúde e sociais. Além disso, as áreas rurais mais distantes tendem a apresentar uma maior dificuldade no acesso por parte dos profissionais da saúde, refletindo, portanto, em uma maior deficiência na assistência à saúde a essas pessoas (DIAS 2006).

Esses fatores, por sua vez, têm sido cada vez mais relatados na literatura quanto sua associação com o adoecimento mental e presença de Transtornos Mentais Comuns (TMC) na população rural, sobretudo em mulheres. Esses transtornos são caracterizados por sintomas de depressão não psicótica, ansiedade e sintomas somatoformes (sintomas físicos relacionados a fatores psicológicos), e seus principais sintomas são: insônia, fadiga, esquecimento, irritabilidade, dificuldade de concentração, queixas somáticas e sentimento de inutilidade (GOLDBERG, HUXLEY; 1992).

No Brasil, um estudo realizado com mulheres da zona rural de um município do Rio Grande do Sul identificou uma prevalência de TMC de 36,4%, sendo maior naquelas mais velhas (40 a 49 anos), com menor escolaridade e renda, separadas, divorciadas ou viúvas, que não trabalhavam, e que tinham três ou mais filhos (SOARES, MEUCI, 2020). Um valor semelhante também foi encontrado, neste grupo, em um município de Minas Gerais (PARREIRA et al 2017).

Ademais, estudos realizados em diversas regiões do mundo apontam que inúmeros aspectos da saúde mental dos agricultores apresentam-se associados ao comportamento suicida, como: sofrimento mental, depressão, doenças psiquiátricas e estresse (BHISE, BEHERE 2016; SWEETLAND et al 2019; QIN et al 2016; MC LAREN, CHALLIS 2009). Parte desses achados podem ser justificados pelas transformações ocorridas no trabalho agrícola com a substituição maciça das formas tradicionais de agricultura, a partir do incremento da agroindústria, sobretudo do uso de agrotóxicos; aspectos econômicos; além do estigma e preconceito, inerentes a doença mental, responsável por dificultar ou impedir a procura por serviços de saúde, agravado muitas vezes pelo isolamento geográfico e dificuldade no acesso aos serviços de saúde (GREGOIRE. 2002).

É importante destacar que nas áreas rurais, principalmente no nordeste do Brasil, o direcionamento de recursos destinados ao diagnóstico e tratamento dos transtornos mentais é deficiente, e na maioria das vezes resumem-se à assistência medicamentosa ou encaminhamento para especialistas, evidenciando a fragilidade na rede de atenção ao cuidado com a pessoa em sofrimento mental (KHON et al, 2007; LIMA et al, 2008; LUZIO, L'ABBATE 2009).

Por fim, ressalta-se que, embora a atenção primária a saúde tenha sido reconfigurada para ampliar o processo e práticas de trabalho e cuidado, a partir da instauração da Estratégia Saúde da Família (ESF), ainda são observadas fragilidades no olhar dos profissionais de saúde para lidar com as experiências em saúde mental, principalmente no que diz respeito ao reconhecimento precoce do indivíduo em sofrimento mental.

É necessário ressaltar, portanto, a importância de empoderar os profissionais da APS para realizar atendimento aos pacientes que necessitem de cuidados em saúde mental, tanto individual quanto coletivamente, através do acolhimento, escuta qualificada e estabelecimento de vínculos que vão para além da queixa-conduta, e que atendam às necessidades que compreendem os aspectos biopsicossociais, físicos e espirituais em detrimento de uma assistência exclusivamente medicamentosa (NUNES et al, 2020).

Essas dificuldades também possuem uma dimensão técnica, mas também ética, uma vez que o preconceito e estigma ainda perpetuam no cuidado a esses usuários. Intervenções em saúde mental devem promover novas possibilidades de modificar e qualificar as condições e modos de vida, orientando-se pela produção de vida e de saúde e não se restringindo à cura de doenças.

2.3.2- Legislação e Políticas de Saúde para a agricultura

Os aspectos legais que demarcaram o reconhecimento da necessidade do acesso integral e universal à saúde da população rural, ganharam forma a partir do Artigo 7 da Constituição Federal de 1988, em que se discutiu sobre os direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, a partir da redução dos riscos inerentes ao trabalho por meio de normas de saúde, higiene e segurança (BRASIL, 1988).

Internacionalmente, a Organização Internacional do Trabalho (OIT), em que desde o ano de 1919 o Brasil tornou-se membro, também é considerado marco histórico nesse processo, cuja missão é promover oportunidades para que homens e mulheres possam ter acesso a um trabalho decente e produtivo, em condições de liberdade, equidade, segurança e dignidade. Para a OIT, o trabalho decente é condição fundamental para a superação da pobreza, a redução das desigualdades sociais, a garantia da governabilidade democrática e o desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2021).

Além disso, a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo das Florestas e das Águas (PNSIPCFA), publicada no ano de 2011, e motivada pela XII Conferência Nacional de Saúde em 2004, também representou um importante papel nesse cenário, uma vez que visualizou a garantia do acesso ao sistema de saúde pela população rural como um importante desafio do SUS (BRASIL, 2004; 2011).

No ano seguinte, a portaria nº 1.823 de 23 de agosto, instituiu a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Essa política ganhou visibilidade nacional, principalmente, a partir das suas estratégias. Destaca-se a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), que, no contexto da rede de atenção à saúde está atrelada às ações de Saúde do Trabalhador junto à atenção primária em saúde; de urgência e emergência; ambulatorial e hospitalar; fortalecimento e ampliação da articulação intersetorial; desenvolvimento e capacitação de recursos humanos; e estímulo à participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social (BRASIL, 2012).

É importante ressaltar que, assim como no CEREST, o processo de acolhimento de entrada do usuário na RENAST pode acontecer por demanda espontânea ou por encaminhamento (encaminhamento) realizado por quaisquer níveis de atenção à saúde. Quando a entrada ocorre por meio de serviços de outras redes, como a ESF e o CAPS, o acolhimento acontece por qualquer profissional da equipe multiprofissional que estiver demandado para tal função, sendo, em seguida, encaminhado para o CEREST. Já quando a entrada ocorre diretamente pelo CEREST, este acolhimento é feito por meio do enfermeiro ou, quando se trata de transtornos mentais, ressalta-se a relevância da avaliação do psicólogo em parceria, para, somente assim, se iniciar o processo de investigação donexo causal.

Melo, Cavalcante e Fançanha (2019), porém, evidenciaram em seu estudo a falta da integração entre as redes (RENAST e RAPS) e entre os serviços (ESF, CAPS e CEREST), além de atendimentos e encaminhamentos realizados sem a investigação e o estabelecimento do nexocausal entre sofrimento psíquico e trabalho

Um outro marco importante para a saúde do trabalhador também foi registrado no ano de 2011, em que foi instituída a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho – PNSST, através do Decreto nº 7.602, que tem por objetivos a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida do trabalhador e a prevenção de acidentes e de danos à

saúde advindos, relacionados ao trabalho ou que ocorram no curso dele, por meio da eliminação ou redução dos riscos nos ambientes de trabalho.

No entanto, essas políticas, sobretudo no âmbito da RAPS, não apresentam nenhum aspecto que considere, de forma clara, as particularidades sociais, territoriais e psicossociais da população rural. É notável que a PNSIPCFA discute sobre os modos de trabalho no campo enquanto marcadores de sofrimento, mas não discute sobre estratégias direcionadas a saúde dessa população (BRASIL, 2011).

Da mesma forma, a análise da Política Nacional de Saúde Mental no Brasil, criada pela Lei nº 10.216 de 2001, considerada um marco na proteção e defesa dos direitos humanos ao consolidar o modelo humanizado de atenção à saúde mental com foco na reabilitação psicossocial e reinserção social das pessoas em sofrimento psíquico ou dependência química, apresenta lacunas no que diz respeito às diretrizes que considerem os aspectos socioculturais, de vida e trabalho da população rural (BRASIL, 2001).

Para Costa Neto e Dimenstein (2017), pensando nas populações rurais, a APS se destaca como nível de atenção que permite imersão no território onde as populações vivem, o reconhecimento das necessidades de saúde e dos processos de determinação social da saúde. Através do estabelecimento de vínculos e responsabilização pelos usuários, abre possibilidades de cuidado mais relacionais e singularizadas, contribuindo para respostas mais resolutivas e condizentes com os problemas locais.

Face a isto, no meio rural o acolhimento aos problemas de saúde, principalmente saúde mental, se baseia no modo prescritivo queixa-conduta, uma vez que as necessidades de saúde têm como resposta padrão o encaminhamento para consulta médica ou para o nível especializado. Ao desfocar da função do médico como único protagonista do cuidado, amplia-se a clínica envolvendo diversos profissionais, incluindo diferentes abordagens e olhares distintos sobre os processos de adoecimento (Costa Neto e Dimenstein; 2017).

Diante disso, a criação de programas de atendimento direcionados aos moradores rurais, sobretudo agricultores, visando o rastreamento e o diagnóstico precoce dos transtornos mentais e a manutenção do tratamento, é ação essencial, que deve ser fomentada pelas políticas locais e nacionais em saúde. Isso se torna ainda mais importante em regiões rurais com elevada cobertura da atenção básica, mas que dependem de

encaminhamento aos serviços de atenção psicossocial localizados em áreas urbanas (SOARES, MEUCCI 2020).

É importante destacar que as políticas recentes que objetivam reorientar a atenção às populações rurais, como a PNSIPCFA, ainda não produziram efeitos expressivos. Estudos como o de Cirillo Neto e Dimenstein (2017) mostraram que apesar de ações que buscam possibilitar uma atenção integral às populações assentadas, como equipes de saúde da família mais próximas dos territórios, as ações e cuidado em saúde ainda são fragmentadas, pontuais e sem continuidade. Além disso as equipes de saúde e assistência social ainda encontram dificuldades no que diz respeito aos recursos humanos e materiais, jornadas de trabalho precárias e atuação profissional com base em um modelo biomédico.

Logo, é fundamental que as políticas de atenção à saúde, sobretudo a PNSIPCFA, efetive-se como uma política capaz de reorientar programas, serviços e equipes na atenção à saúde integral da população rural, a fim de garantir um cuidado biopsicossocial a essas pessoas, e se integre com as demais políticas de saúde para planejar, direcionar e executar estratégias e ações voltadas para a saúde da população rural, sobretudo dos agricultores (CIRILO NETO, DIMENSTEIN, 2017).

Merece destaque, ainda, a Lei 5.889/73 que estatui as normas reguladoras do trabalho rural e dá outras providências. Aqui, chama atenção o art 13º, que menciona que nos locais de trabalho rural serão observadas as normas de segurança e higiene estabelecidas em portaria do Ministro do Trabalho e Previdência Social (BRASIL, 1973).

As Normas Regulamentadoras (NRs), aprovadas pela portaria 3.214/78, podem ser compreendidas como o conjunto de disposições e procedimentos técnicos relacionados à segurança e saúde do trabalhador em determinada atividade ou função. Historicamente, foram criadas 37 NRs, sendo 2 revogadas e 35, atualmente estão em vigor; e, dentre seus objetivos, estão: preservar e promover a integridade física dos trabalhadores, e instruir os empregados e empregadores a respeito das devidas precauções que devem ser tomadas a fim de evitar acidentes de trabalho ou doenças ocupacionais.

Ainda dentro da perspectiva do contexto da saúde do agricultor, destaca-se a NR-9 (1978), que estabelece os requisitos para a avaliação das exposições ocupacionais a agentes físicos, químicos e biológicos quando identificados no Programa de Gerenciamento de Riscos - PGR, previsto na NR-1, e subsidiá-lo quanto às medidas de

prevenção para os riscos ocupacionais; a NR-07, cujas diretrizes estão relacionadas ao rastreamento precoce nos exames ocupacionais para medida preventiva oportuna, e a NR-31 (2005), que trata da segurança e saúde no trabalho na agricultura, pecuária, silvicultura, exploração florestal e aquicultura.

Essa última, também, evidencia o uso de agrotóxicos no sentido de classificar os trabalhadores quanto a exposição direta e indireta a esses produtos. Aqueles que são expostos diretamente, manipulam os agrotóxicos em qualquer uma das etapas de armazenamento, transporte, preparo, aplicação, descarte e descontaminação de equipamentos e vestimentas; enquanto que, a exposição indireta, refere-se aqueles que não manipulam diretamente mas circulam e desempenham suas atividades de trabalho em áreas vizinhas aos locais onde se faz a manipulação dos agrotóxicos em qualquer uma das etapas de armazenamento, transporte, preparo, aplicação, descarte e descontaminação de equipamentos e vestimentas, ou, ainda, os que desempenham atividades de trabalho em áreas recém-tratadas (BRASIL, 2005).

Algumas diretrizes abordadas na NR-31, porém, vão de encontro ao que, muitas vezes, acontece na prática, sobretudo da agricultura familiar, como a manipulação de quaisquer agrotóxicos, aditivos, adjuvantes e produtos afins que não estejam registrados e autorizados pelos órgãos governamentais competentes; e a manipulação de quaisquer desses produtos por menores de 18 (dezoito) anos, por maiores de 60 (sessenta) anos e por mulheres gestantes e em período de lactação; reutilização de embalagens vazias e armazenamento de embalagens no geral (BRASIL, 2005).

A falta de fiscalização por órgãos competentes e a necessidade do uso dessas substâncias, muitas vezes, empregada cultural e socialmente, e repassadas de geração em geração, fazem com que esses preceitos legais não sejam obedecidos. Além disso, a NR-31 também dispõe sobre a necessidade de o empregador rural proporcionar capacitação semipresencial ou presencial sobre prevenção de acidentes com agrotóxicos, aditivos, adjuvantes e produtos afins a todos os trabalhadores expostos diretamente. Embora reconhecida a necessidade, sabe-se, porém, que muitos agricultores ficam a margem do processo de exploração no campo sem as devidas precauções, conhecimentos e disponibilidade de EPI's, por exemplo.

A Constituição de 1988, por sua vez, estabeleceu um sistema de aposentadoria rural, incluindo trabalhadores formais e informais, cujo objetivo foi universalizar o

atendimento aos idosos rurais. Nesse contexto, ressalta-se também que a partir do Art. 7 foi estabelecido igual tratamento jurídico entre o trabalhador rural e urbano (BRASIL, 1988).

É importante considerar que o tratamento não é igualitário entre as classes de trabalhadores, sejam elas urbano ou rurais. As informações acerca das diversas normas regulamentadoras chegam de forma desigual e diferenciada nas grandes usinas, por exemplo, sendo observada uma maior fragilidade e precarização na população dos agricultores familiares.

Ainda no que se refere as políticas públicas para a agricultura familiar, a de maior relevância teve início em 1995 com a criação do Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar (PRONAF). O objetivo do programa é fortalecer a agricultura familiar por meio do financiamento subsidiado de serviços agropecuários e não agropecuários, e garante a diversificação de atividades agrícolas nas propriedades familiares, possibilita o empreendedorismo por meio do processamento e agroindustrialização dos alimentos produzidos pela agricultura familiar, bem como atende às exigências mercadológicas e de adoção de práticas conservacionistas para uma produção ambiental, econômica e socialmente sustentável.

Diante disso, apesar da vigência de políticas voltadas para saúde do trabalhador, infelizmente, a legislação ainda é limitada em relação ao adoecimento mental dos agricultores, e poucas ações em saúde são direcionadas especificamente a esses trabalhadores. Ademais, a fiscalização quanto ao cumprimento das NRs deve ser reforçada, tanto em ambientes de trabalho formais quanto informais, e que essas normas possam ser utilizadas de maneira efetiva como instrumento legal orientador das ações e do trabalho no meio rural.

Dessa forma, faz-se necessário um maior foco e maior atenção das autoridades de saúde nesse grupo que, apesar de ser um dos pilares da sociedade brasileira, ainda recebe pouco auxílio no cuidado do seu bem-estar (GAUDIOSO et al, 2018). Por outro lado, há necessidade do fortalecimento de ações intersetoriais, a fim de tornar efetivas e eficazes as ações em saúde do trabalhador rural, sobretudo com enfoque ao adoecimento mental.

Sabendo-se disso, um dos elementos-chave nesse processo refere-se a Comissão Intersetorial em Saúde do Trabalhador (CIST), estabelecida no Art. 12 da Lei Orgânica da Saúde 8.080/90, subordinada ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos

Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil, tem a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990).

Além disso, através do controle social, entendido como o controle da sociedade civil sobre as ações do Estado, sobretudo, no campo das políticas sociais, desde o período da redemocratização dos anos de 1980, acaba exercendo um papel fundamental em relação à saúde do trabalhador. Através dele, se materializa nos conselhos e nas conferências de saúde, os movimentos reivindicatórios por melhores condições de trabalho (ARANTES et al, 2007; FREIRE, 2010).

2.3.3- Vigilância e prevenção do suicídio em agricultores

Diversas estratégias e programas vem sendo construídos em busca da prevenção do suicídio no mundo. No Brasil, desde o ano de 1962, através do Centro de Valorização da Vida, é disponibilizado apoio emocional e prevenção do suicídio, atendendo voluntária e gratuitamente todas as pessoas que querem e precisam conversar, sob total sigilo por telefone, e-mail e chat 24 horas todos os dias. De modo semelhante, nos Estados Unidos, a National Suicide Prevention Lifeline, fundada em 2004, constituída como uma rede de prevenção de suicídio com sede nos Estados Unidos, com mais de 160 centros, oferece serviços 24h por dia através de ligação telefônica gratuita para pessoas em crise ou sofrimento mental.

Em 2006, foram instituídas as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão (BRASIL, 2006).

Além disso, como forma de promover a conscientização acerca da prevenção do suicídio no país, em 2014 foi instituída uma campanha, denominada “Setembro Amarelo”, com objetivo de promover eventos que possibilitem debates sobre suicídio e divulgar o tema alertando a população sobre a importância de sua discussão. No mesmo mês também se faz alusão ao Dia Mundial de Prevenção ao Suicídio, criado em 2003 pela Associação Internacional para a Prevenção do Suicídio e pela OMS com a finalidade de que países adotem estratégias de enfrentamento ao assunto.

Com base nos dados do Boletim Epidemiológico de Tentativas e Óbitos por Suicídio no Brasil do ano de 2017, o MS lança uma agenda estratégica para atingir a meta da OMS de diminuir 10% dos óbitos por suicídio até o ano de 2020. Entre as diversas ações propostas, destacam-se a capacitação de profissionais, orientação para a população e jornalistas, a expansão da rede de assistência em saúde mental nas áreas de maior risco e o monitoramento anual dos casos no país e a criação de um Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (BRASIL, 2017).

É importante destacar, ainda, que o mesmo boletim destacou que os serviços de assistência psicossocial desempenham um importante papel na prevenção do suicídio; e que nos locais onde existem CAPS, o risco de suicídio reduz em até 14% (BRASIL, 2017).

Neste mesmo ano, instituiu-se o Comitê para a elaboração e operacionalização do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil, através da Portaria nº 3.479 de 18 de dezembro de 2017 (BRASIL, 2017).

Mais recentemente, no ano de 2019, o Ministério da Saúde lançou a Agenda Estratégica para Prevenção do Suicídio no Brasil, com objetivo de ajudar pessoas na prevenção do suicídio e valorização da vida, a partir de ações estratégicas como melhoria nas notificações, ampliação e qualificação da assistência; e que destaca a importância da inter e intrasetorialidade de ações voltadas para este fim (BRASIL, 2019a).

Neste mesmo ano, foi lançada a Lei 13.819 que instituiu a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, cuja iniciativa é considerada fundamental para que o país obtenha registros fidedignos acerca do fenômeno, como as tentativas de suicídio, cuja notificação torna-se compulsória por parte de todos os profissionais de saúde e educação (BRASIL, 2019b).

Em 2020, por sua vez, através do Decreto nº 10.225, de 5 de fevereiro de 2020, instituiu-se o comitê gestor da política nacional de prevenção da automutilação e do suicídio, que regulamenta a política nacional de prevenção da automutilação e do suicídio e estabelece normas relativas à notificação compulsória de violência autoprovocada (BRASIL, 2020).

Assim, a partir do recorte histórico de como as estratégias de prevenção do suicídio vêm sendo consolidadas ao longo dos anos, sobretudo no Brasil, é necessário

refletir sobre o quanto o país caminha a passos lentos para efetivação dessas estratégias. É possível perceber, portanto, que o suicídio ainda é um tema negligenciado, uma vez que, ainda que haja esforços, leis e diretrizes, na prática, não ocorre a efetivação das políticas; e isso recai sobre as práticas profissionais que possuem desafios em identificar precocemente o risco de suicídio, a articulação da atenção básica com a atenção especializada em saúde mental, vigilância epidemiológica, urgência e emergência hospitalar e o estigma e preconceito que os profissionais possuem em suas atitudes ao cuidar de uma pessoa que tentou o autoextermínio.

Diante do cenário do suicídio em uma perspectiva global e brasileira, e sabendo-se que é um fenômeno evitável, é relevante reconhecer que existem diversas medidas que podem ser adotadas em nível populacional, subpopulacional e individual a fim de prevenir o suicídio e as tentativas de suicídio, e que conseqüentemente refletirão no comportamento suicida (WHO, 2019).

Logo, limitar o acesso aos meios de suicídio (por exemplo, pesticidas, armas de fogo, certos medicamentos); interagir com a mídia para relatos responsáveis de suicídio; promover habilidades socioemocionais para a vida em adolescentes, identificar, avaliar, gerenciar e acompanhar precocemente qualquer pessoa afetada por comportamentos suicidas constituem estratégias que podem refletir na redução dessa causa de mortalidade (WHO, 2021).

Para tanto, a OMS (2021) recomenda que seja realizado um acompanhamento a partir de diferentes pilares, como análise da situação, colaboração multissetorial, aumento da conscientização, capacitação, financiamento, vigilância, monitoramento e avaliação. Dessa forma, os esforços de prevenção do suicídio requerem a colaboração de diferentes esferas da sociedade, como saúde, educação, trabalho, agricultura, política e mídia. Esses esforços devem ser abrangentes e integrados, uma vez que nenhuma abordagem isolada pode causar um impacto em uma questão tão complexa como o suicídio.

É importante reconhecer também que são inúmeros os desafios inerentes a essa realidade, como o controle e limitação do uso de agrotóxicos, estigma, tabu, qualidade dos dados e subnotificação dos casos. Portanto, aumentar a conscientização da comunidade e quebrar o tabu é fundamental para os países fazerem progressos na prevenção do suicídio (WHO, 2021).

Além disso, os registros vitais de suicídio e registros hospitalares de tentativas de suicídio, com atenção aos Sistemas de Informação, e pesquisas com representatividade nacional que coletam informações sobre tentativas de suicídio relatadas também são necessários ao se pensar na obtenção de dados de qualidade (WHO, 2021).

Por fim, destaca-se a necessidade do desenvolvimento, fortalecimento e efetivação de ações integradas e intersetoriais de responsabilidade pública, sem eliminar a responsabilidade social, na vigilância e prevenção do suicídio em agricultores, com fortalecimento das linhas de cuidados integrais a essas pessoas, com foco na promoção, prevenção, tratamento e recuperação, em todos os níveis de atenção, garantindo acesso às diversas modalidades terapêuticas.

Assim, a articulação entre ESF (APS), CAPS, CEREST, CISST, Conselho de Saúde, Sindicato de Trabalhadores Rurais deve ser considerada uma das principais estratégias direcionadas para a redução do comportamento suicida nos agricultores do Brasil. A intersetorialidade das ações de prevenção corresponde à articulação de saberes e experiências no enfrentamento de situações complexas, como o fenômeno do suicídio. A atuação simultânea de vários setores permite a compreensão abrangente dos problemas e o esforço coletivo pela sua resolução. Portanto, a prevenção do suicídio perpassa diretamente por este modelo de cuidado (SANTOS; KIND, 2020).

Por fim, o cuidado com o comportamento suicida deve vislumbrar, além de ações pontuais nos momentos de crises, ações intersetoriais sociais, de educação e saúde que tenham como norteadores o amparo do ser humano em seus momentos de sofrimento e um cuidado ético e integral. Pensar na integralidade como princípio primário para o cuidado de pessoas em risco para o suicídio, efetivada por meio da intersetorialidade e do cuidado em saúde pautado na relação sujeito-sujeito, deve ser o caminho para a construção de planejamentos que contribuam para a efetivação de políticas de valorização da vida (SANTOS; KIND, 2020).

Deve-se romper, portanto, os elementos que distanciam a teoria da prática, que ainda reforçam um modelo hospitalocêntrico, biológico e verticalizado na saúde, em prol de uma rede de cuidado em que todos os sujeitos sejam valorizados, com um trabalho articulado e dialógico entre gestão e atenção (SANTOS; KIND, 2020).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar os fatores associados ao pensamento de morte e ao comportamento suicida entre agricultores.

3.2 Objetivos específicos

- Realizar uma revisão sistemática da literatura científica sobre os fatores associados ao comportamento suicida em agricultores;
- Identificar a prevalência e os fatores associados ao pensamento de morte e ideação suicida em agricultores de Caicó-RN;
- Investigar as associações entre o pensamento de morte e comportamento suicida, e fatores socioeconômicos, laborais e de saúde em agricultores de Caicó-RN.

4 MÉTODO

Os artigos que compõem esta tese contemplam diferentes métodos. Logo, este tópico está dividido em 3 seções que descrevem, detalhadamente, cada um deles.

4.1 Seção 1: Estudo de Revisão Sistemática da Literatura

Inicialmente, foi realizado um estudo de revisão sistemática da literatura sobre os fatores associados ao comportamento suicida em agricultores, que seguiu as recomendações do Check-list PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*), para o seu relato e para a construção do protocolo, registrado no PROSPERO (CRD42020164947) (MOHER ET AL, 2015). A pergunta focada da pesquisa foi “Quais os fatores associados ao comportamento suicida em agricultores?”.

4.1.1- Critérios de elegibilidade

A revisão incluiu artigos científicos observacionais com abordagem quantitativa que investigassem fatores associados ao comportamento suicida em agricultores, sem restrição quanto à faixa etária, idioma, local e período de publicação. Foram excluídas as investigações com metodologia qualitativa, revisões, ensaios teóricos, protocolos de pesquisa, artigos metodológicos e aqueles que não apresentaram as medidas de risco e/ou associação, como Odds Ratio, Risco Relativo e Coeficientes de Correlação. Foram excluídos os estudos com população rural que não incluíram os agricultores como objeto de análise. Foram incluídos no estudo de revisão todos os indivíduos, sem limites de faixa etária e sexo.

4.1.2- Busca na literatura

As etapas da revisão foram realizadas de forma independente por dois pesquisadores (E.G.O.S e P.R.Q). Foram consultadas as bases de dados eletrônicas PubMed/Medline, Lilacs, Web of Science, Scopus, Cinahl e PsycInfo. Na literatura cinzenta, foram consultados Google Scholar, ProQuest e OpenGrey. Os principais descritores relacionados ao tema investigado foram cruzados: farmer and suicide. Todas as buscas eletrônicas foram realizadas em 28 de abril de 2021.

4.1.3- Seleção de estudos

Todos os artigos selecionados foram inseridos e os duplicados foram removidos no Mendeley. Posteriormente, foi realizada uma leitura dos títulos e resumos no Rayyan QRCI, com exclusão de todos aqueles que não atendiam aos critérios de elegibilidade. Procedeu-se com a leitura completa dos estudos selecionados e, aqueles que não atendiam aos critérios de elegibilidade, foram excluídos. Quando existiram conflitos, foi realizada reunião de consenso e, quando houve necessidade, o terceiro revisor (I.R.B) foi consultado (OUZZANI ET AL, 2016).

4.1.4- Processo de coleta de dados

Durante a leitura dos artigos incluídos na revisão, os pesquisadores realizaram, de forma individual e às cegas - cada um cumpriu a etapa sem a visualização dos respectivos achados do outro, a extração dos dados referentes ao autor e ano da publicação, cidade/país em que o estudo foi realizado, desenho, amostra/população, sexo, média de idade, desfecho relacionado ao comportamento suicida (suicídio, ideação suicida ou tentativa de suicídio), instrumento utilizado para análise do desfecho, medida de associação e fatores associados ao comportamento suicida. Posteriormente, foi realizada uma reunião de consenso para comparar os dados incluídos, a fim de minimizar possíveis inconsistências na interpretação dos dados extraídos.

4.1.5- Avaliação do risco de viés

A qualidade dos estudos selecionados foi avaliada pela Lista de verificação de avaliação crítica para estudos transversais analíticos, caso-controle e coorte, elaborado pelo *Instituto Joanna Briggs* (THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE, 2017). Os resultados da avaliação metodológica da qualidade para cada desenho foram apresentadas a partir de figuras elaboradas no Review Manager 5.3 (RevMan 5.3).

Os revisores classificaram os artigos em três níveis: (1) baixo risco de viés (se os estudos atingissem pontuação "sim" em, no mínimo 70% dos itens avaliados; (2) risco moderado de viés, caso a pontuação "sim" estivesse entre 50% e 69%; e (3) alto risco de viés, se a pontuação "sim" for inferior a 49% (POLMANN et al, 2019).

4.2 Seção 2: Estudo transversal

Posteriormente, procedeu-se com a elaboração de um estudo transversal, que se caracteriza por produzir um retrato instantâneo da situação, em um determinado momento (ROUQUAYROL, 1994).

Os dados foram coletados no período de agosto de 2019 a março de 2020, com agricultores do município de Caicó-RN. O município de Caicó está situado na microrregião do Seridó, na mesorregião Central Potiguar, a 283 km da capital do estado do Rio Grande do Norte. A população estimada para o ano de 2019 é de 67.952 pessoas e a densidade populacional de 55,31 habitantes/km². Possui Índice de Desenvolvimento Humano de 0,710, predomínio do bioma caatinga e sua principal atividade econômica é a pecuária, a agricultura familiar e os serviços (IBGE, 2020).

4.2.1- Plano amostral

4.2.1.1. População-alvo

A população do estudo foi composta por agricultores cadastrados no Sindicato dos Trabalhadores Rurais Agricultores e Agricultoras Familiares (STRAAF) do município de Caicó-RN. A entidade foi fundada em 05 de maio de 1963, com 2000 agricultores sindicalizados, e representa um importante papel na defesa dos direitos, reivindicações e interesses do produtor rural, independentemente do tamanho da sua propriedade ou do ramo de atividade desenvolvida.

É importante ressaltar, ainda, que de acordo com o censo do IBGE (2010), o município de Caicó possui uma população rural estimada de 5.248 habitantes. Além disso, algumas características diferenciam os agricultores que são sindicalizados daqueles que não são, como: direito a assessoria jurídica, atendimento médico e odontológico gratuito, e convênios municipais com facilidades para benefícios do governo, como o cadastro do programa Bolsa Família (BRASIL, 2003).

4.2.1.2. Cálculo amostral

Para o cálculo do tamanho da amostra para populações finitas, foi considerada a prevalência de ideação suicida em populações rurais de 13% (Macedo, Silva e Bezerra, 2018). Considerando a margem de erro absoluta de 3%, 15% de taxa de não resposta, proporção estimada do evento de 13% e a população finita de 2000 agricultores, a amostra

calculada correspondeu a 450 agricultores. A alocação dos participantes foi realizada através de uma amostragem aleatória simples em que todos os elementos da população foram incluídos (2.000 indivíduos). As entrevistas foram realizadas no domicílio, após consentimento, por entrevistadores previamente treinados.

4.2.1.3. Critérios de inclusão e exclusão

Foram considerados como critérios de inclusão para este estudo: ser cadastrado no STR e ter idade igual ou superior a 18 anos. Foram excluídos todos os agricultores com idade igual ou superior a 80 anos.

4.2.2- Coleta de dados

Foi realizada uma visita prévia ao STRAAF anteriormente à construção do projeto de pesquisa, a fim de entender toda a dinâmica e processo de atuação da instituição, desde a associação dos agricultores até os benefícios para os agricultores sindicalizados, além de obter a Carta de Anuência da instituição. Com isso, após a obtenção da aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), foi estabelecida uma reunião com os diretores e colaboradores do STRAAF, onde foram formadas parcerias e esclarecidas as etapas da coleta de dados e objetivo da pesquisa. Uma vez realizado o sorteio da amostra do estudo, a secretaria disponibilizou os endereços residenciais de cada um dos indivíduos participantes a partir da consulta nas fichas cadastrais individuais.

Além disso, o Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS-III) também foi visitado antes do início da coleta de dados. Neste serviço, foi apresentado o projeto à direção, e também estabelecida parceria para, no momento em que os pesquisadores identificassem agricultores com transtornos mentais ou ideação suicida, esses pudessem ser atendidos no serviço, a fim de fortalecer a rede de cuidado a essas pessoas.

Por fim, foi realizado contato com as Unidades Básicas de Saúde (UBS) das zonas rurais e, através da parceria com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que mediaram o contato com os agricultores em seus domicílios, foi possível ter acesso aos 450 indivíduos que compuseram a amostra, e 3 instrumentos de pesquisa foram aplicados nessa população (descritos na seção 4.2.3).

Todas as entrevistas aconteceram nos domicílios dos participantes, e foram realizadas exclusivamente pelos pesquisadores principais. É importante ressaltar que

durante todas as entrevistas, os pesquisadores estiveram individualmente com os participantes, buscando preservar a privacidade dos agricultores; e não houve nenhuma recusa dos participantes em responderem às perguntas.

4.2.3- Variáveis

A variável dependente foi “pensamento de morte ou ideação suicida”, analisada pelo Beck Scale for Suicide Ideation (Beck & Steer, 1991). A escala de Beck é um instrumento composto de 21 questões, e as 19 primeiras questões refletem graduações da gravidade do desejo, atitudes e planos suicidas. Os dois últimos itens são de caráter informativo e fornecem importantes subsídios sobre o paciente, a respeito do número de tentativas prévias de suicídio e quanto á seriedade da intenção de morrer, na última delas. Para esta escala não são recomendados pontos de corte específicos, e por isso, segundo os autores, todos os participantes que tiveram respostas diferentes de 0 nos itens 1,2,3, 4 ou 5 da Escala de Beck, possuem “pensamento de morte ou ideação suicida”.

As variáveis dependentes e independentes foram agrupadas em três categorias, conforma apresentadas nos Quadros 2 e 3.

Quadro 2: Caracterização da variável dependente.

Variável	Tipo de variável	Caracterização
Pensamento de morte ou ideação suicida	Categórica nominal	Sim/Não

Quadro 3: Caracterização das variáveis independentes.

Variável	Variável	Caracterização
Sociodemográficas	Sexo	Feminino/Masculino
	Faixa etária da idade	Idade em anos; Faixas: 18-39/40-59/≥60
	Raça	Branca e outras /Parda/Preta
	Escolaridade	Superior completo/Superior incompleto/Ensino médio completo/Ensino médio

		incompleto/Ensino fundamental completo/Ensino fundamental incompleto/Analfabeto
	Estado Civil	Casado/Solteiro/Divorciado/Viúvo
	Religião	Sim/Não
	Acesso a saneamento (Coleta de lixo e abastecimento de água)	Sim/Não
	Local de moradia	Zona urbana/Zona rural
Saúde	Autoavaliação de saúde	Muito boa/Boa/Regular/Ruim/Muito ruim
	Presença de Transtorno Mental Comum	Sim/Não
	Diagnóstico de Transtorno Mental na família	Sim/Não
	Realizou tratamento para saúde mental	Sim/Não
	Tabagismo	Sim/Não
	Uso abusivo do álcool	Sim/Não
	Procurou e conseguiu atendimento de saúde nos últimos 12 meses	Sim/Não

	Família atendida por Agente Comunitário de Saúde	Sim/Não
Renda e Trabalho	Possui ocupação	Sim/Não
	Renda individual mensal	Sem renda/menor que um salário mínimo/ um salário mínimo/acima de um salário mínimo
	Endividamento agrário com bancos, parentes ou agiotas	Sim/Não
	Acesso a programa de crédito governamental para agricultura	Sim/Não
	Perdeu parcialmente ou totalmente a produção nos últimos 2 anos	Sim/Não
	Contato com agrotóxico	Sim/Não
	Número de horas diárias de trabalho	<6h/>6h
	Relação trabalhista	Proprietário da terra/arrendatário/ assalariado/temporário

O uso abusivo do álcool foi analisado pelo questionário CAGE (*Cut down, Annoyed by criticism, Guilty e Eye-opener*) (MASUR,1983). Esse questionário é composto por quatro perguntas: 1) Alguma vez o Sr.(a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber? 2) As pessoas o (a) aborrecem porque criticam o seu modo de beber? 3) O Sr.(a) se sente culpado pela maneira com que costuma beber?

4) O Sr.(a) costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?. O uso abusivo do álcool é considerado quando há resposta afirmativa a pelo menos duas perguntas do questionário.

A variável presença de Transtorno Mental Comum foi analisada pelo questionário SRQ-20 (*Self-Reporting Questionnaire*). Este questionário foi desenvolvido originalmente por Harding e cols. (1980) e validado ao longo dos anos em várias amostras da população brasileira, por diversos pesquisadores (Palácios e cols., 1998; Fernandes & Almeida Filho, 1997; Santos, Carvalho & Oliveira, 2016). Ele aborda a presença de sintomas físicos e psíquicos que podem ter incomodado nos últimos 30 dias. No presente estudo, para classificar a presença de TMC, foram utilizados os pontos de corte de ≥ 5 para os homens e ≥ 7 para as mulheres, conforme o observado no trabalho de Mari & Williams (1986), que relataram sensibilidade de 83% e especificidade de 80%. E para a população acima de 60 anos foi aplicado o ponto de corte de ≥ 4 para ambos os sexos, conforme descrito no trabalho de Scazufca et al. (2009), que demonstrou a validade do SRQ-20 em uma população de idosos, encontrando o ponto de corte ≥ 4 como o de melhor sensibilidade e especificidade para ambos os sexos.

4.3.4- Análise dos dados

Foi realizada uma análise descritiva dos participantes do estudo pelas frequências absolutas e relativas. Foi aplicado o teste Qui-quadrado para comparar as proporções do desfecho entre as categorias de cada variável. A Regressão de Poisson com variância robusta foi usada para analisar os fatores associados e estimar as razões de prevalências (RP). A análise múltipla foi construída baseando-se no conjunto de variáveis que apresentaram um valor de $p < 0,20$ na análise bivariada. A entrada das variáveis no modelo foi feita de acordo com a ordem crescente do valor de p . O modelo final foi composto apenas pelas variáveis que permaneceram significativas no modelo ($p < 0,05$). Os dados foram analisados usando o pacote estatístico Stata 13 (StataCorp LP, College Station, Estados Unidos), com nível de significância adotado de 5%.

4.3 Seção 3: Estudo caso-controle

Por fim, foi desenvolvido um estudo observacional, com desenho do tipo caso-controle, que investigou as associações entre pensamento de morte ou comportamento suicida e fatores socioeconômicos, laborais e de saúde.

4.3.1- População e desenho do estudo

A população do estudo compreendeu o mesmo processo de seleção do estudo transversal, descrito na seção 2.

4.3.2- Tamanho amostral

Na perspectiva de estimar razão de chances (OR) = 2,5 e probabilidade 0,2 de exposição entre os controles, planejou-se o cálculo do tamanho amostral para estudo de caso e controle pareados. Definiu-se um poder do estudo de 80%, nível de significância de 0,05 e quatro controles por caso e para compensar possíveis perdas, aumentou-se 15%. O tamanho da amostra final foi definido em 62 casos e 288 controles.

4.3.3- Seleção dos casos e controles

A população do estudo foi composta por agricultores cadastrados no STRAAF do município de Caicó-RN. Foram considerados como critérios de inclusão para este estudo: ser cadastrado no STR e ter idade igual ou superior a 18 anos, o que constituiu uma população de 2.000 pessoas. A alocação dos participantes foi realizada através de uma amostragem aleatória simples em que todos os elementos da população foram incluídos (2.000 indivíduos). As entrevistas foram realizadas no domicílio, após consentimento, por entrevistadores previamente treinados.

A variável dependente desse estudo foi denominada de “pensamento de morte ou comportamento suicida”, analisada pelo Beck Scale for Suicide Ideation (Beck & Steer, 1991). A escala de Beck é um instrumento composto de 21 questões, e as 19 primeiras questões refletem gradações da gravidade do desejo, atitudes e planos suicidas. Os dois últimos itens são de caráter informativo e fornecem importantes subsídios sobre o paciente, a respeito do número de tentativas prévias de suicídio e quanto à seriedade da intenção de morrer, na última delas. Para esta escala não são recomendados pontos de corte específicos, e por isso, todos os participantes que tiveram respostas diferentes de 0 nos itens 1,2,3, 4, 5 ou 20 da Escala de Beck, foi considerado tendo “pensamento de morte ou comportamento suicida”, seja pela presença de pensamentos de morte, ideação suicida ou por tentativas prévias do suicídio.

O grupo controle foi constituído por indivíduos de 18 anos ou mais que tiveram respostas igual a 0 nos itens 1,2,3, 4, 5 e 20 da Escala de Beck. Buscou-se identificar os

controles por sexo e na mesma faixa etária dos casos (18-39 anos; 40-59 anos; acima de 60 anos) na mesma população dos casos, na razão de quatro controles por um caso.

As variáveis dependentes e independentes foram agrupadas em três categorias, conforma apresentadas nos Quadros 4 e 5.

Quadro 4: Caracterização da variável dependente.

Variável	Tipo de variável	Caracterização
Pensamento de morte ou comportamento suicida	Categórica nominal	Sim/Não

Quadro 5: Caracterização das variáveis independentes.

Variável	Variável	Caracterização
Sociodemográficas	Sexo	Feminino/Masculino
	Faixa etária da idade	Idade em anos; Faixas: 18-39/40-59/≥60
	Raça	Branca e outras /Parda/Preta
	Escolaridade	Superior completo/Superior incompleto/Ensino médio completo/Ensino médio incompleto/Ensino fundamental completo/Ensino fundamental incompleto/Analfabeto
	Estado Civil	Casado/Solteiro/Divorciado/Viúvo
	Religião	Sim/Não
	Acesso a saneamento (Coleta de lixo e abastecimento de água)	Sim/Não
	Local de moradia	Zona urbana/Zona rural
	Autoavaliação de saúde	Muito boa/Boa/Regular/Ruim/Muito ruim

Saúde	Presença de Transtorno Mental Comum	Sim/Não
	Diagnóstico de Transtorno Mental na família	Sim/Não
	Realizou tratamento para saúde mental	Sim/Não
	Tabagismo	Sim/Não
	Uso abusivo do álcool	Sim/Não
	Procurou e conseguiu atendimento de saúde nos últimos 12 meses	Sim/Não
	Família atendida por Agente Comunitário de Saúde	Sim/Não
Renda e Trabalho	Possui ocupação	Sim/Não
	Renda individual mensal	Sem renda/menor que um salário mínimo/ um salário mínimo/acima de um salário mínimo
	Endividamento agrário com bancos, parentes ou agiotas	Sim/Não
	Acesso a programa de crédito	Sim/Não

	governamental para agricultura	
	Perdeu parcialmente ou totalmente a produção nos últimos 2 anos	Sim/Não
	Contato com agrotóxico	Sim/Não
	Número de horas diárias de trabalho	<6h/>6h
	Relação trabalhista	Proprietário da terra/arrendatário/assalariado/temporário

O uso abusivo do álcool foi analisado pelo questionário CAGE (*Cut down, Annoyed by criticism, Guilty e Eye-opener*) (MASUR,1983). Esse questionário é composto por quatro perguntas: 1) Alguma vez o Sr.(a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber? 2) As pessoas o (a) aborrecem porque criticam o seu modo de beber? 3) O Sr.(a) se sente culpado pela maneira com que costuma beber? 4) O Sr.(a) costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?. O uso abusivo do álcool é considerado quando há resposta afirmativa a pelo menos duas perguntas do questionário.

A variável presença de Transtorno Mental Comum foi analisada pelo questionário SRQ-20 (*Self-Reporting Questionnaire*). Este questionário foi desenvolvido originalmente por Harding e cols. (1980) e validado ao longo dos anos em várias amostras da população brasileira, por diversos pesquisadores (Palácios e cols., 1998; Fernandes & Almeida Filho, 1997; Santos, Carvalho & Oliveira, 2016). Ele aborda a presença de sintomas físicos e psíquicos que podem ter incomodado nos últimos 30 dias. No presente estudo, para classificar a presença de TMC, foram utilizados os pontos de corte de ≥ 5 para os homens e ≥ 7 para as mulheres, conforme o observado no trabalho de Mari & Williams (1986), que relataram sensibilidade de 83% e especificidade de 80%. E para a população acima de 60 anos foi aplicado o ponto de corte de ≥ 4 para ambos os sexos, conforme

descrito no trabalho de Scazufca et al. (2009), que demonstrou a validade do SRQ-20 em uma população de idosos, encontrando o ponto de corte ≥ 4 como o de melhor sensibilidade e especificidade para ambos os sexos.

4.3.5- Análises dos dados

Inicialmente, foram realizadas análises descritivas de todas as variáveis investigadas por meio de suas distribuições de frequência, de acordo com os grupos caso e controle pelo teste do qui-quadrado (χ^2).

As análises bivariadas foram conduzidas usando-se a Odds ratio (OR), sendo que as variáveis que apresentaram nível descritivo (valor de p) menor que 0,20 foram selecionadas para o modelo múltiplo. Na análise múltipla, usou-se o modelo de regressão logística com procedimento passo a passo (stepwise backward), adotando-se nível de significância de $\alpha = 0,05$. A magnitude da associação entre o desfecho e as variáveis independentes foi estimada pela OR bruta e ajustada, com respectivos intervalos de 95% de confiança (IC95%). Para avaliar a qualidade de ajuste dos modelos, utilizaram-se as seguintes estatísticas: teste Hosmer & Lemeshow e pseudo R^2 Nagelkerke. O modelo final foi composto apenas pelas variáveis que permaneceram significativas no modelo ($p < 0,05$).

As variáveis de confusão consideradas no presente trabalho foram: sexo, idade, cor da pele e renda. Foram ajustados três modelos múltiplos: Modelo 1, incluindo as variáveis com significância estatística ($p < 0,05$), sem o ajuste das variáveis de confundimento; Modelo 2, incluindo as variáveis com significância estatística ($p < 0,05$), com o ajuste das variáveis de confundimento; e Modelo 3, uma análise estratificada para a variável “uso do EPI durante o manuseio de agrotóxicos”, incluindo as variáveis com significância estatística ajustadas pelas variáveis de confundimento.

Os dados foram analisados usando o pacote estatístico Stata 13 (StataCorp LP, College Station, Estados Unidos).

4.4- Aspectos éticos

Esse estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (CEP-HUOL-UFRN) sob o registro CAAE 15532919.5.0000.5292 em 05 de julho de 2019 e

está em consonância com as diretrizes para pesquisas em seres humanos no Brasil de acordo com a Resolução 466 de dezembro de 2012. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes da condução das entrevistas.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão da tese serão apresentados em três publicações: uma revisão sistemática sobre os fatores associados ao comportamento suicida em agricultores; um estudo de prevalência e fatores associados ao pensamento de morte ou ideação suicida em agricultores de Caicó/RN; e um estudo caso-controle, acerca do pensamento de morte e comportamento suicida, uso de agrotóxicos e saúde mental em agricultores.

5.1. ARTIGO 1: FATORES ASSOCIADOS AO COMPORTAMENTO SUICIDA EM AGRICULTORES.

Artigo publicado na *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph18126522>.

RESUMO

Esta revisão teve como objetivo investigar os fatores associados ao comportamento suicida em agricultores na literatura científica. Dois pesquisadores participaram de forma independente nas buscas nas bases de dados PubMed/MEDLINE, LILACS, Web of Science, Scopus, PsycInfo e SciELO. Apenas estudos observacionais foram incluídos. A qualidade dos estudos selecionados foi avaliada por meio do check-list de avaliação crítica para estudos transversais analíticos e caso-controle, elaborado pelo Instituto *Joanna Briggs*. Foram coletados dados relacionados à publicação (autor e ano; cidade/país); desenho metodológico; amostra/população (sexo; média de idade), desfecho, instrumento de medição e fatores associados ao comportamento suicida. Foram incluídos 14 estudos na revisão sistemática, e identificados fatores associados ao comportamento em agricultores na saúde mental (depressão), impactos sazonais (seca) e exposições no trabalho (herbicidas e inseticidas). Contudo, foi encontrada heterogeneidade quanto ao método, mensuração do comportamento suicida e aos fatores associados, que indica a necessidade de realização de novos estudos.

Palavras-chave: suicídio, fatores epidemiológicos, agricultores, saúde mental.

Introdução

As condições de vida e de trabalho no campo podem esconder a dura realidade que envolve situações de pobreza, desemprego, precariedades de acesso à saúde e educação e, inclusive, situações de exploração, violência, medo, insegurança e presença de transtornos mentais comuns, constituindo alguns fatores de risco ao comportamento suicida em populações rurais, sobretudo em agricultores^[1,2,3,4].

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o comportamento suicida está associado a diferentes desfechos e ações com diversos graus de letalidade, como a ideação suicida, tentativa de suicídio e suicídio como ato consumado^[5,6]. É importante considerar que esse fenômeno contempla, independente do ponto de vista pelo qual é analisado, uma dimensão central relacionada ao sofrimento, e a compreensão individual de cada um desses desfechos está relacionada a um melhor entendimento dos fatores de risco, que podem direcionar estratégias de prevenção mais efetivas^[7,8]. Na literatura científica, estes diferentes fenômenos são avaliados por meio de recursos variados.

Estudos mostraram que foram encontradas desigualdades nas taxas de suicídios com relação às áreas consideradas rurais ou urbanas, sendo as maiores taxas nas áreas consideradas rurais e, sobretudo, em agricultores^[6,9]. Na Índia, por exemplo, inúmeros agricultores tiraram suas vidas desde a década de 1990, o que elevou a taxa de suicídios de 12,3 em 1996 para 19,2 em 2004^[10]. No Canadá, a agricultura está entre as ocupações com maior risco de morte por suicídio, com taxa de mortalidade de 31,4 suicídios para cada 100 mil indivíduos^[11]. Apesar de amplamente evitável, o manejo adequado de indivíduos com comportamento suicida é um desafio para os sistemas e serviços de saúde em todo o mundo devido ao alto custo e a complexidade do fenômeno.

Uma revisão sistemática de 65 estudos, sendo 32 deles incluídos na meta-análise, quantificou o risco de suicídio em agricultores, onde foi identificado um tamanho do efeito de 1,48, representando, portanto, um excesso de risco de suicídio nessa população, variando de acordo com a área geográfica, sendo o maior risco observado no Japão^[12]. Outra revisão sistemática que identificou os fatores de risco que afetam a saúde mental dos agricultores mostrou, ainda, que 71% dos estudos incluídos sugeriram que os agricultores têm piores problemas de saúde mental do que a população geral; constituindo, assim, um importante gatilho para o comportamento suicida^[13].

Alguns pesquisadores, porém, têm focado sua atenção em estudar o comportamento suicida na população rural em detrimento de estudos conduzidos com agricultores, especificamente^[14]. Todavia, os aspectos inerentes a esse fenômeno, nesse grupo, precisam ser melhor avaliados, haja vista que os aspectos sociais, econômicos, de vida e trabalho, comuns aos agricultores, podem explicar os fatores associados ao suicídio e seus componentes, e podem diferir daqueles observados apenas em populações rurais^[15].

Considerando que a literatura existente oferece pouca orientação sobre como os fatores associados ao comportamento suicida em agricultores podem diferir daqueles presentes em comunidades rurais de forma mais ampla é necessário, por meio de uma busca e avaliação refinada na literatura, identificar a magnitude desses fatores, sendo primordial para definição de ações e políticas de saúde voltadas para prevenção desse agravo, intervenções precoces, promoção, vigilância e atenção à saúde, que considerem os fatores alvo mais relevantes nesse grupo.

É relevante investigar, ainda, padrões de associação desses fatores de risco no mundo e se há variações conforme a região estudada. Assim, com base nos resultados descritos e nas lacunas apresentadas nesses estudos, objetivo deste estudo foi realizar uma revisão sistemática da literatura científica sobre os fatores associados ao comportamento suicida em agricultores.

Método

O estudo de revisão sistemática da literatura sobre os fatores associados ao comportamento suicida em agricultores seguiu as recomendações do Check-list PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*), para o seu relato e para a construção do protocolo, registrado no PROSPERO (CRD42020164947)^[16]. A pergunta focada da pesquisa foi “Quais os fatores associados ao comportamento suicida em agricultores?”.

- Critérios de elegibilidade

A revisão incluiu artigos científicos observacionais com abordagem quantitativa que investigassem fatores associados ao comportamento suicida em agricultores, sem restrição quanto à faixa etária, idioma, local e período de publicação. Foram excluídas as investigações com metodologia qualitativa, revisões, ensaios teóricos, protocolos de

pesquisa, artigos metodológicos e aqueles que não apresentaram as medidas de risco e/ou associação, como Odds Ratio, Risco Relativo e Coeficientes de Correlação. Foram excluídos os estudos com população rural que não incluíram os agricultores como objeto de análise. Foram incluídos no estudo de revisão todos os indivíduos, sem limites de faixa etária e sexo.

- Busca na literatura

As etapas da revisão foram realizadas de forma independente por dois pesquisadores (E.G.O.S e P.R.Q). Foram consultadas as bases de dados eletrônicas PubMed/Medline, Lilacs, Web of Science, Scopus, Cinahl e PsycInfo. Na literatura cinzenta, foram consultados Google Scholar, ProQuest e OpenGrey. Os principais descritores relacionados ao tema investigado foram cruzados: farmer and suicide. Todas as buscas eletrônicas foram realizadas em 28 de abril de 2021.

- Seleção de estudos

Inicialmente, todos os artigos selecionados foram inseridos e os duplicados foram removidos no Mendeley. Posteriormente, foi realizada uma leitura dos títulos e resumos no Rayyan QRCI, com exclusão de todos aqueles que não atendiam aos critérios de elegibilidade¹⁰. Procedeu-se com a leitura completa dos estudos selecionados e, aqueles que não atendiam aos critérios de elegibilidade, foram excluídos. Quando existiram conflitos, foi realizada reunião de consenso e, quando houve necessidade, o terceiro revisor (I.R.B) foi consultado.^[17]

- Processo de coleta de dados

Durante a leitura dos artigos incluídos na revisão, os pesquisadores realizaram, de forma individual e às cegas - cada um cumpriu a etapa sem a visualização dos respectivos achados do outro, a extração dos dados referentes ao autor e ano da publicação, cidade/país em que o estudo foi realizado, desenho, amostra/população, sexo, média de idade, desfecho relacionado ao comportamento suicida (suicídio, ideação suicida ou tentativa de suicídio), instrumento utilizado para análise do desfecho, medida de associação e fatores associados ao comportamento suicida. Posteriormente, foi realizada uma reunião de consenso para comparar os dados incluídos, a fim de minimizar possíveis inconsistências na interpretação dos dados extraídos.

- Avaliação do risco de viés

A qualidade dos estudos selecionados foi avaliada pela Lista de verificação de avaliação crítica para estudos transversais analíticos, caso-controle e coorte, elaborado pelo *Instituto Joanna Briggs*¹¹. Os resultados da avaliação metodológica da qualidade para cada desenho foram apresentadas figuras elaboradas no Review Manager 5.3 (RevMan 5.3)^[18].

Os revisores classificaram os artigos em três níveis: (1) baixo risco de viés (se os estudos atingissem pontuação "sim" em, no mínimo 70% dos itens avaliados; (2) risco moderado de viés, caso a pontuação "sim" estivesse entre 50% e 69%; e (3) alto risco de viés, se a pontuação "sim" for inferior a 49%^[19].

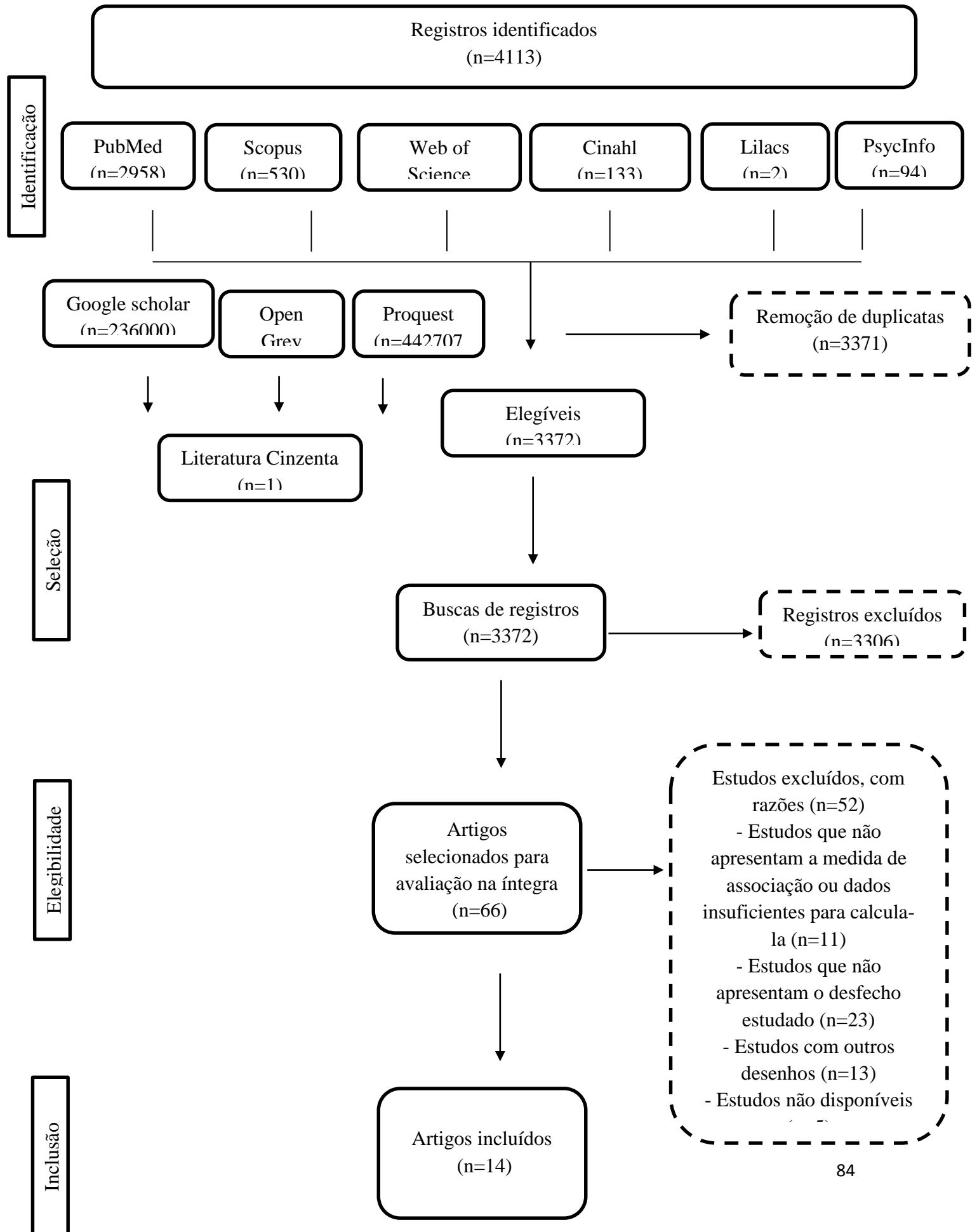
Resultados

- Seleção dos estudos

Foram identificados 4113 artigos que abordaram os fatores associados ao comportamento suicida em agricultores. Procedeu-se com a leitura na íntegra de 66 artigos; e, após a aplicação dos critérios de elegibilidade, 14 estudos foram objeto da presente análise (Figura 1), sendo as características dos estudos incluídos apresentados na Tabela 1.

A maior causa de exclusão foram os estudos que não apresentaram o desfecho dos fatores associados na população de agricultores, embora fossem realizados nessa população. Os autores dos 11 estudos que não apresentaram as medidas de associação foram contactados para obter essa informação nos e-mails disponibilizados na publicação, porém não se obteve resposta.

Figura 1: Fluxograma dos artigos incluídos na revisão sistemática.



Em relação à distribuição geográfica e populações dos estudos incluídos, observou-se uma heterogeneidade nos resultados. Os estudos avaliaram diferentes faixas etárias, e apenas 21% deles analisaram a média da idade da população, que foi de aproximadamente 52 anos^[20-22]. 11 estudos apresentaram a variável idade de forma categórica. A maioria da população dos estudos foi composta por homens e mulheres, e 21% deles estudaram somente homens (Tabela 1).

Tabela 1: Caracterização dos estudos incluídos

Autor e ano da publicação	Cidade/País	Desenho	Amostra	Sexo	Idade (Média±DP)	Desfecho	Instrumento de medida	Fatores associados ao comportamento suicida
Bhise MC, Behere PB; 2016	Vidarbha/Maharashtra/Índia	Caso-controle	Casos: 98 Controles: 98	Ambos os sexos	-	Suicídio	Questionário semi-estruturado	Endividamento nos últimos 5 anos (OR =3,86); presença de doença psiquiátrica diagnosticável (OR =7,81); presença de eventos estressantes da vida no ano anterior (OR=3,20)
Bjornestad A, Curthbertson C, Hendricks J; 2021	EUA	Cross-sectional	600	Ambos os sexos	63± 12,5	Suicídio	SBQ-R	Lidar com a autculpa ($\beta =0.065$; $p<0,05$; aumento de 6,7% no risco)
Hanigan IC, Butler CD, Kokic PN,	New South Wales	Cross-sectional	-	Ambos os sexos	-	Suicídio	-	Aumento na temperatura máxima mensal (RR= $\pm 3\%$,

Hutchinson MF; 2012	/Austrália							p<0,001); aumento no índice de seca (RR=15%, p<0,001)
Joo Y, Roh S; 2016	Coreia do Sul	Cross-sectional	543	Ambos os sexos	-	Ideação suicida	Questionário semi-estruturado	Falta de apoio social (OR=2,13); trabalhar entre 5-8h por dia (OR=2,45); presença de neurotoxicidade (OR=6,17); síndrome do fazendeiro (OR=3,70)
Kanamori M, Kondo N; 2019	Japão	Cross-sectional	-	Ambos os sexos	-	Suicídios	-	Produção animal mais alta por unidade de população ($\beta=8,46$)
Kennedy A, Adams J, Dwyer J, Rahman MA, Brumby S; 2020	Austrália	Coorte retrospectivo	1298	Ambos os sexos	47	Suicídios	-	Ter um emprego (OR = 1,84); morte por arma de fogo (OR = 4,51) p<0,001

Kim J, Shin DH, Lee WJ; 2014	Coreia do Sul	Cross-sectional	1895	Masculino	-	Ideação suicida	Questionário semi-estruturado	Hospitalização por envenenamento com pesticidas (OR=2,48); Envenenamento com pesticidas (OR=2,33 para uma vez; OR= 3,02 para mais de uma vez); severidade dos sintomas moderados ou graves de casos de intoxicação aguda por pesticidas (OR = 2,23)
Knipe DW et al; 2018	Sri Lanka /Índia	Cross-sectional	165,233	Ambos os sexos	-	Tentativa de suicídio	Questionário semi-estruturado	Morar em uma família com bens mais pobres (OR=2,37); baixa posição socioeconômica (OR=); morar em áreas com níveis elevados de privação (OR=1,45); morar em áreas

com alto percentual de domicílios com um problema de álcool autorreferido (OR=1,44); nível de educação primário (OR=3,27)

Krawczyk N, Meyer A, Fonseca M, Lima J; 2014	Alagoas/Brazil	Cross-sectional	122,036	Ambos os sexos	-	Suicídio	-	Cidade com produção de tabaco (OR=2,39)
McLaren S, Chantal C; 2009	Victoria e New South Wales /Australia	Cross-sectional	99	Masculino	48,14 ± 12,04	Ideação suicida	General Health Questionnaire	Depressão (r=0,55; p<0,001)
		Caso-controle	Casos: 1,457		-			Pulverização de herbicida e inseticida (OR=1,71); trabalho agrícola sazonal

Pickett et al, 1998	Canadá		Controle s: 11,632	Masculino		Suicídios		versus ano inteiro (OR = 1,68); altos níveis de mão de obra remunerada (OR = 1,61)
Qin Q, Jin Y, Zhan S, Yu X; 2015	China	Cross-sectional	939	Feminino	-	Ideação suicida	Questionário semi-estruturado	Incapacidade física (OR=7,43), violência doméstica (OR=2,65), depressão (OR=1,07), impulsividade (OR= 1,04) e impulsividade motora (OR= 1,07)
Ragland JD, Berman AL; 1991	EUA	Cross-sectional	-	Ambos os sexos	-	Suicídios	-	Taxas de dívidas agrícolas ativas (*r = 0,36, p <0,0028)
Sweetland AC et al, 2018	Nigéria, Uganda e Gana/África	Cross-sectional	1142	Ambos os sexos	-	Ideação suicida	PRIME-MD	Sofrimento mental (Nigéria β = 0,731, p <0,001; Uganda β = 0,584, p <0,001; e Gana β = 0,350, p <0,001); insegurança alimentar (Nigéria β = -0,255, p

<0,05), idade avançada
(Gama $\beta = 0,218$, $p < 0,05$).

OR= Odds Ratio / RR= Risco Relativo

r= coeficiente de correlação

β = coeficiente de associação no modelo de regressão logística

Significância estatística: $p < 0,05$ / Modelo Múltiplo: $p < 0,001$

Com relação ao comportamento suicida, 08 estudos tiveram como objeto de análise o suicídio^[23,20,24,25,21,26,27,28], e os demais analisaram as tentativas de suicídio^[29] e a ideação suicida^[30-33]. Foram observadas, ainda, diferentes medidas para identificação dos fatores associados, com análises bivariadas (OR/RR) e coeficientes de correção (r , β , α) diferenças nos tipos de técnicas de análise dos fatores associados.

Os fatores associados ao comportamento suicida foram heterogêneos, e variaram desde aspectos proximais ao indivíduo (idade avançada, insegurança alimentar, depressão, doenças psiquiátricas, estresse e sofrimento mental) até aspectos inerentes a atividade no campo (endividamento e o uso de pesticidas); assim como foram heterogêneos os instrumentos utilizados para verificar o desfecho entre os estudos.

Enquanto McLaren S e Chantal C^[22] utilizaram o General Health Questionnaire, Sweetland AC et al^[30] utilizaram o PRIME-MD, e Bjornestad A, Curthbertson C, Hendricks J^[20] o SBQ-R. Os demais autores utilizaram questionários semi-estruturados contendo uma pergunta norteadora acerca do comportamento suicida^[31,23,29,34,33]. No estudo de Picket et al^[27], que emergiu a partir de uma coorte, as variáveis foram extraídas e analisadas a partir de bancos de dados, sem apresentação do instrumento utilizado para a coleta. Dessa forma, sabendo-se que os estudos incluídos apresentaram técnicas de análise, instrumentos e medidas de associação distintas, caracterizando uma heterogeneidade nos resultados, tornou-se inviável prosseguir com uma meta-análise dos resultados neste estudo de revisão.

- Risco de viés nos estudos

Em relação ao risco de viés, nos estudos cross-sectional, foi observado uma pontuação de $\geq 71,4\%$ respostas “sim” na maioria dos estudos, demonstrando baixo risco de viés. A principal fragilidade esteve relacionada ao fato de os autores não relatarem claramente nenhum método para lidar com fatores de confusão. Sendo assim, nestes estudos, foram considerados alto risco de viés somente em relação a este item. Por outro lado, o estudo de Hanigan et al^[24] foi observado um alto risco de viés, com apenas 42% das respostas “sim”, conforme pode ser observado na Figura 2^[20,24,34,25,31,28,30].

Figura 2: Risco de viés para os estudos transversais incluídos na revisão.

	Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?	Were the study subjects and the setting described in detail?	Was the exposure measured in a valid and reliable way?	Were confounding factors identified?	Were strategies to deal with confounding factors stated?	Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	Was appropriate statistical analysis used?
Bjornestad et al, 2021	+	+	+	?	?	+	+
Hanigan et al, 2012	?	?	+	-	-	+	+
Joo et al, 2016	+	+	+	-	-	+	+
Kanamori et al, 2019	+	+	+	+	+	+	?
Kim et al, 2014	+	+	+	+	?	+	+
Knipe et al, 2018	+	+	+	-	-	+	+
Krawczyk et al, 2014	+	+	+	-	-	+	+
McLaren et al, 2009	+	+	+	-	-	+	+
Qin et al, 2015	+	+	+	-	-	+	+
Ragland et al, 1991	+	+	+	-	-	+	+
Sweetland et al, 2018	+	+	+	-	-	+	+

Para os estudos caso controle, embora em uma análise geral tenha sido observado baixo risco de viés (80%), Pickett et al^[27] não deixaram claramente definido se a exposição foi medida da mesma forma para os casos e controles, bem como se o período de exposição de interesse foi longo o suficiente para ser significativo. Bhise MC e Behere PB^[23], por sua vez, não apresentaram os fatores de confusão e as estratégias adotadas para lidar com esses fatores conforme (Figura 3).

Figura 3: Análise do risco de viés para os estudos caso-controlé incluído na revisão.

	Were the groups comparable other than the presence of disease in cases or the absence of disease in controls?	Were cases and controls matched appropriately?	Were the same criteria used for identification of cases and controls?	Was exposure measured in a standard, valid and reliable way?	Was exposure measured in the same way for cases and controls?	Were confounding factors identified?	Were strategies to deal with confounding factors stated?	Were outcomes assessed in a standard, valid and reliable way for cases and controls?	Was the exposure period of interest long enough to be meaningful?	Was appropriate statistical analysis used?
Bhise et al, 2016	+	+	+	+	+	?	?	+	+	+
Pickett et al, 1998	+	+	+	+	?	+	+	+	?	+

Para a coorte retrospectiva^[21], foi observado um baixo risco de viés, uma vez que embora os autores tenham elencado os fatores de confusão no estudo, não deixaram claro as estratégias para lidar com esses (Figura 4).

Figura 4: Análise do risco de viés para o estudo de coorte retrospectiva incluído na revisão.

Kennedy et al, 2020	Were the two groups similar and recruited from the same population?	+
	Were the exposures measured similarly to assign people to both exposed and unexposed groups?	+
	Was the exposure measured in a valid and reliable way?	+
	Were confounding factors identified?	+
	Were strategies to deal with confounding factors stated?	?
	Were the groups/participants free of the outcome at the start of the study (or at the moment of exposure)?	+
	Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	+
	Was the follow up time reported and sufficient to be long enough for outcomes to occur?	+
	Was follow up complete, and if not, were the reasons to loss to follow up described and explored?	+
	Were strategies to address incomplete follow up utilized?	+
	Was appropriate statistical analysis used?	+

Discussão

A presente revisão sistemática buscou identificar na literatura os fatores associados ao comportamento suicida em agricultores. Entre os 14 estudos identificados, os fatores foram relativos principalmente à saúde mental (depressão), impactos sazonais (seca) e trabalho (uso de agrotóxicos e endividamento). Foi possível observar uma expressiva variação no método dos estudos, fatores investigados, formas de mensuração do desfecho e população investigada, o que resultou em uma ampla variabilidade dos fatores associados que, de forma geral, estiveram relacionados a aspectos individuais, de saúde mental e a atividade agrícola.

É importante ressaltar que a maioria dos estudos foram excluídos durante a etapa de seleção dessa revisão sistemática por terem sido realizados com população rural de forma geral, e não avaliarem os fatores associados ao comportamento suicida em agricultores, objeto de estudo dessa análise. Além disso, aqueles estudos que não apresentaram as medidas de associação nos resultados também foram excluídos. Destaca-se, ainda, que foi estabelecido contato com os autores desses estudos, a fim de obter a completude das análises dos resultados através das medidas de associação para os fatores associados ao comportamento suicida em agricultores.

Desse modo, a fim de melhor compreender os fatores relacionados ao comportamento suicida em agricultores, elucidados na literatura, é importante destacar que variáveis como idade, sexo e locais onde os estudos foram realizados constituem elementos importantes na compreensão do desfecho analisado, sobretudo ao levar em consideração que também podem estar relacionadas aos desfechos. Torna-se, portanto, um elemento importante a ser apresentado não somente na caracterização da amostra, mas também como uma variável. No entanto, nesta revisão sistemática, apenas um estudo relatou uma associação do desfecho com a idade, ao mostrar uma correlação entre a idade avançada e a ideação suicida presente nos agricultores ^[30].

O impacto significativo da mortalidade por suicídio em idosos é observado em todo o mundo, embora, mesmo nessa população, o comportamento suicida não letal possa ser iniciado previamente. No Brasil, por exemplo, Santos e Ribeiro^[35] verificaram que a taxa de mortalidade por suicídio para esse grupo apresentou tendência estatisticamente significativa de aumento entre os anos 2000 e 2014, tanto para sexo masculino quanto feminino. Existem diversas hipóteses e modelos explicativos que buscam explicar o risco aumentado de suicídio em idosos. Entre os fatores de risco proeminentes e característicos deste grupo estão a perda de papéis sociais, comprometimento funcional e perda de autonomia, maior letalidade das tentativas, falta de adaptação às mudanças, múltiplas perdas, desesperança, dificuldade de exercer controle sobre aspectos importantes da vida e pertença frustrada^[36-40].

Além disso, grande parte dos estudos dessa revisão analisou os aspectos inerentes ao comportamento suicida para ambos os sexos ^[23,20,24,34,21,29,26,28,30]. Em diferentes países, as taxas de suicídio são maiores no sexo masculino, enquanto os métodos não letais, como ideação suicida e tentativas de suicídio, no sexo feminino. Como nesta revisão está sendo analisado o comportamento suicida, e não está limitada aos métodos letais, é importante destacar que outros

estudos apontam que os homens utilizam métodos mais violentos durante a tentativa de suicídio^[41,42], desfecho não investigado nessa revisão.

No que se refere ao local de estudo, a maior parte dos estudos (71%) foi realizada em países desenvolvidos, e não investigaram variáveis regionais ^[20,24,34,25,21,33,32,27,31,28]. Os países de alta renda apresentam maiores coeficientes de mortalidade por suicídio, embora a maioria das mortes por suicídio ocorra em países de baixa e média renda (79%), onde se concentra a maioria da população mundial (84%)^[43]. Historicamente, a maioria dos estudos que investigam essa temática é desenvolvida na Europa e outros países igualmente ricos, como Estados Unidos e Japão, pouco se conhecendo sobre a influência de determinados fatores, como aqueles inerentes às atividades agrícolas, nas taxas de suicídio na América do Sul, e especialmente no Brasil, um país sabidamente desigual e com intensa atividade agropecuária^[35].

Os fatores associados ao comportamento suicida em agricultores podem diferir um do outro a partir da análise do desfecho estudado: ideação suicida, tentativa de suicídio ou suicídio^[8]. Nesse sentido, a importância de compreender cada um desses fatores, a partir dos desfechos, em suas particularidades, decorre principalmente do fato de direcionar o planejamento de estratégias de prevenção do fenômeno de forma mais efetiva nesta população.

- Aspectos da agricultura: endividamento e atividade agrícola

Dentre os fatores associados encontrados, alguns estudos verificaram que o endividamento está relacionado com o suicídio de agricultores, sobretudo ao relatarem taxas de dívidas agrícolas ativas, especialmente nos últimos 5 anos^[23,28]. Pequenas fazendas, por exemplo, podem ser mais vulneráveis a pressões financeiras e flutuações no mercado. Isso, por sua vez, pode culminar no endividamento do agricultor, sobretudo a partir da realização de empréstimos bancários ou dívidas com família e amigos. Além disso, os agricultores inseridos no cenário das fazendas de pequena escala podem não ser capazes de suportar as consequências graves de redução da produção agrícola, uma vez que exercem efeitos prejudiciais sobre a situação financeira de sua família. Isso, aliado a um contexto social fragilizado, pode levar o sujeito ao desenvolvimento de transtornos psíquicos, como ansiedade, depressão e, como consequência, o comportamento suicida^[44].

Ademais, o impacto da seca na atividade agrícola também mostrou-se associado ao suicídio, relatado no estudo de Hanigan IC, Butler CD, Kokic PN e Hutchinson MF^[24], onde foi observado que um aumento no índice de seca aumenta o risco de suicídio em 15%, assim

como no aumento na temperatura máxima mensal, em que esse risco aumenta aproximadamente 3% ($p < 0,001$). Estudos realizados na Índia, onde mais da metade da população depende da agricultura, corroboram com esses achados; e mostraram que a maioria dos participantes expressaram o impacto negativo significativo da seca sobre eles, acreditando não serem capazes de se recuperar das consequências negativas causadas. Além disso, foi observado que o risco de suicídio era inversamente correlacionado à disponibilidade de água e recomenda monitoramento da água subterrânea, medidas de emergência rápidas e acompanhamento dos agricultores para prevenção do suicídio em zonas de maior risco^[45,46]. Uma revisão da literatura encontrou, ainda, aproximadamente 20 artigos com relatos dos efeitos da seca na saúde mental e emocional da saúde coletiva, sendo os agricultores idosos, de zona rural, os grupos mais estudados^[47], evidenciando a necessidade de um olhar globalizado para a saúde do agricultor.

Outro fator associado ao comportamento suicida, elucidado nessa revisão, refere-se aos aspectos inerentes aos vínculos trabalhistas. Isso, porque, percebeu-se uma associação entre suicídio e o trabalho agrícola sazonal (forma de trabalho temporário associado a períodos do ano e setores específicos) quando comparado ao trabalho com contratos mais prolongados^[27,48].

Na produção agrícola, a sazonalidade deve-se sobretudo às variações climáticas das estações do ano que condicionam as épocas de plantio, desenvolvimento da cultura e colheita^[49]. A sazonalidade do trabalho, no contexto da agricultura, implica em precarização e ausência de estabilidade, podendo ser fator de risco para maior sofrimento psíquico no agricultor^[50] contribuindo para o comportamento suicida. Por outro lado, o trabalho anual e as longas jornadas de trabalho também estão associado a outros riscos, como o tempo de exposição a agrotóxicos.

Também foi observada associação com os vínculos trabalhistas regulares em que o trabalho é remunerado por um período de tempo maior^[27]. Há que se considerar que o meio rural vem sofrendo transformações e não é essencialmente agrícola, podendo representar local de moradia. Os pequenos agricultores estão se integrando cada vez mais a um sistema maior e a articulação com a indústria e atividades não agrícolas vêm ganhando espaço entre os moradores das áreas rurais. Ao mesmo tempo em que se constituem em alternativas à geração de renda, as atividades não agrícolas minam a identidade do agricultor, pauperizando sua cultura e sua técnica^[51].

Por sua vez, os agrotóxicos, produtos químicos amplamente utilizados na agricultura, tem provocado danos imensuráveis à saúde humana, com uma crescente gravidade em casos de intoxicação^[52,53]. São empregados nas florestas nativas e plantadas, nos ambientes hídricos, urbanos e industriais e, em ampla escala, na agricultura e nas pastagens para a pecuária^[54]. Ao considerar a agricultura como cenário ativo para uso de agrotóxicos, estudos mostraram a relação entre o comportamento suicida e o uso de agrotóxicos.

Foi observado um aumento nas chances de ideação suicida a partir do envenenamento, seja durante um (OR=2,33) ou mais de um (OR= 3,02) episódios, além de um aumento de aproximadamente 3 vezes mais chances de ideação suicida em casos de hospitalizações por envenenamento com pesticidas. Quanto mais severos os sintomas relacionados a intoxicação por pesticidas, maiores são as chances ^[33]. Ademais, foi observado ainda em um estudo realizado com agricultores no Canadá, que a pulverização com pesticidas duplica as chances de suicídio (OR=1,71) ^[27]. No Brasil, as cidades com produção de tabaco também se associaram ao suicídio de agricultores (OR=2,39) ^[26].

Ferraz^[54] constatou ansiedade e irritabilidade nas pessoas que manipulavam agrotóxicos, e verificou que a exposição longa a esses produtos deixa sequelas neurocomportamentais, que podem evoluir para um quadro de depressão. Esse dado, aliado a uma gama de problemas sociais e econômicos, poderia culminar no suicídio^[55,56]. A exposição a agentes redutores da colinesterase pode causar mudanças comportamentais que podem levar ao suicídio entre pessoas deprimidas ou ansiosas. Muitos pesticidas em uso comum no setor agrícola resultam em baixos níveis de colinesterase em pessoas expostas^[27], demonstrando a causa da relação entre o uso de agrotóxicos e a ideação suicida nesse público.

Lima^[56], porém, ao determinar a mortalidade por suicídio na população de um município brasileiro, buscou verificar a associação entre a exposição a agrotóxicos e o suicídio. Os resultados do estudo mostraram não existir diferença estatística na prática do suicídio entre os trabalhadores que utilizam agrotóxicos.

- Aspectos da saúde mental

Por outro lado, há aspectos relacionados a saúde mental dos agricultores que estão associados ao comportamento suicida. Nesta revisão, foi observado que o sofrimento mental e a depressão estiveram associados a ideação suicida ^[30-32]; e que a presença de doenças

psiquiátricas, a presença de sentimentos de autculpa e o estresse do dia a dia do agricultor, aumentaram as chances de suicídio nos agricultores [23].

O isolamento, as questões atreladas à perda da saúde, a impossibilidade do exercício de atividades diárias, são questões que precisam ser consideradas, embora não foram investigadas nesse estudo. O meio rural, neste sentido, vem ocupando um lugar de precariedade, que implica na perda dos objetos sociais, tanto aqueles reais quanto os idealizados: há perda saúde, do trabalho, do status social, da importância no núcleo familiar, perdas financeiras, dos vínculos familiares e sociais e dos vínculos afetivos. Com isso, a saúde mental do agricultor vai sendo prejudicada, os sinais das dificuldades e impedimento de viver vão surgindo, e o comportamento suicida vai ganhando espaço na vida do agricultor^[57].

Dentre as diversas explicações para esses achados, os eventos estressantes aos quais os agricultores estão submetidos, sobretudo no ambiente ocupacional, merecem destaque. Muitos deles decorrem das transformações ocorridas no processo agrícola a partir da substituição das formas tradicionais de agricultura pela penetração agressiva da agroindústria, seus pacotes tecnológicos de mecanização e do uso intensivo de agrotóxicos, além dos fatores econômicos. Além disso, as doenças mentais no meio agrícola podem ser objeto de estigma e mal compreensão, o que dificulta a busca pela saúde, agravado muitas vezes pelo isolamento geográfico e dificuldade no acesso aos serviços de saúde^[58].

Um estudo realizado no Brasil identificou em agricultores e seus ajudantes uma série de sintomas agudos e de saúde mental, como cefaleia e sinais depressivos. Possíveis achados para explicar parte esses sintomas estiveram relacionados ao fato de usarem menos itens de proteção individual durante o uso de agrotóxicos. Desse modo, a necessidade de ações de vigilância, suporte técnico e treinamento de segurança, durante a exposição ocupacional e ambiental aos agrotóxicos, deve ser incentivada como forma de impactar na redução dessas causas, a fim diminuir os desfechos relacionados ao comportamento suicida nos agricultores^[59].

- Aspectos individuais

Além dos aspectos relacionados a agricultura e a saúde mental dos agricultores, também foi identificado que aspectos individuais relacionados ao contexto socioeconômico, como baixa posição socioeconômica; residir em áreas com níveis elevados de privação e com família com

bens mais pobres; nível de educação primário; e de domicílios com problema de álcool autorreferido, estão relacionadas as maiores chances de tentativas de suicídio dos agricultores.

Embora os fatores associados citados acima estejam relacionados às tentativas de suicídio, há que se considerar que também podem contribuir para o risco de suicídio como ato consumado, sobretudo na ausência de estratégias efetivas de prevenção. No entanto, esses resultados são discordantes quando comparados a um estudo realizado no Brasil, que mostrou não existir autocorrelação espacial entre as variáveis socioeconômicas e as taxas de mortalidade por suicídio^[35]. No geral, alguns estudos sustentam a hipótese de que a desigualdade social eleva as taxas de suicídio^[60].

Nesta revisão, fatores como empregabilidade também estão associados ao comportamento suicida. Um dos estudos mostrou que possuir um emprego aumenta em quase duas vezes as chances de suicídio em agricultores^[21]. Em contrapartida, em alguns países, como a Índia, observam-se que as taxas mais altas de suicídio, sobretudo no sexo masculino, estão presentes em estados com níveis mais altos de desemprego^[61].

Para Durkheim (2000), a sociedade também estabelece papel fundamental na construção do indivíduo. Logo, fatores sociais, como a família, a escola, os grupos dos quais participa, os amigos e a sociedade, influenciam de forma significativa na produção de um episódio suicida, tanto para que ele ocorra quanto para evitá-lo^[62]. Essas implicações também podem ser compreendidas ao considerar fatores associados a ideação suicida, a partir de uma perspectiva individual, como impulsividade, violência doméstica e agressão. Neste estudo, em especial, foi observado que esses fatores estiveram associados tanto a ideação suicida quanto as tentativas de suicídio em agricultores^[31].

Desse modo, estratégias de enfrentamento do comportamento suicida em agricultores podem ser empregadas, como um sistema de monitoramento e apoio a agricultores vulneráveis, serviços de apoio e aconselhamento e capacitações entre os agricultores. Para tanto, faz-se necessário fortalecer, em âmbito nacional e internacional, os programas e políticas públicas de saúde relacionados à saúde mental, trabalho e apoio econômico, sobretudo, aos pequenos agricultores, a fim de alavancar a promoção social do trabalhador rural, e trazer às famílias envolvidas recursos econômicos capazes de garantir sua reprodução social^[63].

Cabe discutir algumas limitações desta revisão, como as diferenças metodológicas para avaliação dos desfechos ligados ao comportamento suicida e estimação dos fatores associados

nos estudos incluídos, sobretudo ao considerar a ausência de instrumentos específicos e validados para avaliação do comportamento suicida. Essa heterogeneidade metodológica, observada tanto nos instrumentos como nos fatores associados reitera a necessidade da consecução de novos estudos primários relacionados à temática em questão, uma vez que o comportamento suicida é considerado um problema de saúde pública, e grupos vulneráveis, como agricultores, necessitam de intervenções precoces a fim de se evitar desfechos fatais e melhorar a saúde mental e qualidade de vida dessa população. Todavia, a análise por dois pesquisadores, de modo independente, a avaliação da qualidade dos estudos, bem como a resolução de discrepâncias por concordância, buscou reduzir possíveis vieses.

As limitações encontradas na maioria dos estudos incluídos estiveram relacionadas principalmente à ausência de métodos para identificação de fatores de confusão e ajustes de confundimento. Apenas um dos estudos relatou que os fatores de confusão potencialmente importantes foram selecionados dentre os fatores disponíveis^[21]. É importante destacar que todos os estudos incluídos foram submetidos à avaliação da qualidade metodológica e foram julgados como com baixo risco de viés, uma vez que, ao analisar os aspectos inerentes a lista de avaliação crítica dos estudos, obtiveram escore > 70%^[24].

Foram identificados nesta revisão fatores associados ao comportamento em agricultores relacionados a aspectos individuais, saúde mental, impactos sazonais e do trabalho, como o uso de agrotóxicos e endividamento. De forma geral, percebeu-se que as tentativas de suicídio estiveram relacionadas principalmente aos fatores socioeconômicos; e a ideação suicida e o suicídio aos aspectos de saúde mental e agricultura, como o uso de agrotóxicos. Desse modo, esse estudo aponta diretrizes para pesquisas sobre a temática e reforça a importância de investigar a força de associação entre variáveis inerentes à dinâmica dos agricultores e do trabalho no campo, bem como a prevalência das diferentes formas de apresentação do comportamento suicida, para melhor compreensão do fenômeno e direcionamento de políticas públicas de saúde mais efetivas para prevenção desse agravo entre agricultores.

REFERÊNCIAS

- 1- Macedo, J. P., de Macedo, B. Í. D. B., & da Silva Bezerra, L. L. (2018). Ideação suicida em assentamentos rurais no Piauí. *Revista Psicologia em Pesquisa*, 12(3). doi: 10.24879/2018001200300506.

- 2- Costa, C., Loureiro, A., Freitas, Â., & Santana, P. (2015). 1.3 Suicídio em contextos de privação social e material nas Áreas Metropolitanas de Lisboa e Porto. *TERRITÓRIO E SAÚDE MENTAL EM TEMPOS DE CRISE*, 36. doi: 10.14195/978-989-26-1105-1.
- 3- Milner, A., Spittal, M. J., Pirkis, J., & LaMontagne, A. D. (2013). Suicide by occupation: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 203(6), 409-416. doi: 10.1192/bjp.bp.113.128405.
- 4- Dongre, A. R., & Deshmukh, P. R. (2012). Farmers' suicides in the Vidarbha region of Maharashtra, India: a qualitative exploration of their causes. *Journal of Injury and Violence research*, 4(1), 2. doi: 10.5249/jivr.v4i1.68.
- 5- World Health Organization. (2014). Preventing suicide: A global imperative.
- 6- World Health Organization (2002). *World Report on Violence and Health*.
- 7- Werlang, B. G. Macedo, M. M., Krüger, L. L. (2004) *Perspectiva Psicológica*. In N. Botega, B. S. G. Werlang (Org.). *Comportamento Suicida* (pp. 45-58). Porto Alegre: Artmed.
- 8- Botega, N. J., Werlang, B. G., da Silva Cais, C. F., & Macedo, M. M. K. (2006). Prevenção do comportamento suicida. *Psico*, 37(3), 5.
- 9- Li, M., & Katikireddi, S. V. (2019). Urban-rural inequalities in suicide among elderly people in China: a systematic review and meta-analysis. *International journal for equity in health*, 18(1), 1-15.
- 10- Shiva, V. (2004). The suicide economy of corporate globalization. *Z Space*, 1-3.
- 11- Beauregard, N., Demers, A., & Marchand, A. (2014). La santé mentale des agriculteurs, une situation complexe. *Quintessence*, 6(3), 1-2.
- 12- Klingelschmidt, J., Milner, A., Khireddine-Medouni, I., Witt, K., Alexopoulos, E. C., Toivanen, S., ... & Niedhammer, I. (2018). Suicide among agricultural, forestry, and fishery workers: a systematic literature review and meta-analysis. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 3-15. 10.3390 / ijerph16234849.
- 13- Daghigh Yazd, S., Wheeler, S. A., & Zuo, A. (2019). Key risk factors affecting farmers' mental health: A systematic review. *International journal of environmental research and public health*, 16(23), 4849.
- 14- Kosaraju, S. K. M., Vadlamani, L. N., Bashir, M. S. M., Kalasapati, L. K., Rao, G. C., & Rao, G. P. (2015). Risk factors for suicidal attempts among lower socioeconomic

- rural population of telangana region. *Indian journal of psychological medicine*, 37(1), 30-35.
- 15- Kennedy, A., Adams, J., Dwyer, J., Rahman, M. A., & Brumby, S. (2020). Suicide in rural Australia: are farming-related suicides different?. *International journal of environmental research and public health*, 17(6), 2010.
- 16- Moher, D., Shamseer, L., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M., ... & Stewart, L. A. (2015). Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Systematic reviews*, 4(1), 1. doi: 10.1186/2046-4053-4-1
- 17- Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z., & Elmagarmid, A. (2016). Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic reviews*, 5(1), 210. doi: 10.1186/s13643-016-0384-4
- 18- The Joanna Briggs Institute (2017). Joanna Briggs Institute Critical Appraisal tools: for use in JBI Systematic Reviews
- 19- Polmann, H., Domingos, F. L., Melo, G., Stuginski-Barbosa, J., Guerra, E. N. D. S., Porporatti, A. L., ... & De Luca Canto, G. (2019). Association between sleep bruxism and anxiety symptoms in adults: A systematic review. *Journal of oral rehabilitation*, 46(5), 482-491. doi: 10.1111/joor.12785
- 20- Bjornestad, A., Cuthbertson, C., & Hendricks, J. (2021). An analysis of suicide risk factors among farmers in the midwestern United States. *International journal of environmental research and public health*, 18(7), 3563.
- 21- Kennedy, A., Adams, J., Dwyer, J., Rahman, M. A., & Brumby, S. (2020). Suicide in rural Australia: are farming-related suicides different?. *International journal of environmental research and public health*, 17(6), 2010.
- 22- McLaren, S., & Challis, C. (2009). Resilience among men farmers: the protective roles of social support and sense of belonging in the depression-suicidal ideation relation. *Death Studies*, 33(3), 262-276.
- 23- Bhise, M. C., & Behere, P. B. (2016). Risk factors for farmers' suicides in central rural India: Matched case-control psychological autopsy study. *Indian journal of psychological medicine*, 38(6), 560-566.

- 24- Hanigan, I. C., Butler, C. D., Kokic, P. N., & Hutchinson, M. F. (2012). Suicide and drought in new South Wales, Australia, 1970–2007. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 109(35), 13950-13955.
- 25- Kanamori, M., & Kondo, N. (2020). Suicide and Types of Agriculture: A Time-Series Analysis in Japan. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 50(1), 122-137.
- 26- Krawczyk, N., Meyer, A., Fonseca, M., & Lima, J. (2014). Suicide mortality among agricultural workers in a region with intensive tobacco farming and use of pesticides in Brazil. *Journal of occupational and environmental medicine*, 56(9), 993.
- 27- Pickett, W., King, W. D., Lees, R. E., Bienefeld, M., Morrison, H. I., & Brison, R. J. (1998). Suicide mortality and pesticide use among Canadian farmers. *American journal of industrial medicine*, 34(4), 364-372. doi: 10.1002/(sici)1097-0274(199810)34:4<364::aid-ajim10>3.0.co;2-0
- 28- Ragland, JD, & Berman, AL (1991). Crise na fazenda e suicídio: morrendo na videira ?. *OMEGA-Journal of Death and Dying* , 22 (3), 173-185.
- 29- Knipe, DW, Gunnell, D., Pearson, M., Jayamanne, S., Pieris, R., Priyadarshana, C., ... & Metcalfe, C. (2018). Tentativa de suicídio no Sri Lanka - um estudo epidemiológico de fatores domésticos e comunitários. *Journal of affective disorder* , 232 , 177-184.
- 30- Sweetland, AC, Norcini Pala, A., Mootz, J., Kao, JCW, Carlson, C., Oquendo, MA, ... & Wainberg, M. (2019). Insegurança alimentar, sofrimento mental e ideação suicida na África rural: evidências da Nigéria, Uganda e Gana. *International Journal of Social Psychiatry* , 65 (1), 20-27.
- 31- Qin, Q., Jin, Y., Zhan, S., Yu, X., & Huang, F. (2016). Suicidal ideation among rural immigrant daughters-in-law with multi-roles as females, farmers and immigrants in China. *Psychology, health & medicine*, 21(5), 608-617.
- 32- McLaren, S., & Challis, C. (2009). Resilience among men farmers: the protective roles of social support and sense of belonging in the depression-suicidal ideation relation. *Death Studies*, 33(3), 262-276.
- 33- Kim, J., Shin, D. H., & Lee, W. J. (2014). Suicidal ideation and occupational pesticide exposure among male farmers. *Environmental research*, 128, 52-56.
- 34- Joo, Y., & Roh, S. (2016). Fatores de risco associados à depressão e ideação suicida em uma população rural. *Saúde ambiental e toxicologia* , 31 .
- 35- Santos, E. G. D. O., & Barbosa, I. R. (2017). Conglomerados espaciais da mortalidade por suicídio no nordeste do Brasil e sua relação com indicadores

- socioeconômicos. *Cadernos Saúde Coletiva*, 25(3), 371-378. doi: 10.1590/1414-462x201700030015.
- 36- Conwell, Y., Van Orden, K., & Caine, E. D. (2011). Suicide in older adults. *Psychiatric Clinics*, 34(2), 451-468. doi: 10.1016/j.psc.2011.02.002
- 37- Fiske, A., & O'Riley, A. A. (2016). Toward an understanding of late life suicidal behavior: the role of lifespan developmental theory. *Aging & mental health*, 20(2), 123-130. doi: 10.1080/13607863.2015.1078282
- 38- Lutz, J., & Fiske, A. (2018). Functional disability and suicidal behavior in middle-aged and older adults: A systematic critical review. *Journal of Affective Disorders*, 227, 260-271. doi: 10.1016/j.jad.2017.10.043
- 39- Santos, E. G. D. O., Oliveira, Y. O. M. D. C., Azevedo, U. N. D., Nunes, A. D. D. S., Amador, A. E., & Barbosa, I. R. (2017). Análise espaço-temporal da mortalidade por suicídio em idosos no Brasil. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 20(6), 845-855.
- 40- Conejero, I., Olié, E., Courtet, P., & Calati, R. (2018). Suicídio em idosos: perspectivas atuais. *Intervenções clínicas no envelhecimento*, 13, 691.
- 41- Ribeiro, N. M., Castro, S. D. S., Scatena, L. M., & Haas, V. J. (2018). ANÁLISE DA TENDÊNCIA TEMPORAL DO SUICÍDIO E DE SISTEMAS DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE EM RELAÇÃO ÀS TENTATIVAS DE SUICÍDIO. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 27(2). doi: 10.1590/0104-070720180002110016
- 42- Freeman, A., Mergl, R., Kohls, E., Székely, A., Gusmao, R., Arensman, E., ... & Rummel-Kluge, C. (2017). A cross-national study on gender differences in suicide intent. *BMC psychiatry*, 17(1), 234. doi: 10.1186/s12888-017-1398-8
- 43- World Health Organization (2019). *Suicide*.
- 44- Malmberg, A., Hawton, K., & Simkin, S. (1997). A study of suicide in farmers in England and Wales. *Journal of psychosomatic research*, 43(1), 107-111. doi: 10.1016/S0022-3999(97)00114-1
- 45- Viswanathan, D. J., Veerakumar, A. M., & Kumarasamy, H. (2019). Depression, suicidal ideation, and resilience among rural farmers in a drought-affected area of Trichy District, Tamil Nadu. *Journal of neurosciences in rural practice*, 10(2), 238. doi: 10.4103/jnrp.jnrp_257_18

- 46- Chinnasamy, P., Hsu, M. J., & Agoramoorthy, G. (2019). Groundwater storage trends and their link to farmer suicides in Maharashtra State, India. *Frontiers in public health*, 7, 246. doi: 10.3389/fpubh.2019.00246.
- 47- Alpino, T. A., Sena, A. R. M. D., & Freitas, C. M. D. (2016). Disasters related to droughts and public health—a review of the scientific literature. *Ciencia & saude coletiva*, 21, 809-820. doi: 10.1590/1413-81232015213.21392015
- 48- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions [Eurofound]. (2015). *New forms of employment*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. doi:10.2806/937385.
- 49- Pino, F. A. (2014). Sazonalidade na agricultura. *Revista de Economia Agrícola*, 61(1), 63-93.
- 50- Batista, P. H. A., & de Souza Campos, M. (2013). 03) Precariedade e Trabalho Sazonal no Agronegócio: Trabalhadores sob o Contrato de Safra no Município de São Gotardo-MG. *Revista Brasileira de Educação e Cultura| RBEC| ISSN 2237-3098*, (8), 44-65.
- 51- Mendes, J. M. R., & Werlang, R. (2015). Da violência contra si: a autodestruição por meio do suicídio no meio rural no Rio Grande do Sul/Brasil. P. Broggio, S. Carroll, Introduction. *Violence and peacemaking in early modern Europe: a comparative perspective* 4 A. Musin, *Le droit de vengeance et son déclin dans les Pays-Bas (XIV e-XVI e siècles)* 9 CS Rose, *Justice in the Contado: Rural Vendetta and Urban Authority in Bologna, 1600* 17, 150. doi: 10.13134/2282-3301/620
- 52- Pignati, W. A., Lima, F. A. N. D. S., Lara, S. S. D., Correa, M. L. M., Barbosa, J. R., Leão, L. H. D. C., & Pignatti, M. G. (2017). Distribuição espacial do uso de agrotóxicos no Brasil: uma ferramenta para a Vigilância em Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22, 3281-3293. doi: 10.1590/1413-812320172210.17742017.
- 53- Peres, F., & Moreira, J. C. (2003). *É veneno ou é remédio? Agrotóxicos, saúde e ambiente*. Editora Fiocruz.
- 54- Ferraz, H.B. (2007). A última colheita. *Rev Galileu*.
- 55- Meyer, T. N., Resende, I. L. C., & de Abreu, J. C. (2007). Incidência de suicídios e uso de agrotóxicos por trabalhadores rurais em Luz (MG), Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 32(116), 24-30. doi: 10.1590/S0303-76572007000200004.

- 56- Lima, A. L. A. (2015). Perfil sociodemográfico das pessoas que cometeram suicídio no período de 2007 a 2013 em Arapiraca, Alagoas, e a possível exposição aos agrotóxicos (Doctoral dissertation).
- 57- Carneiro, F. F. (2015). Dossiê ABRASCO: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde. EPSJV/Expressão Popular.
- 58- Gregoire, A. (2002). The mental health of farmers. *Occupational Medicine*, 52(8), 471-476.
- 59- Buralli, R. J., Ribeiro, H., Iglesias, V., Muñoz-Quezada, M. T., Leão, R. S., Marques, R. C., ... & Guimarães, J. R. D. (2020). Occupational exposure to pesticides and health symptoms among family farmers in Brazil. *Revista de Saúde Pública*, 54, 133.
- 60- Gonçalves, L. R., Gonçalves, E., & Oliveira Júnior, L. B. D. (2011). Determinantes espaciais e socioeconômicos do suicídio no Brasil: uma abordagem regional. *Nova Economia*, 21(2), 281-316.
- 61- Arya, V., Page, A., River, J., Armstrong, G., & Mayer, P. (2018). Trends and socio-economic determinants of suicide in India: 2001–2013. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 53(3), 269-278.
- 62- Durkheim, E. (2000). *O suicídio: estudo de sociologia*. São Paulo: Martins Fontes.
- 63- Henig, E. V., & dos Santos, I. Â. (2016). Políticas públicas, agricultura familiar e cidadania no Brasil: o caso do PRONAF. *Revista Brasileira de Políticas Públicas*, 6(1), 256-269

5.2. ARTIGO 2: PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO PENSAMENTO DE MORTE OU IDEIAÇÃO SUICIDA EM AGRICULTORES

Artigo submetido na revista *Plos One*.

Resumo

Objetivou-se analisar a prevalência e os fatores associados ao pensamento de morte ou ideação suicida em agricultores. Estudo transversal, realizado entre 2019 e 2020 com 450 agricultores do Rio Grande do Norte. Avaliou-se a prevalência da ideação suicida através do Inventário de Ideação Suicida de Beck, e foram analisadas variáveis sociodemográficas, de saúde, renda, trabalho e uso abusivo do álcool. Utilizou-se o Teste Qui-quadrado para comparar as proporções do desfecho entre as categorias de cada variável. A Regressão de Poisson com variância robusta foi usada para analisar os fatores associados e estimar as razões de prevalências (RP). A prevalência do pensamento de morte ou ideação suicida foi de 12,4% (IC95% 9,69-15,84) e, na análise bivariada, esteve associada às variáveis sociodemográficas, de saúde, renda e trabalho. No modelo multivariado final, as variáveis que permaneceram significativas e estiveram associadas à maior prevalência de OS/IS foram: sexo feminino (RP=3,28), diagnóstico de transtorno mental na família (RP=2,37), presença de transtorno mental comum (RP=2,50), uso abusivo do álcool (RP=2,22) e relação trabalhista – assalariado ou temporário (R=1,91). Desse modo, o pensamento de morte e a ideação suicida em agricultores estão associados principalmente a aspectos de saúde, especialmente saúde mental, ao trabalho e ao sexo feminino, e sinaliza para a necessidade do fortalecimento das políticas públicas de prevenção do suicídio com o direcionamento de estratégias efetivas para o trabalhador rural.

Palavras-chave: Ideação suicida, saúde mental, fazendeiros, população rural.

Introdução

O comportamento suicida configura-se como uma conduta autodeliberada com o propósito de provocar um dano ou morte, e pode ser compreendido como um interim entre a ideação suicida, a qual se constitui todo o processo de motivação e planejamento do comportamento suicida; tentativas de suicídio e que podem culminar no ato de suicidar (ABREU et al, 2010; WERLANG; BORGES; FENSTERSEIFER, 2005).

Os dados referentes à mortalidade por suicídio são preocupantes em todo o mundo. Mundialmente, verifica-se mais de 800 mil mortes por suicídio a cada ano, representando 1,4% de todas as causas de mortes (11,4 óbitos por 100 mil habitantes), sendo considerado, portanto, prioridade em saúde pública devido sua magnitude. (WHO; BACHMMAN, 2018). No Brasil, entre os anos 2011 e 2016, foi observado uma taxa de mortalidade de 5,5/100 mil habitantes (ABP, 2014; BRASIL, 2017; MOREIRA; BASTOS, 2015; WHO, 2014).

Este problema de saúde pública constitui-se como um importante agravo à saúde da população em suas diferentes dimensões, e representa uma tendência temporal e de forte magnitude (FERNANDES et al, 2020; RIBEIRO et al, 2018; DEÇA JÚNIOR et al, 2019; SANTOS et al, 2017). Nesse contexto, a população rural, especialmente os agricultores, encontram-se em risco de mortalidade por suicídio em decorrência da vulnerabilidade e exposição a diferentes fatores associados às condições de vida e ao trabalho no campo, que podem somar-se e mascarar outros problemas, como situações de miséria, desemprego e dificuldades de acesso aos serviços de educação e saúde (MACEDO; SILVA; BEZERRA, 2018; COSTA et al, 2015).

Um estudo de revisão sistemática que analisou 167 artigos sobre a saúde mental dos agricultores, sobretudo em países desenvolvidos, observou que as quatro influências mais citadas sobre a saúde mental dos agricultores foram, além da exposição a pesticidas, dificuldades financeiras, variabilidades climáticas/seca e problemas de saúde física/ lesões anteriores (YAZD, WHEELER, ZUO, 2019). Parte desses fatores também possuem influência no comportamento suicida dos agricultores, e já são elucidados na literatura, como os aspectos relacionados a saúde mental – presença de transtornos mentais, e o uso de agrotóxicos. (FREIRE; KOIFMAN, 2013; KIM, SHIN, LEE, 2013)

Além do fenômeno suicida em si, a concepção do ato é um amplo desafio e ameaça para a saúde dos agricultores. Estudos realizados em diferentes regiões do mundo mostraram uma prevalência significativa de ideação suicida em agricultores; e as diferenças encontradas entre eles podem resultar da variabilidade dos instrumentos utilizados para mensuração do desfecho analisado, levando a uma heterogeneidade dos resultados (MARI, J. J., & WILLIAMS, P. A., 1986). Na Nigéria, por exemplo, 29,7% dos agricultores relataram ideação suicida (SWEETLAND et al, 2018). No Brasil, porém, ainda são escassos os estudos que apresentem dados robustos acerca desse objeto de análise. Apenas um estudo realizado no Piauí, com

população residente em assentamentos rurais, identificou uma prevalência de ideação suicida de 13,4% (MACEDO, SILVA, BEZERRA; 2018).

No Rio Grande do Norte, Santos, Barbosa e Severo (2018), ao realizarem uma análise espaço-temporal da mortalidade por suicídio, entre os anos 2000 e 2015, evidenciaram a presença de conglomerados de altas taxas para a variável população rural, corroborando com dados de Dutra (1997) e Roehe (2013), que encontraram um índice significativo de suicídio em agricultores (16,2%). Foi observado ainda que a região do Seridó potiguar apresentou as maiores taxas de suicídio. Por sua vez, esses dados refletem um estudo realizado por Botega (2010), em que o município de Caicó ocupou o 3º lugar entre as 20 cidades brasileiras, com pelo menos 50 mil habitantes, com maiores coeficientes de suicídio do país.

Assim, diante do crescimento da mortalidade por suicídio em todo o mundo, da importância do reconhecimento precoce de populações em risco e da lacuna existente na literatura brasileira acerca dos fatores associados a ideação suicida em agricultores, faz-se necessário conhecer e refletir sobre frequência desse problema e os fatores associados nessa população, para que seja possível (re)pensar um modelo de saúde mais resolutivo e equânime, em consonância com a política de promoção da saúde, sobretudo do trabalhador rural, e em busca da prevenção do suicídio. Logo, o objetivo desse estudo foi identificar a prevalência e os fatores associados ao pensamento de morte e ideação suicida em agricultores.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal, com dados coletados no período de agosto de 2019 a março de 2020, de agricultores do município de Caicó-RN. O município de Caicó está situado na microrregião do Seridó, na mesorregião Central Potiguar, a 283 km da capital do estado do Rio Grande do Norte. A população estimada para o ano de 2019 é de 67.952 pessoas e a densidade populacional de 55,31 habitantes/km². Possui Índice de Desenvolvimento Humano de 0,710, predomínio do bioma caatinga e sua principal atividade econômica é a pecuária, a agricultura familiar e os serviços (IBGE, 2020).

A população do estudo foi composta por agricultores cadastrados no Sindicato dos Trabalhadores Rurais Agricultoras e Agricultores Familiares (STRAAF) do município de Caicó-RN. Os trabalhadores cadastrados possuem diversas vantagens, como: assessoria jurídica, atendimento médico e odontológico gratuito e convênios municipais com facilidades para benefícios do governo, como o cadastro do programa Bolsa Família (BRASIL, 2003).

Foram considerados como critérios de inclusão para este estudo: ser cadastrado no STR e ter idade igual ou superior a 18 anos; e critério de exclusão ter idade igual ou superior a 80 anos, o que constituiu uma população de 2.000 pessoas.

Para o cálculo do tamanho da amostra para populações finitas, foi considerada a prevalência de ideação suicida em populações rurais de 13% (Macedo, Silva e Bezerra, 2018). Considerando a margem de erro absoluta de 3%, 15% de taxa de não resposta, proporção estimada do evento de 13% e a população finita de 2000 agricultores, a amostra calculada correspondeu a 450 agricultores. A alocação dos participantes foi realizada através de uma amostragem aleatória simples em que todos os elementos da população foram incluídos (2.000 indivíduos). As entrevistas foram realizadas no domicílio, após consentimento, por entrevistadores previamente treinados.

A variável dependente foi a “pensamento de morte ou ideação suicida”, analisada pelo Beck Scale for Suicide Ideation (Beck & Steer, 1991). A escala de Beck é um instrumento composto de 21 questões, e as 19 primeiras questões refletem gradações da gravidade do desejo, atitudes e planos suicidas. Os dois últimos itens são de caráter informativo e fornecem importantes subsídios sobre o paciente, a respeito do número de tentativas prévias de suicídio e quanto á seriedade da intenção de morrer, na última delas. Para esta escala não são recomendados pontos de corte específicos, e por isso, segundo os autores, todos os participantes que tiveram respostas diferentes de 0 nos itens 1,2,3, 4 ou 5 da Escala de Beck, possuem “pensamento de morte ou ideação suicida”.

As variáveis independentes foram agrupadas em três categorias, a saber: **1) sociodemográficas** - sexo (masculino; feminino), faixa etária em anos (18-39, 40-59 e 60 ou +), raça/cor da pele (branca e outras, parda, preta), estado civil (casado; solteiro/divorciado; viúvo), possui religião (sim; não), acesso a saneamento – coleta de lixo e abastecimento de água da rede pública (sim; não), escolaridade (sem escolaridade, até o Ensino Fundamental, Ensino médio ou Ensino Superior) e local de moradia (zona urbana; zona rural). **2) Aspectos de saúde** - autoavaliação de saúde (Muito boa/boa; regular; ruim/muito ruim), presença de Transtorno mental Comum- TMC (sim, não), diagnóstico de transtorno mental na família (sim; não), já realizou tratamento para saúde mental (sim; não), tabagismo (sim; não), uso abusivo do álcool (sim; não), nos últimos 12 meses, você procurou e conseguiu ter atendimento de saúde (sim; não), a família é atendida pelo Agente Comunitário de Saúde (sim; não). **3) Renda e trabalho** – atualmente está ocupado (sim; não), renda individual mensal (sem renda; menor que um

salário mínimo; um salário mínimo; acima de um salário mínimo), possui algum endividamento agrário com bancos, parentes ou agiotas (sim; não), tem acesso a algum programa de crédito governamental para a agricultura (sim; não), nos últimos dois anos, perdeu, parcialmente ou totalmente a produção (sim; não), possui contato com agrotóxico (sim; não), número de horas diárias de trabalho (<6h; >6h), relação trabalhista que possui (proprietário da terra, arrendatário, assalariado/temporário). Esses dados foram coletados a partir de uma versão adaptada do questionário sócio-demográfico-ambiental elaborado pelo Laboratório de Análises Estratégicas da UFRN/Departamento de Geologia (COSTA, 2014).

O uso abusivo do álcool foi analisado pelo questionário CAGE (*Cut down, Annoyed by criticism, Guilty e Eye-opener*) (MASUR,1983). Esse questionário é composto por quatro perguntas: 1) Alguma vez o Sr.(a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber? 2) As pessoas o (a) aborrecem porque criticam o seu modo de beber? 3) O Sr.(a) se sente culpado pela maneira com que costuma beber? 4) O Sr.(a) costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?. O uso abusivo do álcool é considerado quando há resposta afirmativa a pelo menos duas perguntas do questionário.

A variável presença de Transtorno Mental Comum foi analisada pelo questionário SRQ-20 (*Self-Reporting Questionnaire*). Este questionário foi desenvolvido originalmente por Harding e cols. (1980) e validado ao longo dos anos em várias amostras da população brasileira, por diversos pesquisadores (Palácios e cols., 1998; Fernandes & Almeida Filho, 1997; Santos, Carvalho & Oliveira, 2016). Ele aborda a presença de sintomas físicos e psíquicos que podem ter incomodado nos últimos 30 dias. No presente estudo, para classificar a presença de TMC, foram utilizados os pontos de corte de ≥ 5 para os homens e ≥ 7 para as mulheres, conforme o observado no trabalho de Mari & Williams (1986), que relataram sensibilidade de 83% e especificidade de 80%. E para a população acima de 60 anos foi aplicado o ponto de corte de ≥ 4 para ambos os sexos, conforme descrito no trabalho de Scazufca et al. (2009), que demonstrou a validade do SRQ-20 em uma população de idosos, encontrando o ponto de corte ≥ 4 como o de melhor sensibilidade e especificidade para ambos os sexos.

Foi realizada uma análise descritiva dos participantes do estudo pelas frequências absolutas e relativas. Foi aplicado o teste Qui-quadrado para comparar as proporções do desfecho entre as categorias de cada variável. A Regressão de Poisson com variância robusta foi usada para analisar os fatores associados e estimar as razões de prevalências (RP). A análise múltipla foi construída baseando-se no conjunto de variáveis que apresentaram um valor de p

< 0,20 na análise bivariada. A entrada das variáveis no modelo foi feita de acordo com a ordem crescente do valor de p. O modelo final foi composto apenas pelas variáveis que permaneceram significativas no modelo ($p < 0,05$). Os dados foram analisados usando o pacote estatístico Stata 13 (StataCorp LP, College Station, Estados Unidos), com nível de significância adotado de 5%.

Esse estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (CEP-HUOL-UFRN) sob o registro CAAE 15532919.5.0000.5292 em 05 de julho de 2019 e está em consonância com as diretrizes para pesquisas em seres humanos no Brasil de acordo com a Resolução 466 de dezembro de 2012. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes da condução das entrevistas.

Resultados

Dos 450 agricultores que foram incluídos no estudo, 58,9% correspondem ao sexo masculino e quase metade dos trabalhadores estão na faixa etária entre 18-39 anos, sendo observado um maior percentual na faixa etária de 40-59 anos (41,3%). Mais da metade da amostra foi composta por pretos (9,3%) e pardos (43,5%), 70% eram casados, 85% possuíam escolaridade até o ensino fundamental e apenas 26,4% possui acesso a saneamento básico, com acesso a água de abastecimento e coleta de lixo regular; mais de 70% possui atividade religiosa. (Tabela 01).

Tabela 01: Análise descritiva e bivariada do pensamento de morte ou ideação suicida e sua associação com variáveis sociodemográficas de agricultores do município de Caicó-RN.

Variáveis	N(%)	Pensamento de morte ou Ideação suicida			Razão de Prevalências		
		%	IC95%	p-valor	RPbruta	IC95%	p-valor
Sexo							
Feminino	185 (41,11%)	16,22	11,55-22,28	0,043	1,65	1,01-2,70	0,045
Masculino	265 (58,90%)	9,81	6,75-14,04		1		
Idade							
18-39 anos	139 (30,90%)	14,39	9,44-21,30	0,207	1	0,54-1,74	0,923
40-59 anos	186 (41,33%)	13,98	9,67-19,77				
>60 anos	125 (27,78%)	8,00	4,34-14,28		0,55		
Estado Civil							
Casado	315 (70,00%)	13,97	10,54-18,27	0,326	1	0,31-1,31	0,230
Solteiro/divorciado	100 (22,22%)	9,00	4,72-16,47		0,64		
Viúvo	35 (7,78%)	8,57	2,73-23,80		0,61		

Cor da pele							
Brancos/outros	212 (47,11%)	10,38	6,91-15,28		1		
Pretos	42 (9,33%)	9,52	3,56-23,04	0,268	0,91	0,31-2,66	0,875
Pardos	196 (43,56%)	15,31	10,89-21,08		1,47	0,85-2,55	0,166
Escolaridade							
Ensino médio e superior	59 (13,11%)	10,17	4,59-21,00		1		
Ensino fundamental	256 (56,90%)	10,94	7,64-15,40	0,266	1,07	0,46-2,48	0,864
Sem escolaridade	135 (30,00%)	16,30	10,94-23,56		1,60	0,68-3,75	0,277
Possui religião							
Sim	332 (73,78%)	13,55	10,26-17,69		1		
Não	118 (26,22%)	9,32	5,21-16,11	0,232	0,68	0,36-1,28	0,241
Local Moradia							
Zona Urbana	34 (7,56%)	14,71	6,15-31,17		1		
Zona Rural	416 (92,44%)	12,26	9,43-15,79	0,678	0,83	0,35-1,95	0,675
Acesso saneamento							
Sim	108 (24,00%)	13,89	8,51-21,83		1		
Não	342 (76,00%)	11,99	8,93-15,89	0,602	0,86	0,49-1,49	0,601

IC95%:Intervalo de confiança 95% RP: Razão de prevalência.

Além disso, 48% autoavaliaram sua saúde como regular, ruim ou muito ruim; mais de 70% relatou ter algum familiar com diagnóstico de transtorno mental e 30% referiram já ter realizado algum tratamento para saúde mental (Tabela 02).

Tabela 02: Análise descritiva e bivariada do pensamento de morte ou ideação suicida e sua associação com variáveis de aspectos de saúde entre agricultores do município de Caicó-RN.

Variáveis	N(%)	Pensamento de morte ou Ideação suicida			Razão de Prevalências		
		%	IC95%	p-valor	RPbruta	IC95%	p-valor
Autoavaliação do estado de saúde							
Muito boa/boa	234 (52,00%)	12,39	8,73-17,29	0,973	1		
Regular/Ruim/Muito ruim	216 (48,00%)	12,50	8,69-17,64		1,00	0,61-1,64	0,973
Diagnóstico de Transtorno Mental na família							
Não	200 (44,44%)	6,00	3,42-10,29	<0,005	1		
Sim	250 (55,56%)	17,60	13,34-22,85		2,93	1,59-5,40	0,001
Transtorno Mental Comum							
Não	153 (34,00%)	6,54	3,53-11,76	0,006	1		
Sim	297 (66,00%)	15,49	11,78-20,08		2,36	1,22-4,56	0,010
Já realizou tratamento para Saúde Mental							

Não	332 (71,56%)	8,70	6,06-12,32	<0,005	1		
Sim	118 (28,44%)	21,88	15,51-29,91		2,51	1,55-4,07	<0,005
Tabagismo							
Não	327 (72,67%)	11,31	8,29-15,24	0,237	1		
Sim	123 (27,33%)	15,45	10,04-23,01		1,36	0,81-2,28	0,235
Uso abusivo de álcool							
Não	306 (68,00%)	9,80	6,92-13,69	0,013	1		
Sim	144 (32,00%)	18,06	12,56-25,24		1,84	1,31-2,99	0,014
Acesso serviços de saúde							
Sim	340 (75,56%)	13,53	10,27-17,61	0,220	1		
Não	110 (24,44%)	9,09	4,93-16,14		0,67	0,35-1,28	0,231
Cobertura atenção primária							
Sim	426 (94,67%)	12,21	9,41-15,68	0,520	1		
Não	24 (5,33%)	16,67	6,24-37,52		1,36	0,53-3,46	0,512

IC95%:Intervalo de confiança 95% RP: Razão de prevalência.

A prevalência do pensamento de morte ou ideação suicida entre agricultores foi de 12,44% (IC95% 9,69-15,84). Na análise bivariada, a ideação suicida esteve associada às variáveis sociodemográficas, de saúde e de renda e trabalho (Tabela 03).

Tabela 03: Análise descritiva e bivariada entre a ideação suicida e sua associação com aspectos de renda e trabalho de agricultores do município de Caicó-RN.

Variáveis	N(%)	Ideação suicida			Razão de Prevalências		
		%	IC95%	p-valor	RPbruta	IC95%	p-valor
Ocupado(a)							
Sim	313 (69,56%)	11,56	8,39-15,55	0,360	1		
Não	137 (30,44%)	14,60	9,58-21,59		1,26	0,76-2,11	0,359
Renda mensal							
Sem renda	30 (6,67%)	20,00	9,12-38,36	0,584	1,80	0,49-6,51	0,370
Até 1/2 salário	81 (18,00%)	13,58	7,64-22,98		1,22	0,36-4,06	0,743
1 salário	312 (69,33%)	11,54	8,42-15,60		1,03	0,34-3,15	0,947
Acima de 1 salário	27 (6,00%)	11,11	3,53-29,87		1		
Horas de trabalho diária							
< 6 horas	302 (67,11%)	11,92	8,70-16,10	0,848	1		
> 6 horas	111 (24,67%)	12,61	7,58-20,24		1,05	0,59-1,88	0,848
Relação trabalhista							
Proprietário	307 (68,22%)	12,70	9,40-16,93	0,031	1		
Arrendatário	84 (18,67%)	5,95	2,47-13,60		0,46	0,19-1,15	0,099
Assalariado ou temporário	46 (10,22%)	21,74	12,01-36,10		1,71	0,91-3,18	0,091
Acesso ao Crédito							

Sim	215 (47,78%)	14,88	10,70-20,32	0,136	1	0,40-1,13	0,140
Não	217 (48,22%)	22 (10,14)	6,75-14,94		0,68		
Possui dívidas							
Não	235 (52,22%)	11,49	7,98-16,26	0,488	1	0,72-1,96	0,489
Sim	197 (43,78%)	13,71	9,55-19,28		1,19		
Perda de produção							
Não	149 (33,11%)	14,77	9,89-21,45	0,284	1	0,45-1,26	0,284
Sim	269 (59,78%)	11,15	7,89-15,52		0,75		
Contato com agrotóxicos							
Não	264 (58,67%)	14,39	10,63-19,19	0,162	1	0,37-1,18	0,169
Sim	146 (32,44%)	9,59	5,74-15,58		0,66		

IC95%:Intervalo de confiança 95% RP: Razão de prevalência.

Variáveis que apresentaram $p < 0,200$ na análise bivariada foram testadas no modelo multivariado: sexo feminino; diagnóstico autorreferido de transtorno mental na família; transtorno mental comum; realizou tratamento para saúde mental; uso abusivo do álcool e relação trabalhista – assalariado ou temporário.

No modelo multivariado final, as variáveis que permaneceram significativas e estiveram associadas à maior prevalência de IS foram: sexo feminino (RP=3,28), presença de transtorno mental comum (RP=2,50), diagnóstico de transtorno mental na família (RP=2,37), uso abusivo do álcool (RP=2,22) e relação trabalhista – assalariado ou temporário (R=1,91) (Tabela 04).

Tabela 04: Modelo multivariado entre a ideação suicida e sua associação com variáveis sociodemográficas, trabalhista e de saúde de agricultores do município de Caicó-RN.

Variáveis	RP ajustada	IC95%	p-value
Sexo Feminino	3,28	1,92-5,61	<0,005
Diagnóstico de Transtorno Mental na família	2,37	1,30-4,31	0,004
Transtorno Mental Comum	2,50	1,31-4,73	0,005
Uso abusivo do álcool	2,22	1,31-3,73	0,003
Relação trabalhista - assalariado ou temporário	1,91	1,02-3,57	0,040
Constante	0,48	0,02-0,10	<0,005

IC95%:Intervalo de confiança 95% RP: Razão de prevalência.

Discussão

O presente estudo identificou a prevalência do pensamento de morte ou ideação suicida em agricultores no município de Caicó/RN, e mostrou a associação desse desfecho com diferentes variáveis relacionadas aos aspectos sociodemográficos, de saúde – sobretudo de saúde mental, e trabalho.

Enquanto a prevalência encontrada neste estudo foi semelhante à de um estudo realizado na China, em que 9,68% da população de agricultoras – noras imigrantes, apresentaram ideação suicida, na África rural, foram encontradas prevalências elevadas nas regiões da Nigéria (29,7%) e Uganda (21,3%). No entanto, nesses estudos, os autores não utilizaram a Escala de Beck para mensuração da ideação suicida. Logo, as distintas prevalências podem ser explicadas pelas diferenças nos instrumentos utilizados e métodos de análise empregados (QIN et al, 2015; SWEETLAND et al, 2018).

Desse modo, é imprescindível que os estudos utilizem instrumentos com alta especificidade e sensibilidade para identificação do desfecho. Nesse sentido, ao considerar a ideação suicida, a Escala de Beck é considerada padrão-ouro no mundo, embora existam também outras ferramentas de mensuração elucidadas na literatura (VAN SPIJKER ET AL, 2014; HARRIS ET AL, 2015; SPITZER, 1999; MARI, J. J., & WILLIAMS, P. A., 1986).

É importante destacar que muitos estudos são realizados em populações rurais em detrimento de um olhar direcionado para os agricultores. Nesse sentido, os fatores associados a população rural, no geral, podem diferir daqueles observados nos agricultores, e podem mascarar uma distinta realidade entre esses grupos (KOSARAJU et al, 2015).

Neste estudo, especialmente, os fatores que mostraram associação com a ideação suicida em agricultores, e estiveram relacionados aos aspectos de saúde mental, foram: presença de TMC e diagnóstico de transtorno mental na família. Em outros estudos, também foram relatados aspectos relacionados a saúde mental dos agricultores associados a ideação suicida, como depressão (MC LAREN, CHANTAL, 2009), sofrimento mental (SWEETLAND ET AL, 2018) e falta de apoio social (JOO et al, 2016).

Os TMC são caracterizados por sintomas depressivos, estados de ansiedade, irritabilidade, fadiga, insônia, dificuldade de memória e concentração e queixas somáticas (GOLDBERG; HUXLEY, 1992). No Brasil, autores de uma pesquisa feita no estado do Rio

Grande do Sul mostrou que 47,9% dos agricultores entrevistados, apresentaram TMC (MORIN; STUMM, 2018). No Canadá, também foi observado uma elevada prevalência de sofrimento psicológico nos agricultores (61,9%) (JONES-BITTON et al, 2020).

As explicações para esses achados estão associadas a inúmeros fatores, como o trabalho na agricultura e o uso de agrotóxicos. Embora não tenha sido observado uma associação entre o uso de agrotóxicos e a presença de ideação suicida, é importante considerar que os estudos indicam que a exposição prolongada aos pesticidas pode gerar sequelas neurocomportamentais e, conseqüentemente, quadro de depressão (FREIRE, KOIFMAN, 2013). Destaca-se, ainda, que muitos agricultores possuem receio ao relatar o uso de agrotóxicos na agricultura em virtude das implicações legais que podem apresentar com a comercialização e uso ilegal desses produtos, bem como por possuírem conhecimento das conseqüências negativas para a saúde da população com o uso dessas substâncias.

Neste estudo, o alto índice de TMC também pode ser explicado pelas condições laborais, estresse, dificuldades financeiras, períodos de seca – característico do agreste nordestino, dificuldade de acesso aos serviços de saúde, aspectos culturais em que há estigma e preconceito em buscar ajuda profissional para problemas de saúde mental, sintomas psicossomáticos que não são percebidos pelos profissionais da atenção básica que olham apenas para o sintoma e não para o indivíduo como um todo, ainda no *modis operanti* do modelo biomédico.

No meio rural, as modificações estruturais no processo de modernização do campo transformaram as relações trabalhistas. Neste estudo, foi observada associação entre relação trabalhista e ideação suicida nos agricultores, e aqueles assalariados ou com vínculos temporários apresentaram maiores prevalências de ideação suicida. As intensas pressões, principalmente na base de produção e no agronegócio globalizado, em que os agricultores respondem às demandas do mercado internacional e não às necessidades locais, com ausência do controle sobre o processo de produção; o desenvolvimento desigual, com mão de obra barata; a concentração fundiária e os conflitos de terra, tem provocado intenso sofrimento nessa população (ELIAS, 2015; MONTANARI CORRÊA, 2019; NEVES et al, 2020).

Além disso, os trabalhadores assalariados ou com vínculos trabalhistas temporários apresentam peculiaridades que sustentam as explicações para as maiores prevalências de ideação suicida nesse estudo. De um lado, a incerteza quanto ao futuro e as possibilidades de se manter empregado. Do outro, as longas e exaustivas jornadas de trabalho as quais são

submetidos, desencadeando fatores que podem refletir no comportamento suicida, como o estresse e a ansiedade

Apesar de a maior parte da amostra desse estudo ser do sexo masculino, foi observado uma associação entre ideação suicida e o sexo feminino. É importante destacar que, no que tange ao público das mulheres, especialmente aquelas inseridas dentro de um contexto de trabalho rural, o risco de desenvolvimento de transtornos mentais é significativamente maior do que os homens; todavia, ainda são consideradas escassas as ações preventivas e curativas (FURTADO, et al 2019).

As mulheres estão socialmente mais expostas a piores condições de trabalho, sobretudo instáveis e mal remunerados, e tendem a externalizar mais queixas relacionadas à saúde mental, e apresentarem tendência ao comportamento suicida não letal, como ideação e tentativas de suicídio. Por outro lado, os homens, no geral, apresentam maiores dificuldades para lidarem com seus sentimentos e expressar demandas associadas à saúde mental; como consequência disso, o suicídio torna-se mais prevalente. No Brasil, entre os anos 2011 e 2016 foi observado que o número e suicídios entre os homens foi quatro vezes maior que nas mulheres. Todavia, o número de tentativas registradas de mulheres (69%) superou o dobro do total de homens (31%) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

A realização do trabalho produtivo na agricultura de base familiar pelas mulheres ainda é pouco visível e não é valorizado. Isso se deve, sobretudo, à concepção de que as atividades por elas desenvolvidas são extensão do doméstico, limitando-se às tarefas historicamente entendidas como papel feminino. Entretanto, a produção familiar é protagonizada pelas mulheres, na medida em que realizam tanto as tarefas agrícolas quanto as domésticas (FILIPANK, 2017).

Adicionalmente, a maior prevalência de ideação suicida entre as mulheres também pode ser explicada pela cultura patriarcal e o burnout parental, uma vez que a mulher acumula diversas funções como: trabalhar fora de casa, cuidar dos filhos, da casa e do marido. Ressalta-se que o burnout parental é caracterizado por exaustão emocional em relação ao cuidado com o filho, distanciamento emocional do filho e sensação de realização pessoal comprometida relacionada à parentalidade (BROWN et al, 2020).

Desse modo, o sofrimento das mulheres rurais está associado tanto às questões de saúde mental, como também ao sofrimento do corpo pelas exaustivas jornadas de trabalho, em

atividades diárias diante da exposição ao sol e ao uso de agrotóxicos fomentado pelo agronegócio (PULGA, 2018). Outro dado importante refere-se à violência doméstica vivenciada pelas mulheres rurais. Segundo a Organização Mundial da Saúde, os dados de violência (física, sexual e psicológica) são maiores em populações rurais do que em urbanas (World Health Organization, 2015).

Na China, a ideação suicida esteve associada a violência doméstica em agricultoras (QIN et al, 2015). Embora não tenha sido objeto de investigação neste estudo, recomenda-se que futuras investigações aprofundem a possível associação entre violência e ideação suicida entre agricultoras mulheres. Assim, esse contexto impacta na integridade e na saúde das mulheres rurais, e implica na maior atenção da sociedade e na consecução de políticas públicas necessárias para transformação dessa realidade, sobretudo na vigilância e prevenção das diferentes formas de violência, que podem refletir no desenvolvimento de ideação suicida

Outro fator que esteve associado a ideação suicida nos agricultores desse estudo refere-se ao uso abusivo do álcool. Um estudo também realizado no Rio Grande do Norte mostrou que as ocupações que mais fazem uso problemático de álcool são de agricultor (56,71%), inclusive no padrão de dependência (MACEDO, DIMENSTEIN, LEITE, DANTAS, 2016). No Rio Grande do Sul, por sua vez, a prevalência de transtornos mentais relacionados ao uso de álcool foi de 8,4% (JAEGER, MOLA, SILVEIRA 2018).

Diversos fatores relacionados ao uso abusivo do álcool podem levar à ideação suicida. O uso da substância provoca sensações de euforia, libertação e prazer, e pode ser utilizado pelos agricultores numa tentativa de mitigar o sofrimento causado pelos determinantes sociais, econômicos e culturais inerentes a vida no campo. Essas sensações, a partir de um uso abusivo e contínuo do álcool, são substituídas por momentos depressivos e alterações emocionais capazes de reduzir o raciocínio e pensamento lógico, podendo gerar quadros psicóticos momentâneos com consequências graves, como o comportamento suicida (LOUREIRO; ARAUJO, 2018). Logo, o uso do álcool pode aumentar a impulsividade e intensificar os pensamentos depressivos e a ideação suicida, uma vez que inibem as funções cognitivas e a capacidade de enfrentamento (CARBALLO et al, 2020).

Além disso, as consequências do uso abusivo do álcool, como as perdas que o indivíduo possui ao longo da vida, as relações sociais fragilizadas, conflitos familiares, e os danos físicos ou financeiros, também podem ser considerados fatores que culminem no comportamento

suicida. Nesse sentido, intervenções de aconselhamento e estratégias direcionadas para prevenção do uso de álcool e outras drogas e tratamento para os agricultores dependentes do álcool, sobretudo na atenção primária à saúde, devem ser repensadas como forma de reduzir os impactos gerados na saúde, sobretudo na saúde mental e, conseqüentemente, como prevenção do suicídio (MINTO et al, 2007).

Outros fatores associados a ideação suicida são relatados na literatura, porém não foram observados na presente análise. Alguns estudos apresentam associação entre a seca e o suicídio de agricultores. Em países como Austrália, observou-se que o aumento na temperatura máxima mensal e no índice de seca esteve associado ao suicídio de agricultores (HANIGAN et al, 2012). Para Camurça, Alencar, Cidade e Ximenes (2016), as implicações psicossociais da seca tendem a produzir insegurança quanto ao futuro, sentimentos de desânimo e tristeza. Esses fatores impactam nos modos de vida e processos de cuidado em saúde, e afetam substancialmente a saúde mental dessas pessoas, podendo levar a ocorrência de pensamentos suicidas traduzidos no medo e desesperança.

Aliado a isso, a dificuldade no acesso aos serviços de saúde se constitui como um importante elemento a ser considerado no contexto rural, uma vez que pode estar associado tanto à menor possibilidade de diagnóstico precoce de transtornos mentais, quanto a deficiência de cuidados em saúde no geral. No entanto, além de não ter sido observado neste estudo uma associação entre a ideação suicida e o acesso aos serviços de saúde, a maior parte dos agricultores relatou possuir acesso a esses serviços.

Esse achado direciona para a necessidade do reconhecimento e da investigação de barreiras que interfiram na busca de ajuda, principalmente entre os agricultores com TMC e naqueles com transtornos mentais na família. Aspectos relacionados a uma melhor acessibilidade aos serviços de saúde, a distância física dos serviços e o estigma presente na população e nos profissionais responsáveis pelo cuidado em saúde e educação, podem explicar as possíveis relações associativas entre o desfecho e merecem investigação em estudos futuros. Nesse sentido, um olhar integral e uma assistência em saúde mental efetiva, principalmente para esse grupo, deve ser empregado como forma de reduzir a ideação suicida.

Ter acesso ao serviço de saúde e cobertura da atenção primária sinalizam, portanto, para possíveis fatores de proteção do desfecho analisado, dada a intrínseca relação entre a equipe da atenção primária e os agricultores; o vínculo bem estabelecido deve, portanto, ser valorizado

para acolher o sofrimento psíquico dessas pessoas. Além disso, embora neste estudo não tenha sido considerado objeto de estudo o acesso aos serviços de saúde, futuras pesquisas podem aprofundar esta análise, uma vez que ter acesso não significa ter qualidade no atendimento, acolhimento e cuidado adequado. Ademais, os resultados deste estudo apontam para a necessidade de sensibilizar e capacitar os profissionais de saúde para que estes estejam atentos para investigar sinais e sintomas de TMC, para ter um cuidado integral pautado na promoção da saúde mental e prevenção do suicídio

É importante considerar que a rede de saúde do município de Caicó, local de realização do estudo, é constituída por serviços de diferentes níveis de complexidade de atenção à saúde. No âmbito da saúde mental, o município dispõe de serviços como um Centro de Atenção Psicossocial III, Centro de Atenção Psicossocial Álcool de Drogas, e Residência Terapêutica. Este centro, por sua vez, trata-se de um serviço de saúde mental especializado para as situações de crise, como as ideações suicidas.

Destaca-se, ainda, que no Brasil não existem diretrizes constituídas quanto à atenção e ao cuidado específico para as populações do campo, sobretudo com enfoque para a saúde mental (COSTA, DIMENSTEIN, LEITE, 2015; DIMENSTEIN et al, 2017). Nesse sentido, o cuidado em saúde mental nas áreas rurais, principalmente no Nordeste do Brasil, ainda representa um importante desafio. Isso, porque, ainda são escassos os serviços e recursos direcionados ao tratamento e diagnóstico dos transtornos mentais nesses locais, e acabam sendo restritos a uma assistência medicamentosa, sem um olhar integral para as necessidades do indivíduo, traduzindo, portanto, a fragilidade na rede de atenção em saúde mental nesse cenário (FURTADO et al, 2019).

Apesar de existir a Política Nacional à Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta de 2013, no Brasil, não existe nenhuma referência acerca das particularidades territoriais e socioculturais que delimitam os modos de vida dessas populações e, conseqüentemente, as necessidades de saúde, os modos de adoecer e de cuidado (DANTAS, DIMENSTEIN, LEITE, TORQUATO, MACEDO 2018).

Além disso, embora a atenção primária a saúde tenha sido reconfigurada para ampliar o processo e práticas de trabalho e cuidado, a partir da instauração da Estratégia Saúde da Família (ESF), e que nesse estudo a maior parte dos entrevistados residam em áreas com cobertura da ESF, ainda são observadas dificuldades no olhar dos profissionais de saúde para lidar com as

experiências em saúde mental, principalmente no que diz respeito ao reconhecimento precoce do indivíduo em sofrimento mental. Tais dificuldades também possuem uma dimensão técnica, mas também ética, uma vez que o preconceito e estigma ainda perpetuam no cuidado a esses usuários. Intervenções em saúde mental devem promover novas possibilidades de modificar e qualificar as condições e modos de vida, orientando-se pela produção de vida e de saúde e não se restringindo à cura de doenças (CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA, SAÚDE MENTAL, BRASIL, 2013; AOSANI, NUNES, 2013; MACEDO, DIMENSTEIN, LEITE, DANTAS, 2016).

Para Alves e Rodrigues (2010), existem importantes elementos que definem os determinantes sociais da saúde mental, como educação, emprego, habitação, exclusão social e eventos de vida estressantes. Assim, todo o processo de transformações no campo gera implicações na saúde mental dos agricultores, contribuindo para a presença de ideação suicida.

Nesse sentido, é importante destacar que alguns aspectos sociodemográficos inerentes aos participantes dessa pesquisa podem representar uma maior vulnerabilidade ao sofrimento mental e, conseqüentemente, a ideação suicida, como a baixa escolaridade. Apenas 13% da população estudada possui ensino médio e/ou superior completo, e aproximadamente 1/3 não possui escolaridade.

O baixo nível escolar é considerado um fator de risco para a ideação suicida, e existem estudos que estabelecem uma relação de que quanto maior o grau de escolaridade menor a ideação suicida, e que a maior mortalidade por suicídio está centralizada nos grupos de menos escolaridade (VASCONCELOS-RAPOSO et al., 2016; BRASIL, BOLETIM EPIDEMIOLOGICO SUICIDIO 2019).

Na maioria das vezes, possuir um alto nível de escolaridade está associado a melhores oportunidades de emprego, reduzindo, portanto, a possibilidade de dívidas externas, uma vez que o endividamento possui associação com o comportamento suicida (BHISE; BEHERE, 2016). Inclusive, nesse estudo, quase metade dos agricultores relataram endividamento. Além disso, as condições de vida e, conseqüentemente, um melhor acesso aos serviços de saúde e autocuidado também são fortalecidos quando o indivíduo apresenta um grau de instrução maior, podendo prevenir ou controlar fatores de risco proximais de mortalidade por suicídio, como abuso do álcool e a depressão (LEE, 2009).

É preciso refletir, porém, que um maior grau de escolaridade pode proporcionar uma melhor qualidade de vida em relação aos determinantes sociais e, em algumas situações, autoconhecimento e habilidades emocionais para enfrentamento de situações estressantes na vida. No entanto, neste estudo, não foi observada associação entre escolaridade e ideação suicida ou pensamento de morte. As explicações para esse achado podem decorrer das características de vida dos agricultores: uma vida árdua, em que as pessoas não vislumbram melhoria das suas condições de vida, refletindo, portanto, na desesperança, considerada um fator de risco que atua como mediador entre a depressão e a ideação suicida.

Algumas limitações desse estudo devem ser consideradas, como aquelas inerentes aos estudos transversais: viés de seleção, uma vez que foram selecionados apenas os agricultores associados ao Sindicato dos Trabalhadores Rurais no município onde a pesquisa foi realizada. Ademais, o uso do instrumento utilizado para coleta de dados não foi autoaplicado pelos participantes, tendo em vista as dificuldades encontradas na leitura e interpretação das perguntas associados a baixa escolaridade dos participantes e consequente dificuldade na leitura, além do risco de esquecimento durante as respostas, o que pode culminar em um viés de informação, a saber o viés de memória.

Sendo assim, os resultados desse estudo apontam que o pensamento de morte e a ideação suicida em agricultores está associada principalmente a aspectos de saúde, especialmente saúde mental, ao trabalho e ao sexo feminino, e sinaliza para a necessidade do fortalecimento das políticas públicas de prevenção do suicídio com o direcionamento de estratégias efetivas para o trabalhador rural.

Uma das principais estratégias, nesse sentido, refere-se à consecução de ações de saúde mental, bem como o reconhecimento precoce dos agricultores em sofrimento mental. Com o diagnóstico precoce, os sentimentos de desesperança, vivenciados sobretudo durante períodos de estiagem, podem ser melhor enfrentados, reduzindo os pensamentos suicidas e, consequentemente, a mortalidade por essa causa.

REFERÊNCIAS

1. Abreu KP, Lima MAD, S Kohlrausch E, Soares JF. Comportamento suicida: fatores de risco e intervenções preventivas. *Revista Eletrônica De Enfermagem*. 2010; 12(1). <https://doi.org/10.5216/ree.v12i1.9537>.

2. Werlang BSG, Borges VR, Fensterseifer L. Fatores de risco ou proteção para a presença de ideação suicida na adolescência. *Revista Interamericana de psicologia/ interamerican journal of psychology*. 2005; 39: 2, 259-266.
3. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World Health Organization; 2014.
4. Bachmann S. Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. *Int J Environ Res Public Health*. 2018; 15:7.
5. Suicídio: informando para prevenir / Associação Brasileira de Psiquiatria, Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio. – Brasília: CFM/ABP; 2014.
6. Secretaria de Vigilância Epidemiológica. Suicídio: saber, agir e prevenir. Brasília/DF (Brasil): Ministério da Saúde; 2017.
7. Moreira LCO, Bastos PRHO. Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: revisão de literatura. *Psicol. Esc. Educ*. 2015; 19(3):445-453. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2175-3539/2015/0193857>.
8. Fernandes FY et al. Tendência de suicídio em adolescentes brasileiros entre 1997 e 2016. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2020; 29(4). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-49742020000400025>.
9. Ribeiro NM, Castro SS, Scatena LM, Hass VJ. Análise da tendência temporal do suicídio e de sistemas de informações em saúde em relação às tentativas de suicídio. *Texto contexto - enferm*. 2018; 27(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180002110016>.
10. D'eca junior A et al. Mortalidade por suicídio na população brasileira, 1996-2015: qual é a tendência predominante?. *Cad. saúde colet*. 2019; 27(1):20-24. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201900010211>.
11. Santos EGO, Oliveira YOMC, Azevedo UN, Nunes ADS, Barbosa IR. Análise espaço-temporal da mortalidade por suicídio em idosos no Brasil. *Rev. bras. geriatr. gerontol*. 2017; 20(6):845-855. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.170115>.
12. Macedo JP, Silva BIBM, Bezerra LLS. Ideação suicida em assentamentos rurais no Piauí. *Revista Psicologia em Pesquisa*, 2018; 12(3).
13. Costa C, Loureiro AF, Santana P. (Org.) (2015). Suicídio em contextos de privação social e material nas Áreas Metropolitanas de Lisboa e Porto. In: Santana, P. (Org.).

- Territórios e saúde mental em tempos de crises. Portugal: Universidade de Coimbra. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14195/978-989-26-1105-1>
14. Yazd SD, Wheeler SA, Zuo A. Key risk factors affecting farmers mental health: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2019; 16(23):4849. Available from: doi: 10.3390/ijerph16234849.
 15. Freire C, Koifman S. Pesticides, depression and suicide: a systematic review of the epidemiological evidence. *International journal of hygiene and environmental health*. 2013; 216(4):445-460. Available from: doi: 10.1016/j.ijheh.2012.12.003.
 16. Kim J, Shin, D, Lee WJ. Suicidal ideation and occupational pesticide exposure among male farmers. *Environmental research*. 2014; 128:52-56. Available from: doi: 10.1016/j.envres.2013.10.007.
 17. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. JAMA*. 1999;282(18):1737-44.
 18. Beck, a.t.; Steer, r.a. Manual for the Beck scale for suicide ideation. San Antonio, TX: Psychological Corporation, v. 63, 1991.
 19. Mari JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. *Br J Psychiatry* 1986; 148:23-6.
 20. Sweetland AC, Norcini P, A, Mootz J, Kao JCW, Carlson C, Oquendo MA, Wainberg M. Insegurança alimentar, sofrimento mental e ideação suicida na África rural: Evidências da Nigéria, Uganda e Gana. *Int. J. Soc. Psychiatry*. 2019; 65:20–27.
 21. Santos EGO, Barbosa IR, Severo AKS. Análise espaço-temporal da mortalidade por suicídio no rio grande do norte no período de 2000 a 2015. *Cien Saude Colet*. 2018; 25(2):. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.11042018>
 22. Dutra E. Epidemiologia do suicídio no RN: 1985 a 1996. *Anais da 50ª Reunião da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência, Natal-RN*. 1997.
 23. Dutra E, Roehen M. Suicídio de agricultores no Rio Grande do Norte: compreensão fenomenológica preliminar dos aspectos existenciais. *Psicologia em Revista*. 2013; 19(1):108-118. Disponível em: 10.5752/P.1678-9563.2013v19n1p108
 24. Botega N. Prevenção do suicídio. *Debates: psiquiatria hoje, Rio de Janeiro*, n1, p10-15, jan/fev 2010.
 25. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Cidades e estados, Brasil, 2020*.

26. Brasil. Lei no 10.836, de 9 de janeiro de 2004, que cria o Programa Bolsa Família, e dá outras providências [Internet]. Brasília, DF; 2003.
27. Cunha JA. Manual da versão em português das Escalas de Beck. São Paulo: casa do psicólogo, 2016.
28. Costa MGSG. Gênero, trabalho e saúde mental entre trabalhadoras rurais assentadas na Região do Mato Grande Potiguar. Tese, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. 2014.
29. Masur J, Monteiro M. Validation of the CAGE alcoholism screening test in Brazilian Psychiatry inpatient hospital setting. *J Biol Res*, 1983; 16:215-8.
30. Harding TW, De Arango MV, Baltazar J, Climent CE, Ibrahim HHA, Ladrado-Ignacio L, et al. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychol Med*. 1980; 10:231-41.
31. Palácios M, Jardim S, Ramos A, Silva Filho JF. Validação do Self-Report Questionnaire-20 (SRQ-20) numa população de trabalhadores de um banco estatal no Rio de Janeiro, Brasil. In: Silva Filho JF, Jardim S, organizadores. *A danação do trabalho: organização do trabalho e sofrimento psíquico*. Rio de Janeiro: Te Corá Editora; 1998:225-41.
32. Fernandes SRP, Almeida Filho N. Validação do SRQ-20 em amostra de trabalhadores de informática. *Rev Bras Saúde Ocup* 1997; 24:105-12.
33. Santos, K. O. B., Carvalho, F. M., & Araújo, T. M. de. Internal consistency of the self-reporting questionnaire-20 in occupational groups. *Revista De Saúde Pública*. 2016; 50:6. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006100>.
34. De Jesus Mari J, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. *The British Journal of Psychiatry*. 1986; 148(1):23-26.
35. Scazufca M, Menezes PR, Vallada H, Araya R. Validity of the self reporting questionnaire-20 in epidemiological studies with older adults: Results from the Sao Paulo Ageing & Health Study. *Social Psychiatr. Psychiatr. Epidemiol*. 2009;44:247-54.
36. Qin Q, Jin Y, Zhan S, Yu X, Huang F. Suicidal ideation among rural immigrant daughters-in-law with multi-roles as fe-males, farmers and immigrants in China. *Psychol. Health Med*. 2015;21:608–617.

37. Spikzer BAJ et al. The suicidal ideation attributes scale (SIDAS): community-based validation study of a new scale the measurement of suicidal ideation. *Suicide Life Threat Behav.* 2014; 44(4):408-19. Available from: doi: 10.1111/sltb.12084.
38. Harris KM, Syu J, Lello OD, Chew YLE, Willcox CH, Ho RHM. The ABC's of suicide risk assessment: applying a tripartite approach to individual evaluations. *Plos one*, 2015. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0127442>
39. *Johnson WB, Lall R, Bongar B, Nordlund MD*
Suicide Life Threat Behav. Verão de 1999; 29 (2): 165-85.
40. Spitzer RL, Lrpemle L, Williams JB. Validation and utility of a self-report version of PRIME-ME. *JAMA.* 1999;282(18):1737-1744. Available from: doi:10.1001/jama.282.18.1737.
41. Kosaraju SKM, Vadlamani LN, Bashir MSM, Rao GLVC, Kalasapati LK. Risk factors for suicidal attempts among lower socioeconomic rural population of Telangana region. *Indian J. Psychol. Med.* 2015; 37:30–35.
42. McLaren S, Challis C. Resilience Among Men Farmers: The Protective Roles of Social Support and Sense of Belonging in the Depression-Suicidal Ideation Relation. *Death Stud.* 2009; 33:262–276
43. Joo Y, Roh S. Risk factors associated with depression and suicidal ideation in a rural population. *Environmental health and toxicology.* 2016;31. Available from: doi: 10.5620 / eht.e2016018.
44. Goldberg D, Huxley P. *Common mental disorders: a bio-social model.* New York: Tavistock/Routledge. London: Routledge, 1992.
45. Morin PV, Stumm EMF. Transtornos mentais comuns em agricultores, relação com agrotóxicos, sintomas físicos e doenças preexistentes. *Psico.* 2018; 49(2): 196-205. Disponível em: <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2018.2.26814>.
46. Jones-Bitton A et al. Stress, anxiety, depression, and resilience in Canadian farmers. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2020; 55, 229–236. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01738-2>
47. Freire C, Koifman S. Pesticides, depression and suicide: a systematic review of the epidemiological evidence. *Int J Hyg Environ Health.* 2013; 216(4):445-60. Available from: doi: 10.1016 / j.ijheh.2012.12.003.
48. Elias D. Reestruturação Produtiva da Agropecuária e Novas Regionalizações no Brasil. In: ALVES, V. E. L. (org.). *Modernização e Regionalização nos Cerrados do*

- Centro-Norte do Brasil: Oeste da Bahia, Sul do Maranhão e do Piauí e Leste de Tocantins. Rio de Janeiro: Consequência, 2015; 25-44.
49. Montanari CML. É alimento ou mercadoria? Soberania Alimentar, processo de exposição e imposição aos agrotóxicos e a relação alimento-saúde em municípios da Bacia do Juruena, Mato Grosso. Tese, Universidade Federal de Mato Grosso. 2019.
50. Neves MS, Pignati WA, Pignatti MG, Montanari CML. Determinação social do processo saúde-adoecimento mental de trabalhadores rurais no Brasil. *Aceno – Revista de Antropologia do Centro-Oeste*. 2020; 7(14):231-248.
51. Furtado FMSF, Saldanha AAW, Moleiro CMM, Silva J. Transtornos Mentais Comuns em Mulheres de Cidades Rurais: prevalência e variáveis correlatas. *Saúde e Pesquisa*. 2019; 1:129-140. Disponível em: DOI: 10.17765/2176-9206.2019v12n1p129-140
52. Brasil. Ministério da Saúde. Setembro Amarelo: Ministério da Saúde Lança Agenda Estratégica de Prevenção do Suicídio. Brasília, 2017.
53. Filipank A. Políticas públicas para mulheres rurais no Brasil (2003- 2015): análise a partir da percepção de mulheres rurais e de movimentos sociais. 2017. Tese, Universidade Estadual Paulista. 2017.
54. Pulga V, Mezadri A. Promoção de autonomia e saúde das mulheres camponesas a partir da prática agroecologia. In: *Mulheres camponesa: semeando agroecologia colhendo saúde e autonomia*. Porto Alegre, Rede Unida, p.13-18, 2018.
55. World Health Organization. Preventing youth violence: an overview of the evidence. Geneva: World Health Organization; 2015.
56. Macedo JP, Dimenstein M, Leite J, Dantas C. Condições de vida, pobreza e consumo de álcool em assentamentos rurais: desafios para atuação e formação profissional. *Pesqui. Prát. Psicossociais*. 2016; 11(3). Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082016000300003&lng=pt&nrm=iso>.
57. Jaeger GP, Mola CL, Silveira MF. Transtornos relacionados ao uso de álcool e fatores associados em zona rural do Brasil. *Rev. Saúde Pública*. 2018; 52:1. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000262>.
58. Loureiro MC, Araújo LMB. Álcool e comportamento suicida. *Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria*. 2018; 22:1.

59. Carballo JJ et al. Psychosocial risk factors for suicidality in children and adolescents. *European child & adolescent psychiatry*. 2020; 29(6):759-776. Disponível em: pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30684089/.
60. Minto EC, Corradi-Webster CM, Gorayeb R, Laprega MR, Furtado ER. Intervenções breves para o uso abusivo de álcool em atenção primária. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2007; 16(3). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742007000300007>.
61. Hanigan IC, Butler CD, Kokic PH, Hutchinson MF. Suicide and drought in New South Wales, Australia, 1970-2007. 2012; 109(35):13950-55. Available from: <https://doi.org/10.1073/pnas.1112965109>.
62. Camurça CES, Alencar AB, Cidade EC, Ximenes VM. Consecuencias de la sequía en la vida de los residentes del noreste rural de Brasil. *Avances en psic latin* 2016; 35(1). Disponível em: <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.4394>.
63. Costa MG, Dimenstein M, Leite J. Estratégias de cuidado e suporte em saúde mental entre mulheres assentadas. *Revista Colombiana de Psicología*. 2015; 24(1):13-29. Disponível em: doi:10.15446/rcp.v24n1.41968.
64. Dimenstein M, Siqueira K, Macedo JP, Leite J, Dantas C. Determinação social da saúde mental: contribuições à psicologia no cuidado territorial. *Arq. bras. psicol*. 2017; 69(2), 72-87. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672017000200006&lng=pt&nrm=iso.
65. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional à Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, Brasília-DF.2013.
66. Dantas CMB, Dimenstein M, Leite JF, Torquato J. A pesquisa em contextos rurais: desafios éticos e metodológicos para a psicologia. *Psicologia & Sociedade*. 2018; 30.
67. BRASIL. Ministério da Saúde. CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA, SAÚDE MENTAL, Brasília-DF, 2013.
68. Aosani TR, Nunes KG. A saúde mental na atenção básica: a percepção dos profissionais de saúde. *Rev. Psicol. Saúde*. 2013; 5:2, 71-80.
69. Alves AAM, Rodrigues NFR. Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2010; 28:2, 127-131.
70. Vasconcelos-Raposo J et al. Níveis de ideação suicida em jovens adultos. *Estud. psicol. (Campinas)*. 2016,33:2, 345-354. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-02752016000200016>.

71. Bhise MC, Behere PB. Risk Factors for Farmers' Suicides in Central Rural India: Matched Case-control Psychological Autopsy Study. *Indian J. Psychol. Med.* 2016; 38:560–566.
72. Lee W, Khang Y, Noh M, Ryu J, Son M. Hong y. Trends in educational differentials in suicidemortality between 1993-2006 in Korea. *Yonsei medical jornal.* 2009; 50(4):482-492. Disponível em: <https://synapse.koreamed.org/search.php?where=aview&id=10.3349/ymj.2009.50.4.482&code=0069YMJ &vmode=FULL>.
73. Brown SM, Doom JR, Lechuga-Peña S, Watamura SE, Koppels T. Stress and parenting during the global covid-19 pandemic. *Child Abuse Negl.* 2020;110(Pt2):104699. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104699>.

5.3. ARTIGO 3: PENSAMENTO DE MORTE, COMPORTAMENTO SUICIDA, AGROTÓXICOS E SAÚDE MENTAL DOS AGRICULTORES: UM ESTUDO CASO-CONTROLE

Artigo em fase de submissão.

Resumo

Objetivou-se analisar a magnitude e os fatores associados ao pensamento de morte e comportamento suicida em agricultores. Estudo transversal, cuja coleta de dados se deu entre 2019 e 2020 com 450 agricultores de um município do Rio Grande do Norte. Avaliou-se os fatores associados ao comportamento suicida – ideação suicida e tentativa de suicídio, através do Inventário de Ideação Suicida de Beck, e foram analisadas variáveis sociodemográficas, de saúde, renda, trabalho e uso abusivo do álcool. Utilizou-se um poder do estudo de 80%, nível de significância de 0,05 e quatro controles por caso; e para compensar possíveis perdas, aumentou-se 15%. O tamanho da amostra final foi definido em 62 casos e 288 controles. A análise bivariada e multivariada foi conduzida por meio da Regressão Logística, pela análise da Odds ratio (OR) considerando o $p \leq 0,05$. Foram observadas associação positiva e significativa entre o pensamento de morte/comportamento suicida e ter diagnóstico de transtorno mental na família (OR=2,30), ter transtorno mental comum (OR=3,16), ter realizado previamente tratamento para saúde mental (OR=3,08), realizar trabalho assalariado ou temporário (OR=2,69) e ter tido intoxicação por agrotóxicos (OR=3,34). Dessa forma, os resultados desse estudo indicam que os aspectos de trabalho, a intoxicação por agrotóxicos e os fatores associados a saúde mental estão associados com o comportamento suicida em agricultores, e essa associação representam uma forte magnitude.

Palavras-chave: Ideação suicida; Tentativa de suicídio; Fazendeiros; agrotóxicos; Saúde mental.

Introdução

A agricultura representa uma atividade na qual os indivíduos estão vulneráveis ao sofrimento mental, decorrente dos medos e incertezas inerentes a vida e a atividade no campo, como a seca, dificuldade no acesso aos serviços de saúde, endividamento e a exposição ao uso de agrotóxicos (DAGHAGH, WHEELER, ZUO, 2019). Esses fatores podem estar associados

ao comportamento suicida, que pode ser caracterizado pela ideação suicida, planejamento, tentativa e o próprio suicídio (ABREU et al, 2010; WERLANG; BORGES; FENSTERSEIFER, 2005; BOTEGA, 2010; BERTOLOTE, 2013).

Considerando que a cada ano mais de 703 mil pessoas morre por suicídio em todo o mundo, diferentes populações estão sob risco de desenvolver o comportamento suicida e é, portanto, ameaça à saúde da população. Além disso, a maior crise sanitária, econômica, política e social do século XXI, decorrente da pandemia de SARS-CoV-2 (COVID-19), que tornou evidente as desigualdades sociais, potencializou ainda mais essa problemática ao afetar diretamente as relações de renda, a incerteza quanto ao futuro dos indivíduos e família e refletir, portanto, no sofrimento mental da população (WHO, 2021; JHU, 2020; HUSTAIN et al, 2020).

Estudos realizados em diferentes regiões mostraram elevadas e heterogêneas prevalências no comportamento suicida em agricultores. Em países como Nigéria e Uganda, foi observada uma prevalência de ideação suicida de 29,7% e 21,3% respectivamente. É importante considerar que as diferentes formas de medida do desfecho podem resultar na variação da prevalência encontrada. Ademais, os fatores associados ao comportamento suicida, elucidados na literatura, estão relacionados principalmente aos aspectos de saúde mental e ao uso de pesticidas no trabalho do campo (SWEETLAND et al, 2019).

A exposição prolongada ao uso de pesticidas na zona rural representa um importante problema de saúde pública e fator de risco ao comportamento suicida, uma vez que podem gerar sequelas neurocomportamentais na saúde da população, e podem evoluir para um quadro de transtornos mentais, como ansiedade e depressão. Esse dado, aliado a uma série de problemas econômicos e sociais, muitas vezes inerentes a vida no campo, pode levar ao suicídio (FREIRE; KOIFMAN, 2013; KIM, SHIN, LEE, 2013).

Além disso, o uso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), como uma das formas de mitigar o desenvolvimento do comportamento suicida a partir da contaminação pelo uso de pesticidas na agricultura, representa uma das principais fragilidades neste meio. Isso, porque, diferentes estudos apontam tanto para um aumento na probabilidade de contaminação dos trabalhadores rurais em algumas atividades pelo uso inadequado, como pela falta de conscientização e adoção do uso de tais equipamentos em decorrência, principalmente, do desconforto físico provocado (KRAEMER; SOARES, 2021; VEIGA et al, 2007).

No Brasil, estudos realizados no Rio Grande do Norte identificaram relações entre suicídio, população rural e agricultores a partir da presença de conglomerados de altas taxas de mortalidade nesse grupo (DUTRA; 1997, ROEHE 2013; SANTOS, BARBOSA E SEVERO, 2018). Botega (2010) referiu, também, que o município de Caicó, no interior do estado, ocupou o 3º lugar entre as 20 cidades brasileiras, com pelo menos 50 mil habitantes, com maiores coeficientes de suicídio do país entre os anos 2006-2010; e Lins (2019) mostrou que este município apresentou a maior prevalência de suicídio em agricultores entre os anos 2000-2015 (29,4%).

Dessa forma, as pesquisas científicas e o incremento de estratégias de rastreamento de agricultores com comportamento suicida, sobretudo no âmbito da Atenção Primária à Saúde, são imperativas tanto para que esta população obtenha visibilidade nacional diante deste problema de saúde pública, quanto para o diagnóstico prévio de sofrimento mental e do comportamento suicida, a fim de refletir na redução da mortalidade por suicídio nesse grupo. Ressalta-se, ainda, a necessidade de fiscalização na comercialização e utilização de pesticidas na agricultura, bem como na disponibilidade e uso de EPIs, como forma de gerar menos impactos na saúde, sobretudo saúde mental, desses trabalhadores.

A partir disso, será possível (re)pensar um modelo de saúde equânime e congruente com as políticas de promoção da saúde, saúde mental, saúde do trabalhador rural, sobretudo da agricultura familiar, e prevenção do suicídio. Logo, este estudo tem como objetivo investigar se os fatores socioeconômicos, laborais (sobretudo o uso de agrotóxicos, e de saúde mental) estão associados com o pensamento de morte e comportamento suicida em agricultores (aqui representados pela análise de pensamentos de morte, ideação suicida e tentativa de suicídio) e investigar qual a magnitude dessa associação.

Métodos

População e desenho do estudo

Estudo observacional com desenho do tipo caso-controle, recorte do projeto intitulado “*Fatores associados ao pensamento de morte e ideação suicida em agricultores do Rio Grande do Norte*”, que investigou as associações entre a ideação suicida e fatores socioeconômicos, laborais e de saúde em uma perspectiva transversal.

A população do estudo constituiu-se de agricultores cadastrados no Sindicato dos Trabalhadores Rurais Agricultores e Agricultoras Familiares (STRAAF) do município de

Caicó-RN, com dados coletados no período de agosto de 2019 a março de 2020. O município de Caicó está situado na microrregião do Seridó, na mesorregião Central Potiguar, a 283 km da capital do estado do Rio Grande do Norte. A população estimada para o ano de 2019 foi de 67.952 pessoas e a densidade populacional de 55,31 habitantes/km². Possui Índice de Desenvolvimento Humano de 0,710, predomínio do bioma caatinga e sua principal atividade econômica é a pecuária, a agricultura familiar e os serviços (IBGE, 2020).

Tamanho amostral

Na perspectiva de estimar razão de chances (OR) = 2,5 e probabilidade 0,2 de exposição entre os controles, planejou-se o cálculo do tamanho amostral para estudo de caso e controle pareados. Definiu-se um poder do estudo de 80%, nível de significância de 0,05 e quatro controles por caso; e para compensar possíveis perdas, aumentou-se 15%. O tamanho da amostra final foi definido em 62 casos e 288 controles.

Seleção dos casos e controles

A população do estudo foi composta por agricultores cadastrados no Sindicato dos Trabalhadores Rurais Agricultores e Agricultoras Familiares (STRAAF) do município de Caicó-RN. Foram considerados como critérios de inclusão para este estudo: ser cadastrado no STRAAF e ter idade igual ou superior a 18 anos, o que constituiu uma população de 2.000 pessoas. A alocação dos participantes foi realizada através de uma amostragem aleatória simples em que todos os elementos da população foram incluídos (2.000 indivíduos). As entrevistas foram realizadas no domicílio, após consentimento, por entrevistadores previamente treinados.

A variável dependente desse estudo foi denominada de “pensamento de morte ou comportamento suicida”, analisada pelo Beck Scale for Suicide Ideation (Beck & Steer, 1991). A escala de Beck é um instrumento composto de 21 questões, e as 19 primeiras questões refletem graduações da gravidade do desejo, atitudes e planos suicidas. Os dois últimos itens são de caráter informativo e fornecem importantes subsídios sobre o paciente, a respeito do número de tentativas prévias de suicídio e quanto à seriedade da intenção de morrer, na última delas. Para esta escala não são recomendados pontos de corte específicos, e por isso, todos os participantes que tiveram respostas diferentes de 0 nos itens 1,2,3, 4, 5 ou 20 da Escala de Beck, foi considerado tendo “pensamento de morte ou comportamento suicida”, sendo este último caracterizado pela presença da ideação suicida ou por tentativas prévias do suicídio.

O grupo controle foi constituído por indivíduos de 18 anos ou mais que tiveram respostas igual a 0 nos itens 1,2,3, 4, 5 e 20 da Escala de Beck. Buscou-se identificar os controles por sexo e na mesma faixa etária dos casos (18-39 anos; 40-59 anos; acima de 60 anos) na mesma população dos casos, na razão de quatro controles para cada caso.

Variáveis do estudo e instrumentos de coleta de dados

As variáveis independentes foram agrupadas em três categorias, a saber: **1) sociodemográficas** - sexo (masculino; feminino), faixa etária em anos (18-39, 40-59 e 60 ou +), raça/cor da pele (branca e outras, parda/preta), estado civil (casado; solteiro/divorciado; viúvo), possui religião (sim; não), renda (<1 salário mínimo, >1 salário mínimo), acesso a saneamento – coleta de lixo e abastecimento de água da rede pública (sim; não), número de residentes no domicílio (0-2 pessoas, 3-4 pessoas, >5 pessoas), escolaridade (sem escolaridade, Ensino Fundamental, Ensino médio/Ensino Superior) e local de moradia (zona urbana; zona rural). **2) Aspectos de saúde** - autoavaliação de saúde (Muito boa/boa; regular/ruim/muito ruim), presença de Transtorno mental Comum- TMC (sim, não), diagnóstico de transtorno mental na família (sim; não), já realizou tratamento para saúde mental (sim; não), tabagismo (sim; não), uso abusivo do álcool (sim; não), nos últimos 12 meses, você procurou e conseguiu ter atendimento de saúde (sim; não), a família é atendida pelo Agente Comunitário de Saúde (sim; não). **3) aspectos laborais** – atualmente está ocupado (sim; não), possui algum endividamento agrário com bancos, parentes ou agiotas (sim; não), tem acesso a algum programa de crédito governamental para a agricultura (sim; não), nos últimos dois anos, perdeu, parcialmente ou totalmente a produção (sim; não), possui contato com agrotóxico (sim; não), utiliza Equipamento de Proteção individual para manuseio de agrotóxicos (sim, não), já sofreu intoxicação por agrotóxicos (sim, não), número de horas diárias de trabalho (<6h; >6h), participa de quantas etapas da produção da lavoura (em todas as etapas, em uma das etapas, em nenhuma etapa), relação trabalhista que possui (proprietário da terra, arrendatário, assalariado/temporário). Esses dados foram coletados a partir de uma versão adaptada do questionário sócio-demográfico-ambiental elaborado pelo Laboratório de Análises Estratégicas da UFRN/Departamento de Geologia (COSTA, 2014).

O uso abusivo do álcool foi analisado pelo questionário CAGE (*Cut down, Annoyed by criticism, Guilty e Eye-opener*) (MASUR,1983). Esse questionário é composto por quatro perguntas: 1) Alguma vez o Sr.(a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber? 2) As pessoas o (a) aborrecem porque criticam o seu modo de beber? 3) O Sr.(a) se

sente culpado pela maneira com que costuma beber? 4) O Sr.(a) costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?. O uso abusivo do álcool é considerado quando há resposta afirmativa a pelo menos duas perguntas do questionário.

A variável presença de Transtorno Mental Comum foi analisada pelo questionário SRQ-20 (*Self-Reporting Questionnaire*). Este questionário foi desenvolvido originalmente por Harding e cols. (1980) e validado ao longo dos anos em várias amostras da população brasileira, por diversos pesquisadores (Palácios e cols., 1998; Fernandes & Almeida Filho, 1997; Santos, Carvalho & Oliveira, 2016). Ele aborda a presença de sintomas físicos e psíquicos que podem ter incomodado nos últimos 30 dias. No presente estudo, para classificar a presença de TMC, foram utilizados os pontos de corte de ≥ 5 para os homens e ≥ 7 para as mulheres, conforme o observado no trabalho de Mari & Williams (1986), que relataram sensibilidade de 83% e especificidade de 80%. E para a população acima de 60 anos foi aplicado o ponto de corte de ≥ 4 para ambos os sexos, conforme descrito no trabalho de Scazufca et al. (2009), que demonstrou a validade do SRQ-20 em uma população de idosos, encontrando o ponto de corte ≥ 4 como o de melhor sensibilidade e especificidade para ambos os sexos.

Análises dos dados

Inicialmente, foram realizadas análises descritivas de todas as variáveis investigadas por meio de suas distribuições de frequência, de acordo com os grupos caso e controle pelo teste do qui-quadrado (χ^2).

As análises bivariadas foram conduzidas usando-se a Odds ratio (OR), sendo que as variáveis que apresentaram nível descritivo (valor de p) menor que 0,20 foram selecionadas para o modelo múltiplo. Na análise múltipla, usou-se o modelo de regressão logística com procedimento passo a passo (stepwise backward), adotando-se nível de significância de $\alpha = 0,05$. A magnitude da associação entre o desfecho e as variáveis independentes foi estimada pela OR bruta e ajustada, com respectivos intervalos de 95% de confiança (IC95%). Para avaliar a qualidade de ajuste dos modelos, utilizaram-se as seguintes estatísticas: teste Hosmer & Lemeshow e pseudo R^2 Nagelkerke. O modelo final foi composto apenas pelas variáveis que permaneceram significativas no modelo ($p < 0,05$).

As variáveis de confusão consideradas no presente trabalho foram: sexo, idade, cor da pele e renda. Foram ajustados três modelos múltiplos: Modelo 1, incluindo as variáveis com significância estatística ($p < 0,05$), sem o ajuste das variáveis de confundimento; Modelo 2, incluindo as variáveis com significância estatística ($p < 0,05$), com o ajuste pelas variáveis de

confundimento; e o Modelo 3, uma análise estratificada para a variável “uso do EPI durante o manuseio de agrotóxicos”, incluindo as variáveis com significância estatística ajustadas pelas variáveis de confundimento.

Os dados foram analisados usando o pacote estatístico Stata 13 (StataCorp LP, College Station, Estados Unidos).

Aspectos éticos

Esse estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (CEP-HUOL-UFRN) sob o registro CAAE 15532919.5.0000.5292 em 05 de julho de 2019 e está em consonância com as diretrizes para pesquisas em seres humanos no Brasil de acordo com a Resolução 466 de dezembro de 2012. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes da condução das entrevistas.

Resultados

O grupo caso compreendeu 62 agricultores com pensamento de morte ou comportamento suicida, e o grupo controle 288 sem diagnóstico deste comportamento, conferindo uma razão entre os grupos de 1 por 4,6.

A distribuição das variáveis socioeconômicas entre os grupos caso e controle foi semelhante, não apresentando diferenças significativas (Tabela 01). A distribuição da faixa etária foi uniforme entre os grupos ($p=0.862$), sendo que 33.68% do grupo controle e 37.10% do grupo caso estavam na faixa etária de 18-39 anos; 19.44% do grupo controle e 19.35% do grupo caso estavam na faixa etária de 60 anos ou mais. A distribuição por sexo apresentou uniformidade entre os grupos ($p=0.563$), 47.57% do grupo controle e 51.61% do grupo caso pertenciam ao sexo feminino.

Tabela 05: Distribuições dos grupos controle e caso segundo características socioeconômicas e demográficas dos agricultores. Caicó, Rio Grande do Norte, Brasil.

Variáveis	Controle (n=288) n(%)	Casos (n=62) n(%)	p-valor	ORbruta	IC95%	P-valor
Estado Civil						
Casado	204 (70,83)	47 (75,81)		1		
Solteiro/divorciado	64 (22,22)	12 (19,35)	0,700	0,81	0,40-1,62	0,560
Viúvo	20 (6,94)	3 (4,84)		0,65	0,18-2,28	0,502

Cor da pele						
Brancos/outras	138 (47,92)	25 (40,32)	0,277	1	0,77-2,37	0,278
Pretos e pardos	150 (52,08)	37 (59,68)		1,36		
Escolaridade						
Ensino médio e superior	43 (14,93)	7 (11,29)	0,300	1	0,49-2,87	0,696
Ensino fundamental	170 (59,03)	33 (53,23)		1,19		
Sem escolaridade	75 (26,04)	22 (35,48)		1,80		
Possui religião						
Sim	206 (71,53)	48 (77,42)	0,346	1	0,38-1,40	0,347
Não	82 (28,47)	14 (22,58)		0,73		
Renda						
<1 salário mínimo	84 (29,17)	18 (29,03)	0,983	0,99	0,54-1,81	0,983
>1 salário mínimo	204 (70,83)	44 (70,97)		1		
Local Moradia						
Zona Urbana	16 (5,56)	5 (8,06)	0,450	1	0,23-1,90	0,453
Zona Rural	272 (94,44)	57 (91,94)		0,67		
Número de residentes						
0-2 pessoas	55 (19,10)	15 (24,19)	0,466	1,50	0,74-3,01	0,255
3-4 pessoas	154 (53,47)	28 (45,16)		1		
>5 pessoas	79 (27,43)	19 (30,65)		1,32		
Acesso saneamento						
Sim	61 (21,18)	17 (27,42)	0,284	1	0,38-1,32	0,286
Não	227 (78,82)	45 (72,58)		0,71		

IC95%: intervalo de 95% de confiança; OR: razão de chances

Foram observadas associações bivariadas entre o pensamento de morte/comportamento suicida e as variáveis: diagnóstico de transtorno mental na família ($p < 0,005$), ter Transtorno Mental Comum ($p = 0,003$), ter realizado tratamento prévio em saúde mental ($p < 0,005$), tabagismo ($p = 0,008$), uso abusivo do álcool ($p = 0,008$) (Tabela 02), relação trabalhista ($p = 0,001$), acesso ao crédito ($p = 0,066$) e ter tido intoxicação por uso de agrotóxicos ($p = 0,006$) (Tabela 03). Além dessas, as variáveis acesso a serviços de saúde, cobertura da Atenção Primária, uso de EPI para manuseio de agrotóxicos e as etapas de atuação na lavoura foram incluídas na análise multivariada, pois apresentaram $p < 0,200$.

Tabela 06: Distribuições dos grupos controle e caso segundo características de saúde dos agricultores. Caicó, Rio Grande do Norte, Brasil.

Variáveis	Controle (n=288) n(%)	Casos (n=62) n(%)	p-valor	ORbruta	IC95%	p-valor
Autoavaliação do estado de saúde						
Muito boa/boa	153 (53,13)	32 (51,61)	0,829	1	0,61- 1,84	0,829
Regular/Ruim/Muito ruim	135 (46,88)	30 (48,39)		1,06		

Diagnóstico de Transtorno Mental na família							
Não	141 (48,96)	13 (20,97)	<0,005	1	1,88-6,95	<0,005	
Sim	147 (51,04)	49 (79,03)		3,61			
Transtorno mental comum							
Não	120 (41,67)	13 (20,97)	0,002	1	1,39-5,18	0,003	
Sim	168 (58,33)	49 (79,03)		2,69			
Já realizou tratamento para Saúde Mental							
Não	218 (75,69)	28 (45,16)	<0,005	1	2,14-6,67	<0,005	
Sim	70 (24,31)	34 (54,84)		3,78			
Tabagismo							
Não	224 (77,78)	38 (61,29)	0,007	1	1,23-3,95	0,008	
Sim	64 (22,22)	24 (38,71)		2,21			
Uso abusivo de álcool							
Não	204 (70,83)	33 (53,23)	0,007	1	1,21-3,73	0,008	
Sim	84 (29,17)	29 (46,77)		2,13			
Acesso serviços de Saúde							
Sim	208 (72,22)	51 (82,26)	0,102	1	0,27-1,13	0,106	
Não	80 (27,78)	11 (17,74)		0,56			
Cobertura atenção primária							
Sim	275 (95,49)	56 (90,32)	0,104	1	0,82-6,21	0,112	
Não	13 (4,51)	6 (9,68)		2,26			

IC95%: intervalo de 95% de confiança; ORbruta: Odds ratio bruta

Tabela 07: Distribuições dos grupos controle e caso segundo características laborais dos agricultores. Caicó, Rio Grande do Norte, Brasil.

Variáveis	Controle (n=288) n(%)	Casos (n=62) n(%)	p-valor	ORbruta	IC95%	p-valor
Ocupado(a)						
Sim	208 (72,22)	42 (67,74)	0,479	1	0,68-2,23	0,479
Não	80 (27,78)	20 (32,26)		1,23		
Horas de trabalho diária						
< 6 horas	207 (75,82)	39 (70,91)	0,442	1	0,67-2,45	0,443
> 6 horas	66 (24,18)	16 (29,09)		1,28		
Relação trabalhista						
Proprietário	199 (70,82)	44 (70,97)	0,001	1	1,30-6,01	0,008
Arrendatário	61 (21,71)	5 (8,06)		0,37		
Assalariado ou temporário	21 (7,47)	13 (20,97)		2,79		
Acesso ao Crédito						
Sim	128 (46,04)	35 (59,32)	0,064	1	0,33-1,03	0,066
Não	150 (53,96)	24 (40,68)		0,58		
Possui dívidas						
Não	158 (56,83)	29 (49,15)	0,281	1		

Sim	120 (43,17)	30 (50,85)		1,36	0,77- 2,39	0,282
Perda de produção						
Não	96 (35,04)	25 (43,86)	0,208	1		
Sim	178 (64,96)	32 (56,14)		0,69	0,38-1,23	0,210
Contato com agrotóxicos						
Não	177 (65,07)	41 (71,93)	0,320	1		
Sim	95 (34,93)	16 (28,07)		0,72	0,38-1,36	0,321
Uso de EPI						
Sim	56 (29,79)	7 (16,28)	0,073	1		
Não	132 (70,21)	36 (83,72)		2,18	0,91- 5,19	0,078
Intoxicação por uso de agrotóxicos						
Não	200 (96,15)	39 (84,78)	0,003	1		
Sim	8 (3,85)	7 (15,22)		4,48	1,53-13,09	0,006
Etapa de atuação						
Nenhuma etapa	35 (12,82)	10 (17,54)		1		
Em alguma etapa	82 (31,50)	12 (21,05)	0,001	0,48	0,19-1,23	0,130
Em todas as etapas	152 (55,68)	35 (61,40)		0,80	0,36-1,78	0,594

IC95%: intervalo de 95% de confiança; ORbruta: Odds ratio bruta.

Na análise múltipla, observou-se associação positiva e significativa entre o pensamento de morte/comportamento suicida e ter diagnóstico de transtorno mental na família (OR=2,30), ter transtorno mental comum (OR=3,16), ter realizado previamente tratamento para saúde mental (OR=3,08), realizar trabalho assalariado ou temporário (OR=2,69) e ter tido intoxicação por agrotóxicos (OR=3,34) (Modelo 1). No Modelo 2, a magnitude da associação entre essas variáveis e o comportamento suicida foi maior com a inclusão das variáveis de confundimento, para as quais somente a variável ‘sexo’ apresentou associação estatisticamente significativa (Sexo masculino: OR=0,35), e por isso, optou-se por não apresentar as demais variáveis de ajuste na tabela. No Modelo 3, a análise estratificada para os indivíduos que não usam EPI na manipulação de agrotóxicos mostrou que a magnitude da associação entre essas variáveis ajustadas e o comportamento suicida foi maior que nos modelos 1 e 2 (Tabela 04).

Tabela 8: Modelos de regressão múltipla dos fatores associados ao pensamento de morte, comportamento suicida entre agricultores. Caicó, Rio Grande do Norte, Brasil.

Variáveis	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3
	ORajustada (IC95%)	ORajustada (IC95%)	ORajustada (IC95%)
Características de saúde			
Diagnóstico de Transtorno Mental na família			
Não	Referência	Referência	Referência

Sim	2,30 (1,01-5,26)	2,76 (1,16-6,52)	3,34 (0,94-11,87)
Transtorno mental comum			
Não	Referência	Referência	Referência
Sim	3,16 (1,26-7,90)	4,25 (1,63-11,10)	6,17 (1,77-21,47)
Já realizou tratamento para Saúde Mental			
Não	Referência	Referência	Referência
Sim	3,08 (1,45- 6,53)	2,36 (1,07- 5,19)	5,73 (2,03-16,18)
Características laborais			
Relação trabalhista			
Proprietário	Referência	Referência	Referência
Arrendatário	0,18 (0,03-0,89)	0,16 (0,03- 0,77)	0,23 (0,04- 1,27)
Assalariado ou temporário	2,69 (1,04-6,97)	3,49 (1,29-9,37)	6,70 (2,03-16,18)
Intoxicação por uso de agrotóxicos			
Não	Referência	Referência	Referência
Sim	3,34 (0,97-11,43)	4,94 (1,35- 18,02)	7,46 (1,24-44,63)
Variável de confundimento			
Sexo			
Masculino		0,35 (0,14-0,85)	0,29 (0,08-0,98)
Feminino		Referência	Referência

IC95%: intervalo de 95% de confiança; ORajustada: Odds ratio ajustado; Pseudo R² Modelo 1= 0.206; Pseudo R² Modelo 2= 0.229; Pseudo R² Modelo 3= 0.362;

Discussão

Este estudo identificou a associação e magnitude dos fatores socioeconômicos, laborais e de saúde com pensamentos de morte e comportamento suicida – representados pelos pensamentos de morte, ideação suicida e tentativa de suicídio, em agricultores no município de Caicó/RN.

No que diz respeito aos aspectos de saúde, especialmente saúde mental, os agricultores que relataram presença de transtorno mental na família, diagnóstico médico de TMC e que já realizaram tratamento para saúde mental apresentaram maiores chances de desenvolverem pensamentos de morte o comportamento suicida.

Esses achados corroboram com os estudos que apontam para associação entre pensamentos de morte/comportamento suicida e a presença de transtornos mentais, uma vez que os indivíduos com comorbidades psiquiátricas apresentam maior risco para esses fenômenos (BOTTEI et al, 2018; PLANS et al, 2019). Um estudo de revisão sistemática que analisou dados sobre transtornos mentais e suicídio identificou que o risco global de suicídio para indivíduos com transtornos mentais foi de 7,5 (TOO et al, 2019).

Outro, porém, mostrou que os usuários de substâncias psicoativas apresentaram redução da qualidade de vida e maior comprometimento da saúde mental, o que aumenta a probabilidade de comorbidades psiquiátricas associadas, como depressão, esquizofrenia, transtorno bipolar e ansiedade, sobretudo quando são utilizadas múltiplas substâncias. Essa associação, por sua vez, aumenta as chances de os indivíduos cometerem suicídio em até 5,7 vezes (MOREIRA et al, 2020).

Diante disso, os achados desse estudo apontam para necessidade de refletir sobre o tratamento prévio em saúde mental associado ao comportamento suicida, sobretudo ao se pensar que as chances de um agricultor apresentar comportamento suicida foram maiores naqueles que realizaram este tipo de tratamento. Se, por um lado, essa medida pode sinalizar as pessoas com diagnóstico prévio e necessidades específicas, sobretudo de cunho psíquico, por outro lado, os resultados e implicações desse tratamento são questionáveis.

É inegável a expansão da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), especificamente de Centros de Atenção Psicossocial em todo o Brasil. Contudo, a realidade da atenção em saúde mental no meio rural ainda se configura como um problema, sobretudo para os moradores de comunidades rurais. O acesso aos serviços é consideravelmente difícil, assim como a dinâmica organizacional dos mesmos não facilita a participação desses moradores na rede de atenção psicossocial (SILVA, DIMENSTEIN, LEITE, 2013).

As comunidades rurais, historicamente, sofrem com a falta de recursos que lhes permitam circular nos espaços urbanos onde estão se concentram a maioria dos equipamentos de saúde, sobretudo de saúde mental, de assistência e educação, voltados à população em geral (SILVA, DIMENSTEIN, LEITE, 2013).

Do mesmo modo, algumas dificuldades, como as longas distâncias, ausência de transportes e recursos financeiros, tornam esses serviços com características eminentemente urbanas que impossibilitam, na maioria das vezes, o acesso pela população rural. Logo, não é possível garantir o acesso aos serviços especializados sem esses recursos e, portanto, sem a contrapartida dos municípios e da gestão em saúde. Com essa realidade, muitos agricultores ficam limitados a aguardar os produtos da ação médica, principalmente, durante as visitas domiciliares (ROSA, 2011).

Além disso, o sofrimento nas áreas rurais está atrelado à baixa escolaridade, à maior dependência da família e às dificuldades laborais e financeiras (ESPAÑA, 2011), de modo que

a saúde dos trabalhadores rurais, especialmente dos agricultores, está condicionada, muitas vezes, pelo processo de exploração do trabalho no campo, e perpassa por fatores sociais, raciais, econômicos, de gênero, e a fatores de risco de natureza física, química, biológica, mecânica e ergonômica. Esse conjunto de fatores representa, portanto, um amplo desafio no sentido de enfrentamento pelas políticas públicas (HELFAND, ROCHA, & VINHAIS, 2009; KAGEYAMA, & HOFFMANN, 2006).

Outro ponto que merece destaque diz respeito ao despreparo dos profissionais de saúde que ainda se perpetua na maioria dos serviços de saúde durante a identificação e acolhimento, seja do indivíduo ou do familiar, em sofrimento mental, sobretudo da Atenção Primária à Saúde (APS), cuja assistência é baseada no modelo prescritivo queixa-conduta, visto que as necessidades de saúde possuem como resposta padrão o encaminhamento para consulta médica ou nível especializado (CIRILO NETO; DIMENSTEIN, 2017).

Assim, compreender o acolhimento como dispositivo para reorganização do processo de trabalho implica em interferir nos encaminhamentos para a consulta médica ou especializada de forma indiscriminada, contribuindo para vincular as necessidades dos usuários às diversas possibilidades de cuidado no território. Ao desfocar da função do médico como único protagonista do cuidado, amplia-se a clínica envolvendo diversos profissionais, incluindo diferentes abordagens e olhares distintos sobre os processos de adoecimento (CIRILO NETO; DIMENSTEIN, 2017).

Um estudo mostrou que o Agente Comunitário de Saúde (ACS) vem assumindo papel central no acolhimento da população de assentamentos rurais no Rio Grande do Norte, Brasil. Para Cirilo Neto e Dimenstein (2017), trata-se de um profissional que vem contribuindo na reelaboração das necessidades e facilitação de uma relação dialógica com a equipe. Nesse estudo, porém, os autores relatam a desresponsabilização de muitos profissionais com a saúde mental, de modo a sobrecarregar o trabalho dos agentes, que se veem solitários na tentativa de acolher problemas que em diversos momentos escapam à competência técnica

Torna-se necessário, portanto, o desenvolvimento de ações contínuas de capacitação para esses profissionais, sobretudo os ACS, a fim de que possam desenvolver atitudes menos moralistas e mais compassivas frente as pessoas com pensamento de morte ou comportamento suicida. Um estudo realizado com ACS do município de Caicó buscou avaliar as atitudes desses profissionais frente ao comportamento suicida e depois da capacitação voltada para o manejo de casos com risco de suicídio. Mostrou, por sua vez, que após capacitados, os ACS

apresentaram atitudes mais positivas sobre a capacidade para lidar com os pacientes (MEDEIROS; PINTO, 2020).

Por outro lado, no que diz respeito aos aspectos laborais, este estudo mostrou que a intoxicação pelo uso de agrotóxicos aumentou em quase 4 vezes as chances de os agricultores apresentarem comportamento suicida, e essas chances praticamente duplicaram em decorrência do fato de não usarem EPI's durante o trabalho na agricultura (OR=4,94 para OR=7,46).

É importante destacar que os agrotóxicos compreendem um grupo de substâncias que possuem como principal finalidade a proteção dos produtos agrícolas contra a ação de seres vivos nocivos e, por muitas vezes, ao serem utilizados de maneira incorreta, acabam por gerar riscos à saúde. O uso inadequado dessas substâncias, a alta toxicidade de certos produtos, a falta de utilização de EPI's e a precariedade dos mecanismos de vigilância são as maiores causas de doenças e intoxicações provocadas por essas substâncias (TAVARES et al, 2020).

Uma revisão da literatura identificou os principais agravos à saúde dos trabalhadores rurais que utilizavam agrotóxicos na produção agrícola, e destacou a intoxicação exógena aguda. Essa, por sua vez, é responsável por gerar uma série de sintomas, como náusea, vômito, cefaleia, tontura, desorientação, hiperexcitabilidade, irritação de pele e mucosas, dificuldade respiratória, hemorragia, convulsões, coma e até mesmo a morte (GOMES et al, 2018).

Dessa forma, a relação entre o uso de agrotóxicos e o desenvolvimento de comportamento suicida pode ser explicada, principalmente, pela exposição a agentes redutores da colinesterase, que podem causar mudanças comportamentais e levar ao suicídio entre pessoas, muitas vezes, deprimida ou ansiosa. Muitos pesticidas que são comumente utilizados no setor agrícola resultam em baixos níveis de colinesterase em pessoas expostas. No Canadá, também foi observado que a pulverização com pesticidas duplica as chances de suicídio (OR=1,71) (PICKET et al, 1998).

Embora alguns estudos evidenciem o conhecimento dos trabalhadores rurais, especialmente os agricultores, quanto a importância do uso de EPI's na atividade agrícola, outros, porém, negam a associação direta entre o uso de agrotóxicos e problemas de saúde, evidenciando a não utilização adequada desses equipamentos (VIEIRO et al, 2016; KRAEMER; SOARES, 2021).

Nesse sentido, os resultados desse estudo apontam para necessidade de uma maior fiscalização quanto ao uso de agrotóxicos e orientação para uso correto de EPI's durante a

atividade agrícola por parte dos órgãos competentes, sobretudo na agricultura familiar. Aqui, a produção agropecuária é realizada por pequenos produtores em que o sistema agropecuário é mantido pelo núcleo familiar, e o uso dessas substâncias, muitas vezes, empregada cultural e socialmente, e repassadas de geração em geração, fazem com que preceitos legais que regulamentam o trabalho e a segurança do trabalhador, sobretudo naqueles com vínculos formais, não sejam obedecidos (BRASIL, 2006).

Essa dinâmica, porém, torna-se complexa ao pensar que, se por um lado o uso incorreto e indiscriminado de agrotóxicos sem as devidas precauções provoca inúmeros danos à saúde dos agricultores, por outro, a falta de recursos financeiros muitas vezes impossibilita a disponibilidade desses equipamentos, fazendo com que os agricultores os utilizem erroneamente, buscando gerar um aumento na produtividade e, conseqüentemente, garantir o sustento da família.

Assim, um olhar atento para consecução de estratégias de diferentes esferas, como saúde e educação, que ofereçam apoio na disponibilidade dos materiais de proteção; a elaboração de ações voltadas para motivação e, principalmente, para importância do conhecimento e atuação sobre os fatores que influenciam na adesão ao uso desses equipamentos, podem ser consideradas formas de mitigar esse agravo à saúde do trabalhador rural, especialmente do agricultor familiar.

Outro fator importante de ser considerado diz respeito ao sexo masculino que, neste estudo, representou menores chances de desenvolverem o comportamento suicida ($OR=0,35$) quando comparado ao sexo feminino. Diferentes estudos colocam a figura da mulher, dentro do comportamento suicida, como aquela que apresenta os maiores coeficientes associados às tentativas de suicídio e ideação suicida. Por outro lado, os maiores casos de suicídio ocorrem em homens, explicado, principalmente, pelo uso de métodos mais agressivos e letais para a morte (STRUSZCZYK; GALDAS, TIFFIN, 2019).

Ainda nesse contexto, apesar das transformações sociais ocorridas e da evidência dos movimentos em prol uma sociedade justa e igualitária, fortalecidos no início do século XX, onde a mulher tem mostrado cada vez mais a sua importância enquanto um ser com voz ativa e com capacidade de liderança de papéis relevantes na sociedade, pensar o comportamento suicida nesse grupo nos permite resgatar, também, a historicidade do sistema social

patriarcalista, ainda visível na sociedade atual, sobretudo no município de Caicó e no sertão nordestino.

Assim, os postos ocupados pela mulher como dona de casa, mãe e esposa, com limitação de cargos no mercado de trabalho, perdas de direitos políticos e sociais, e imersão no preconceito e desigualdade, associados a vida na agricultura, com jornadas exaustivas de trabalho, e em um espaço de vulnerabilidade que perpassa os limites sociais e culturais, como observado em Caicó, reverberam, portanto, em um aumento de sofrimento, ansiedade e estresse que impactam na saúde mental dessas mulheres (AZEVEDO, 2020).

Foi observado, ainda, que os agricultores com vínculos trabalhistas assalariados ou temporários apresentaram maiores chances de desenvolverem o comportamento suicida. Santos et al (2021) em um estudo de revisão sistemática da literatura observou que um dos fatores associados ao comportamento suicida em agricultores esteve associado aos aspectos inerentes aos vínculos trabalhistas, principalmente àqueles sazonais, em que a forma de trabalho temporário está associado a períodos do ano e setores específicos em detrimento de contratos prolongados ou vínculos assalariados.

Na agricultura familiar, por sua vez, é comum a ocorrência de vínculos trabalhistas sazonais, sobretudo no Nordeste do Brasil e no semiárido potiguar. Isso, porque, as variações climáticas condicionam as épocas de plantio e colheita, sendo a seca um dos importantes componentes nesse processo, fazendo com que o trabalho esteja associado a determinados períodos do ano. Dessa forma, a sazonalidade deste trabalho implica em precarização e inexistência de estabilidade financeira, constituindo, portanto, um dos importantes fatores de risco para o sofrimento mental no agricultor e, conseqüentemente, podendo leva-lo ao desenvolvimento do comportamento suicida.

Em contrapartida, os agricultores com vínculos trabalhistas assalariados estão, na maioria das vezes, mais expostos aos agrotóxicos. A partir disso, os achados desse estudo para esta categoria de trabalho na agricultura podem ser explicados principalmente pela maior exposição aos agrotóxicos e pela ausência ou ineficiência do uso de EPI's, uma vez que as chances de desenvolverem o comportamento suicida foram aproximadamente 2 vezes maiores naqueles que não usavam EPI's (OR=3,49 para OR=6,70).

Os aspectos relacionados ao trabalho na agricultura tornaram-se mais evidentes durante a pandemia provocada pelo SARS-CoV-2 (COVID-19) em todo o mundo, e foram levantadas

preocupações com a situação financeira e impactos na mortalidade por suicídio. Diversos registros de problemas de distribuição, escoamento da produção, logística de acesso e contaminações em unidades de processamento foram observados. Muitos agricultores também deixaram de colher sua safra porque não havia para quem vender, uma vez que muitos dos compradores suspenderam as compras ou até mesmo o acesso aos espaços usuais de venda (feiras livres e outros) foram proibidos (SCHNEIDER et al, 2020).

A quarentena vivenciada em todo o mundo, juntamente com o fechamento do comércio local, a suspensão de atividades educacionais presenciais e outras práticas tradicionais, proporcionou uma lentidão econômica, gerando impactos nas atividades desenvolvidas na agricultura brasileira, e de modo especial na agricultura familiar (NEPOMOCENO, 2021).

Dentre os diversos impactos observados na pandemia, a queda dos rendimentos dos trabalhadores, o aumento dos preços e a inflação sobre os alimentos apresentam-se como problemas emergentes preocupantes à sociedade em todo o mundo. Combinado ao comportamento da oferta e da demanda doméstica, as variações cambiais assim como a demanda externa poderão se somar e formar um quadro preocupante para a situação da alimentação neste contexto.

Além dos impactos econômicos, o contexto da pandemia COVID-19 associado ao isolamento, às incertezas, ao medo de perder entes queridos e à recessão econômica podem tornar vulneráveis crianças, adolescentes e suas famílias (GOLBERSTEIN, et al., 2019). Este cenário tende a suscitar ou agravar o sofrimento e conseqüentemente os problemas de saúde mental, em especial a depressão e ansiedade, aumentando o risco do comportamento suicida, sobretudo em grupos vulneráveis, como agricultores.

Para Gunnell et al (2020), embora o cenário de pandemia acelere o sofrimento mental, existem medidas protetivas passíveis de serem adotadas. Uma resposta interdisciplinar abrangente é necessária e deve incluir intervenções seletivas, indicadas e universais como forma de prevenção. Esse quadro indica, ainda, a importância de políticas e ações de apoio a geração de renda, empregabilidade e, sobretudo, apoio aos pequenos negócios e, principalmente, aos agricultores familiares.

Diante disso, apesar da vigência de políticas voltadas para saúde do trabalhador no Brasil, infelizmente, a legislação ainda é limitada em relação ao adoecimento mental dos agricultores, e poucas ações em saúde são direcionadas especificamente a esses trabalhadores.

Ademais, a fiscalização quanto ao cumprimento de Normas Regulamentadoras também deve ser reforçada, tanto em ambientes de trabalho formais quanto informais, e que essas normas possam ser utilizadas de maneira efetiva como instrumento legal orientador das ações e do trabalho no meio rural.

As limitações deste estudo estão relacionadas ao viés de seleção, uma vez que apenas os agricultores associados ao STRAAF no município onde a pesquisa foi realizada foram entrevistados; ao instrumento utilizado para coletar os dados dos agricultores, visto que não foram autoaplicados em virtude da dificuldade encontrada na leitura e interpretação das perguntas, associadas, ainda, a baixa escolaridade; como também ao viés de informação (memória), a partir do risco de esquecimento durante as respostas.

Dessa forma, os resultados desse estudo indicam que os aspectos de trabalho, a intoxicação por agrotóxicos e os fatores associados a saúde mental estão associados com o pensamento de morte e comportamento suicida em agricultores, e essa associação representam uma forte magnitude.

Sendo assim, as ações de saúde coletiva ligadas à prevenção do suicídio, sobretudo a partir de uma atenção individualizada, e que considerem e enfoquem a saúde do agricultor familiar, assim como a ampliação e melhoria no acesso a serviços de qualidade, que considerem a especificidade de grupos mais vulneráveis, são necessárias para que se tenha uma redução no comportamento suicida e, conseqüentemente, na mortalidade por suicídio nesse grupo.

Destaca-se, portanto, a necessidade do desenvolvimento, fortalecimento e efetivação de ações integradas e intersetoriais de responsabilidade pública, sem eliminar a responsabilidade social, na vigilância e prevenção do suicídio em agricultores, com fortalecimento das linhas de cuidados integrais a essas pessoas, com foco na promoção, prevenção, tratamento e recuperação, em todos os níveis de atenção, garantindo acesso às diversas modalidades terapêuticas.

Outras estratégias também estão relacionadas a qualificação/capacitação dos profissionais de saúde e educação, e ampliação da cobertura da Atenção Primária à Saúde, para o reconhecimento precoce dos agricultores em sofrimento mental e para promoção do acolhimento e direcionamento para o tratamento de forma efetiva. Além disso, ações que promovam uma maior conscientização quanto a importância do uso de EPI's durante o trabalho

na agricultura, aumento na fiscalização e promoção de incentivos pelos órgãos federais, estaduais e municipais, também podem refletir na diminuição do suicídio em agricultores.

REFERÊNCIAS

1. DAGHAGH, Y.A.Z.DS.; WHEELER, S. A.; ZUO, A. Key risk factors affecting farmers' mental health: A systematic review. **Inter j enviro res public health**, v.16, n.23, 4849, 2019.
2. ABREU, K.P. et al. Comportamento suicida: fatores de risco e intervenções preventivas. *Rev Eletr Enfermagem*, v.12, n.1, 2010. <https://doi.org/10.5216/ree.v12i1.9537>.
3. WERLANG, B.S.G; BORGES, V.R; FENSTERSEIFER, L. Fatores de risco ou proteção para a presença de ideação suicida na adolescência. **Rev Inter psicol.**, 39:2, 259-266, 2005.
4. BOTEAGA, N. J. Comportamento suicida: epidemiologia. *Psicol. USP*, v. 25, n. 3, p. 231- 236, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642014000300231&lng=en&nrm=iso.
5. BERTOLOTE, J.M. **O suicídio e sua prevenção**. Editora UNESP, 2016.
6. WORD ORGANIZATION HEALTH. Suicide in word wide in 2019: global health estimates. WHO, 2019.
7. BACHMANN, S. Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. **Int J Environ Res Public Health**, v.15, n., 2018.
8. UNIVERSIDADE JOHN HOPKINS (JHU). *Painel COVID-19*. Baltimore, MD : Centro de Ciência e Engenharia de Sistemas (CSSE), JHU, 2020.
9. SWEETLAND, A.C. et al. Food insecurity, mental distress and suicidal ideation in rural Africa: Evidence from Nigeria, Uganda and Ghana. *International Journal of Social Psychiatry*, v.65, n. 1, p. 20–27, 2019. Available from: 10.1177/0020764018814274.
10. FREIRE, C.; KOIFMAN, S. Pesticides, depression and suicide: a systematic review of the epidemiological evidence. **Int J Hyg Environ Health**, v.216, n.4, p:445-60, 2013. Available from: doi: 10.1016 / j.ijheh.2012.12.003.
11. KIM, J.; SHIN, D.; LEE, W.J. Suicidal ideation and occupational pesticide exposure among male farmers. **Environmental research**, v.128, p: 52-56, 2014. Available from: doi: 10.1016 / j.envres.2013.10.007.
12. KRAEMER, A.R.; KRAEMER, A.; SOARES, J.R. Uso de equipamentos de proteção individual por agricultores na aplicação e manuseio de agroquímicos na região extremo oeste de Santa Catarina. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 1, p. e2810111291-e2810111291, 2021.
13. Dutra E. Epidemiologia do suicídio no RN: 1985 a 1996. **Anais da 50ª Reunião da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência**, Natal-RN. 1997.
14. Dutra E, Roehen M. Suicídio de agricultores no Rio Grande do Norte: compreensão fenomenológica preliminar dos aspectos existenciais. **Psicologia em Revista**, v.19, n.1, p:108-118, 2013. Disponível em: 10.5752/P.1678-9563.2013v19n1p108
15. SANTOS E.G.O.; BARBOSA, I.R.; SEVERO, A.K.S. Análise espaço-temporal da mortalidade por suicídio no rio grande do norte no período de 2000 a 2015. **Ciênc Saúde Colet**. v. 25, n.2, 2015. Disponível em: 10.1590/1413-81232020252.11042018.

16. LINS, J.L.S. **Perfil de casos de suicídio na região do Seridó potiguar (2000-2015)**. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Dissertação (Mestrado profissional em Educação, Trabalho e Medicina), 2019.
17. CUNHA, J.A. **Manual da versão em português das Escalas de Beck**. São Paulo: casa do psicólogo, 2016.
18. MASUR, J.; MONTEIRO, M. Validation of the CAGE alcoholism screening test in Brazilian Psychiatry inpatient hospital setting. **J Biol Res**. v. 16, p.215-8, 1983.
19. PALÁCIOS, M. et al. Validação do Self-Report Questionnaire-20 (SRQ-20) numa população de trabalhadores de um banco estatal no Rio de Janeiro, Brasil. In: Silva Filho JF, Jardim S, organizadores. A danação do trabalho: organização do trabalho e sofrimento psíquico. Rio de Janeiro: Te Corá Editora; 1998:225-41.
20. FERNANDES, S.R.P; ALMEIDA FILHO, N. Validação do SRQ-20 em amostra de trabalhadores de informática. **Rev Bras Saúde Ocup**, v.24, p:105-12, 1997.
21. SANTOS, K. O. B., CARVALHO, F. M., ARAÚJO, T. M. de. Internal consistency of the self-reporting questionnaire-20 in occupational groups. *Revista De Saúde Pública*. V.50, n.6, 2016. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006100>.
22. DE JESUS, M.; WILLIAMS, P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. *The British Journal of Psychiatry*. v.148, n.1, p:23-26, 1986.
23. SCAZUFCA, M. et al. Validity of the self reporting questionnaire-20 in epidemiological studies with older adults: Results from the Sao Paulo Ageing & Health Study. *Social Psychiatr. Psychiatr. Epidemiol*. v.44, p:247-54, 2009.
24. BOTTI, N.C.L. et al. Características e fatores de risco do comportamento suicida entre homens e mulheres com transtornos psiquiátricos. **Cogitare Enfermagem**, v. 23, n. 1, 2018.
25. SAN TOO, Lay et al. The association between mental disorders and suicide: a systematic review and meta-analysis of record linkage studies. *Journal of affective disorders*, v. 259, p. 302-313, 2019.
26. SILVA, V.H.F.a; DIMENSTEIN, M.; LEITE, J.F. O cuidado em saúde mental em zonas rurais. **Mental**, v. 10, n. 19, p. 267-285, 2013.
27. ROSA, L.C.S. **Transtorno mental e o cuidado na família**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.
28. HELFAND, S.M.; ROCHA, R.VINHAIS, H. Pobreza e desigualdade de renda no Brasil rural: uma análise da queda recente. 2009.
29. KAGEYAMA, A.; HOFFMANN, R. Pobreza no Brasil: uma perspectiva multidimensional. **Economia e Sociedade**, v. 15, n. 1, p. 79-112, 2006.
30. NETO, M.C.; DIMENSTEIN, M. Saúde mental no meio rural: analisando o trabalho psicossocial. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 37, n. 2, p: 461, 2017.
31. DA SILVA, M.L.G.; DE SOUSA, G.A.C.; DA SILVA, M.CR. O uso de agrotóxicos e a saúde do trabalhador rural no brasil. *ARIGÓ-Revista do Grupo PET e Acadêmicos de Geografia da Ufac*, v. 1, n. 01, p. 53-61, 2018.
32. TAVARES, D.C.G. et al. Utilização de agrotóxicos no Brasil e sua correlação com intoxicações. *Sistemas & Gestão*, v. 15, n. 1, p. 2-10, 2020.
33. SCHNEIDER, S. et al. Os efeitos da pandemia da Covid-19 sobre o agronegócio e a alimentação. *Estudos Avançados*, v. 34, p. 167-188, 2020.
34. NEPOMOCENO, T. Aparecida Ribeiro. EFEITOS DA PANDEMIA DE COVID-19 PARA A AGRICULTURA FAMILIAR, MEIO AMBIENTE E ECONOMIA NO BRASIL. *Boletim de Conjuntura (BOCA)*, v. 7, n. 21, p. 86-96, 2021.

35. GOLBERSTEIN, E. et al. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) and mental health for children and adolescents. *JAMA pediatrics*, 2020.
36. GUNNELL, D. et al. Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry*, 2020. Disponível em:
[https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(20\)30171-1/fulltext#%20](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(20)30171-1/fulltext#%20).

6 CONCLUSÕES

Este estudo indicou, a partir da revisão sistemática que buscou investigar os fatores associados ao comportamento suicida em agricultores, que, no geral, esses fatores estão relacionados aos aspectos individuais, de saúde mental, aos impactos sazonais e ao trabalho, como o uso de agrotóxicos e endividamento. Além disso, ao analisar individualmente os objetos do comportamento suicida, percebeu-se que as tentativas de suicídio estiveram relacionadas principalmente aos fatores socioeconômicos, enquanto a ideação suicida e o suicídio, aos aspectos de saúde mental e agricultura, como o uso de agrotóxicos.

De maneira semelhante, a análise da prevalência do pensamento de morte e ideação suicida em agricultores do município de Caicó-RN mostrou que estão associados principalmente aos aspectos de saúde, especialmente saúde mental, ao trabalho e ao sexo feminino.

Esses achados, corroboraram, também, com a avaliação da magnitude dos fatores associados ao pensamento de morte e comportamento suicida (caracterizados pelo pensamento de morte, ideação suicida e tentativas de suicídio) em agricultores de Caicó-RN. Além de aspectos de saúde mental e trabalho, foi possível observar uma associação entre a intoxicação por agrotóxicos com o desenvolvimento do comportamento suicida e pensamentos de morte; e sinaliza, portanto, para a necessidade do fortalecimento das políticas públicas de prevenção do suicídio com o direcionamento de estratégias efetivas para o agricultor.

Os resultados desse estudo convergem para necessidade da consecução de ações de saúde mental, de fortalecimento das políticas de saúde já existentes, sobretudo de saúde do trabalhador, bem como para o reconhecimento precoce dos agricultores em sofrimento mental, sobretudo àqueles com pensamento de morte. Com o diagnóstico precoce, os sentimentos de desesperança presente na vida dos agricultores e vivenciados sobretudo durante períodos de estiagem, podem ser melhor enfrentados, reduzindo os pensamentos suicidas.

Além disso, as ações de saúde coletiva associadas à prevenção do suicídio, sobretudo a partir de uma atenção individualizada, e que considerem e enfoquem a saúde do agricultor familiar, assim como a ampliação e melhoria no acesso a serviços de qualidade, que considerem a especificidade de grupos mais vulneráveis, também são necessárias.

Esse estudo aponta, ainda, para importância da qualificação e capacitação dos profissionais de saúde e educação; da construção e fortalecimento de ações intersetoriais e da ampliação da cobertura da APS para promoção do acolhimento e direcionamento para o tratamento de forma efetiva. Além disso, ações que promovam uma maior conscientização quanto a importância do uso de EPI's durante o trabalho na agricultura, aumento na fiscalização e promoção de incentivos pelos órgãos federais, estaduais e municipais, podem refletir na diminuição do suicídio em agricultores.

REFERÊNCIAS

- ABREU, K. P. et al. Comportamento suicida: fatores de risco e intervenções preventivas. **Rev Eletr Enfermagem**. v.12, n.1, p.195-200, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v12i1.9537>.
- ALVES, R. A.; GUIMARÃES, M. C. De que sofrem os trabalhadores rurais? – Análise dos principais motivos de acidentes e adoecimentos nas atividades rurais. **Informe Gepec**. v.16, n.2, p.39-56, 2012.
- ALVERGA, A.R. **A loucura interrompida nas malhas da subjetividade manicomial**. 2004. 151 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia, Sociedade e Qualidade de Vida) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, 2004.
- AMARAL, C. E. M. Apoio matricial em Saúde Mental na atenção básica: efeitos na compreensão e manejo por parte de agentes comunitários de saúde. **Rev Interface – Comunicação, Saúde e Educação**. v. 22, n. 66, p. 801-2, 2018.
- ANDRADE, A.J.P.; DA SILVA, N.M.; DE SOUZA, C.R. As percepções sobre as variações e mudanças climáticas e as estratégias de adaptação dos agricultores familiares do Seridó potiguar. **Desenvolvimento e Meio ambiente**. v. 31, 2014.
- AOSANI, T.R.; NUNES, K.G. A saúde mental na atenção básica: a percepção dos profissionais de saúde. **Rev. Psicol. Saúde**. v.5, n.2, pp. 71-80, 2013.
- APPEL, N.M. O Assistente Social Inserido na Saúde Mental e suas estratégias de intervenção. **VII Jornada Internacional Políticas Públicas**, São Luís – MA, 2017.
- ARAÚJO, A.M. Perfil de usuários com comportamento suicida e estratégias de educação permanente em saúde no município de Caicó/RN. 2019. 85f. Dissertação (Mestrado profissional em educação, trabalho e inovação em medicina). Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, RN, 2019.
- ARANTES, C.I.S. et al. O controle social no Sistema Único de Saúde: concepções e ações de enfermeiras da atenção básica. **Texto & Contexto Enferm**.v.16, n.3, p:470-8, 2007. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n3/a13v16n3.pdf>.
- ARRUDA, V.L. et al. Suicídio em adultos jovens brasileiros: série temporal de 1997 a 2019. **Ciênc Saúde Colet**. v. 26, p. 2699-2708, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021267.08502021>.
- ARIAS, D.; MENDES, P.; ABEL, P. Revisão rápida e integrada da gestão de riscos agropecuários no Brasil: caminhos para uma visão integrada. Brasília: Banco Mundial; Mapa; Embrapa, 2015. Disponível em

<https://ainfo.cnptia.embrapa.br/digital/bitstream/item/142661/1/Revisao-rapida-e-integrada-dagestao.pdf>.

ARTICULAÇÃO SEMIÁRIDO BRASILEIRO. Semiárido: é o semiárido que a vida pulsa.

AMARANTE, P. Saúde mental, políticas e instituições: programa de educação à distância. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, 2003.

AZEVEDO, I.F.M. A tentativa de suicídio e o Seridó potiguar: um estudo à luz da fenomenologia hermenêutica Heideggeriana. 2020. Tese (Doutorado em psicologia). Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, RN, 2020.

BACHMANN S. Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. **Int J Environ Res Public Health**. v. 15, n.7, p.1425, 2018. Available from: 10.3390 / ijerph15071425.

BANDEIRA, A.L. Agricultura de exportação, agricultura de mercado interno e instabilidade de renda. **Rev Econ Sociol Rural**. v. 17, n. 3, p. 51-63, 2019.

BAPTISTA, N. Q.; CAMPOS, C. H. Formação, organização e mobilização social no Semiárido brasileiro. In: CONTI, I. L.; SCHROEDER, E. O. (Org.). Convivência com o Semiárido Brasileiro: Autonomia e Protagonismo Social. Brasília-DF: Editora IABS. 2013.

BECK, A.T.; STEER, R.A. Manual for the Beck scale for suicide ideation. **San Antonio, TX: Psychological Corporation**, v. 63, 1991.

BERTOLOTE, J.M. **O suicídio e sua prevenção**. Editora UNESP, 2016.

BHISE, M. C.; BEHERE, P. B. Risk factors for farmers' suicides in central rural India: Matched case-control psychological autopsy study. **Indian journ psychol medicine**. v.38, n.6, p. 560-566, 2016.

BICALHO, B.O. et al. Perfil dos óbitos por suicídio no estado de Rondônia. **Brazilian Journal of Development**. v. 7, n. 2, p. 16127-16146, 2021. Disponível em: DOI:10.34117/bjdv7n2-303.

BONFADA, D. et al. Reforma Psiquiátrica Brasileira: Conhecimentos dos Profissionais de Saúde do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Revista da Escola Anna Nery, v. 17, n. 2, p. 227-33, abr./jun. 2013.

BOTEGA N. Prevenção do suicídio. **Debates: psiquiatria hoje**, Rio de Janeiro, n.1, p10-15, jan/fev, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico 15. Brasília: DF, 2019.

_____. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico 33. Brasília: DF, 2021.

_____. Ministério da Saúde. Sistema de Informação sobre Mortalidade. Brasília: DF, 2019.

_____. Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: DF, 1988.

_____. Ministério da Saúde. I Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: DF, 1987.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Brasília: DF, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil: 2017 a 2020 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Redes de Produção de Saúde. Brasília, DF: MS, 2009.

_____. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: DF. 2004.

_____. **Portaria nº 3090 de 23 de dezembro de 2011**. Altera a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Brasília: DF. 2011.

_____. Ministério da saúde. **Secretaria de Atenção Primária à Saúde**. Brasília: DF. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde mental em dados** 12. Brasília: DF. 2015.

_____. **Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades

decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília: DF. 2011.

_____. **Lei nº 11326 de 24 de julho de 2006.** Estabelece as diretrizes para a formulação da Política Nacional da Agricultura Familiar e Empreendimentos Familiares Rurais. Brasília, DF. 2006.

_____. **Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador.** Brasília, DF. 2004.

_____. **Programa de Análise de Resíduos de Agrotóxicos em Alimentos.** Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, DF. 2001.

_____. Secretaria de Vigilância Epidemiológica. **Suicídio: saber, agir e prevenir.** Brasília/DF (Brasil): Ministério da Saúde; 2017.

_____. **Decreto nº 24144 de 12 de abril de 1934.** Aprovar o regulamento da defesa sanitária vegetal. Brasília, DF: 1934.

_____. **Portaria nº 2.979 de 12 de novembro de 2019.** Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

_____. **Portaria nº 121 de 25 de janeiro de 2012.** Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Brasília, DF: 2012.

_____. **Portaria nº 131 de 26 de janeiro de 2012.** Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. Brasília, DF: 2012.

_____. **Portaria nº 1863 de 29 de setembro de 2003.** Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília, DF: 2003.

_____. **Decreto nº 10.225, de 5 de fevereiro de 2020.** Institui o comitê gestor da política nacional de prevenção da automutilação e do suicídio. Brasília, DF: 2020.

_____. **Portaria nº 3.479 de 18 de dezembro de 2017.** Institui o comitê para elaboração e operacionalização do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil. Brasília, DF: 2017.

_____. **Portaria nº 1600 de 7 de julho de 2011.** Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: 2011.

_____. **Portaria 1601 DE 7 de julho de 2011.** Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília, DF: 2011.

_____. **Agrotóxicos na América Latina:** violações contra o direito humano à alimentação e à nutrição adequadas: informe regional 2020. Brasília: FIAN Brasil, 2020.

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

_____. **Portaria MTE nº 86, de 03 de março de 2005.** Segurança e saúde no trabalho na agricultura, pecuária, silvicultura, exploração florestal e aquicultura. Brasília, DF: 2005.

_____. **Lei nº 5889 de 8 de junho de 1973.** Estatui normas reguladoras do trabalho rural e dá outras providências. Brasília, DF: 1973

_____. **Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: 2001.

_____. **Constituição (1988).** Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Centro Gráfico, 1988.

_____. **Portaria nº 336/2002.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2002.

_____. **Portaria nº 2311 de 23 de outubro de 2014.** Altera a Portaria nº 2.866/GM/MS, de 2 de dezembro de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF). Brasília, DF: 2014.

_____. **12ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília, DF: 2004.

_____. **Lei nº 10216 de 6 de abril de 2011.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: 2011.

_____. **Pesquisa nacional de saúde:** percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal. Brasília, DF: 2019.

_____. **Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006.** Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília, DF: 2019.

_____. **Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017.** Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília, DF, 21 dez. 2017.

_____. **Nota técnica 11/2019.** Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília, DF, 04 fev 2019.

BOXER, P.A.; BURNETT, C.; SWANSON, N. Suicide and occupation: a review of the literature. **Journal of Occupational and Environmental Medicine**, v. 37, n. 4, p. 442-452, 1995. Available from: 10.1097/00043764-199504000-00016.

CARDOSO, L.S. et al. Riscos ocupacionais no trabalho agrícola ea negociação para a saúde do trabalhador rural. **Rev Enfer UFSM**. v. 11, p. 43, 2021.

CARNEIRO, F. F. et al. **Dossiê Abrasco:** um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde. Rio de Janeiro: EPSJV; São Paulo: Expressão Popular. 2015.

CALIXTO FILHO M, ZERBINI T. Epidemiologia do suicídio no Brasil entre os anos de 2000 e 2010. **Saúde Étic Just**. v.21, n.2, p. 45-51, 2016. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/sej/article/view/134006>. doi: 10.11606/issn.2317-2770.v21i2p45-51.

CASTRO, C.N. **A agropecuária na região Sul: limitações e desafios futuros.** Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Rio de Janeiro-RJ, 2014.

CASTRO, C. N. de. **A agricultura no nordeste brasileiro: oportunidades e limitações ao desenvolvimento.** Brasília, Rio de Janeiro: Ipea, 2012. 43 p.

CARDOSO, L.S et al. Riscos ocupacionais no trabalho agrícola e a negociação para a saúde do trabalhador rural. **Rev. Enferm.** v.11. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2179769248096>.

CENTRO DE VALORIZAÇÃO DA VIDA. **Setembro amarelo: saiba o que é e entenda sua importância.** Brasil, 2015.

CORDEIRO, E.L. et al. Tentativa de suicídio e fatores associados ao padrão uso e abuso do álcool. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 1, p. 01-10, mar. 2020. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762020000100008&lng=pt&nrm=iso>.

CORTEZ, A.C.L et al. Aspectos gerais sobre a transição demográfica e epidemiológica da população brasileira. **Enfermagem Brasil.** v. 18, n. 5, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17127/got/2018.15.019>.

CORREIA, R.C. et al. **A região semiárida brasileira.** A agricultura e suas relações com o ambiente. In: BRITO, L. T. de L.; MELO, R. F. de (Orgs). Impactos ambientais causados pela agricultura no semiárido brasileiro. Petrolina: Embrapa Semiárido, 2010. p. 13-29.

COSTA, M.C.; DIMENSTEIN, M. Cuidado psicossocial em saúde mental em contextos rurais. **Trends in Psychology.** v. 25, p. 1653-1664, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.9788/TP2017.4-09Pt>.

COSTA, C et al. **Suicídio em contextos de privação social e material nas Áreas Metropolitanas de Lisboa e Porto.** In: Santana, Paula. TERRITÓRIO E SAÚDE MENTAL EM TEMPOS DE CRISE, 2015. DOI: 10.14195/978-989-26-1105-1.

COSTA, M.G.S.G. **Gênero, trabalho e saúde mental entre trabalhadoras rurais assentadas na Região do Mato Grande Potiguar.** Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal-RN, 2014.

CRUZ, K.D.F. et al. Atenção à crise em saúde mental: um desafio para a reforma psiquiátrica brasileira. **Rev. NUFEN.** v. 11, n. 2, p. 117-132. 2019. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912019000200008&lng=pt&nrm=iso>.

CUNHA, J.A. **Manual da versão em português das Escalas de Beck.** São Paulo: casa do psicólogo, 2016.

- DAGHAGH YAZD, S.; WHEELER, S. A.; ZUO, A. Key risk factors affecting farmers' mental health: A systematic review. **Int J Envir Research Public Health**, v.16, n. 23, p. 4849, 2019. Available from: 10.3390/ijerph16234849.
- DEVERA, D.; ROSA, A.C. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 6, n. 1, p. 20-20, 2007.
- DE JESUS, M.A; FERREIRA, N.S. A ergonomia no trabalho rural. **Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde**. v.2, n.2, 2015.
- DE JESUS, M.J; WILLIAMS, P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. **The British Journal of Psychiatry**. v.148, n.1, p. 23-26, 1986.
- DIAS, E.C. Condições de vida, trabalho, saúde e doença dos trabalhadores rurais no Brasil. In: Pinheiro TMM, organizador. **Saúde do trabalhador rural –RENAST**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- DIAS, M.K.; FERIGATO, S.H.; FERNANDES, A.D.S.A. Atenção à crise em saúde mental: centralização e descentralização das práticas. *Cienc Saúde Col*. v.25, n.2. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.09182018>.
- DIMENSTEIN, M. et al. Equidade e acesso aos cuidados em saúde mental em três estados nordestinos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 1727-1738, 2021.
- DONGRE, A. R., DESHMUKH, P. R. Farmers' suicides in the Vidarbha region of Maharashtra, India: a qualitative exploration of their causes. **J of Injury and Violence research**. v. 4, n.1, p.2, jan. 2012. Available from: 10.5249/jivr.v4i1.68.
- DUTRA E. Epidemiologia do suicídio no RN: 1985 a 1996. **Anais da 50ª Reunião da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência**, Natal-RN, 1997.
- DUTRA E, ROEHEN M. Suicídio de agricultores no Rio Grande do Norte: compreensão fenomenológica preliminar dos aspectos existenciais. **Psicologia em Revista**. v.19, n.1, p.108-118. Disponível em: 10.5752/P.1678-9563.2013v19n1p108.
- DURHKEIM, E. O suicídio: estudo de sociologia. São Paulo: Martins Fontes, 2000.
- FERNANDES SRP, ALMEIDA FILHO N. Validação do SRQ-20 em amostra de trabalhadores de informática. **Rev Bras Saúde Ocup**. v. 24, p.105-12, 1997.

FREIRE, L.M.B. Movimentos sociais e controle social em saúde do trabalhador: inflexões, dissensos e assessoria do serviço social. *Serv Soc Soc.* v.102, p: 289-313, 2010. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n102/a06n102.pdf>.

GAUDIOSO, C. E. et al. Saúde do trabalhador rural: uma revisão bibliográfica. **Rev Ciênc Trab**, v.11, 2018.

GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Global Health Metrics. Lancet.* v.396, p. 1204-1222, 2020. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30925-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30925-9/fulltext).

GOMES, A. C. S. et al. O uso de agrotóxicos e a saúde do trabalhador rural no Brasil. **ARIGÓ - Revista do Grupo PET e Acadêmicos de Geografia da Ufac.** V.1, n.1 2018.
GOLDBERG, D.P; HUXLEY, P. *Common Mental Disorders. A Bio-Social Model.* London: Routledge. 1992.

GONSAGA, R. A. T., et al. Avaliação da mortalidade por causas externas. **Rev. Col. Bras. Cir.** v. 39, no4, p. 263-267, 2012.

GONZAGA, C,W.P.; BALDO, M.P.; CALDEIRA, A.P. Exposição a agrotóxicos ou práticas agroecológicas: Ideação suicida entre camponeses do semiárido no Brasil. **Cien Saude Colet**, 2020. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/exposicao-a-agrotoxicos-ou-praticas-agroecologicas-ideacao-suicida-entre-camponeses-do-semiarido-no-brasil/17696?id=17696>.

GREGOIRE, A. The mental health of farmers. **Occupational Medicine.** v. 58, n. 8, p. 471-476, 2002.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE. **Diagnóstico situacional do Rio Grande do Norte.** Natal, 2013.

GUIMARÃES, S. B. As Práticas dos Psicólogos em Ambulatórios de Saúde Mental. **Rev. Psicol Sociedade**, v. 25, n. 3, p. 664-73, jul./ago. 2013.

HARRIS, K.M. et al. The ABC's of Suicide Risk Assessment: Applying a Tripartite Approach to Individual Evaluations. **PLoS ONE.** v.10, n.6, p.0127442, 2015. Available from: [10.1371/journal.pone.0127442](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0127442).

HARDING, T.W. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. **Psychol Med.**v. 10, p. 231-41, 1980.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciênc Saúde Colet.** v. 14, n. 1, p. 297-305, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100036>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades e estados**, Brasil, 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Semiário brasileiro. BUANAIN, A.M.; SILVEIRA, R.L.F. Manual de Avaliação de Riscos na Agropecuária – um guia metodológico. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Seguros. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo agropecuário 2017**. Brasília, DF. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo agropecuário - Resultados preliminares, estabelecimentos agropecuários. Rio de Janeiro; 2018. Disponível em: https://censoagro2017.ibge.gov.br/templates/censo_agro/resultadosagro/pdf/estabelecimentos.pdf

KHON, R.; MELLO, M.F.; MELLO, A.A.F. O ônus e a carência de atendimento da saúde mental no Brasil. **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

KLINGELSCHMIDT, J. et al. Suicide among agricultural, forestry, and fishery workers: a systematic literature review and meta-analysis. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 3-15, 2018. Available from: 10.3390 / ijerph16234849.

LESME, P. A. V. et al. Análise metodológica sobre a importância da ergonomia e da ginástica laboral e as influências na qualidade de vida do trabalhador rural. **VII EPCC - Encontro Internacional de Produção Científica Cesumar**. Centro Universitário de Maringá. Maringá, PR, Brasil, 2011.

LINS, J.L.S. Perfil de casos de suicídio na região do Seridó potiguar (2000-2015). Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Dissertação (Mestrado profissional em Educação, Trabalho e Medicina), 2019.

LIMA, M.C.P. et al. Transtornos mentais comuns e o uso de psicofármacos: impacto das condições socioeconômicas. **Rev saúde públ.** V.42, n.4, p.717-723, 2008.

LIMA, D.K.R.R.; GUIMARÃES, J. A Rede de Atenção Psicossocial sob o olhar da complexidade: quem cuida da saúde mental?. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 883-896, 2019.

LUZIO, C.A.; L'ABBATE, S. A atenção em saúde mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica. *Ciêns saúde col.* V.14, n.1, p.105-116, 2009.

LUCCA, S. R.; CORTEZ, M. Z.; TOSETTO, T. A percepção dos trabalhadores sobre os riscos de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho na produção de rosas. **Rev Espaço Diálogo e Desconexão – REDD.** v.4, n.1. Jul/dez. 2011.

MACEDO, J. P.; SILVA, B. Í. B. M.; BEZERRA, L. L. S. Ideação suicida em assentamentos rurais do Piauí. **Psicologia em pesquisa.** vol.12, n.3, pp. 1-10, 2018. Disponível em: DOI: 10.24879/2018001200300506.

MALONE, K. M. et al. Cigarette smoking, suicidal behavior, and serotonin function in major psychiatric disorders. **The american journal of psychiatry.** V.160, n.4, p. 773-9, 2003.

MARI, J.J.; WILLIAMS, P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. **British Journal of Psychiatry.** v. 148, n. 1, p. 23-26, 1986. Available from: DOI:10.1192/bjp.148.1.23

MACEDO, J.P.; SILVA, B.I.B.M.; BEZERRA, L.L.S. Ideação suicida em assentamentos rurais no Piauí. **Revista Psicologia em Pesquisa.** v.12, n.3, p.1-10, 2018. Disponível em: 10.24879/2018001200300506.

MILNER, A. Suicide by occupation: systematic review and meta-analysis. **The British Journal of Psychiatry,** v. 203, n. 6, p. 409-416, 2013. Available from: 10.1192/bjp.bp.113.128405.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences. **Rev Bras Geriatria e Geront.** v. 19, n. 3, p. 507-519, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v19n3/1809-9823-rbgg-19-03-00507.pdf>>.

MAIA, M.P.M. **Produção e validação do índice de oferta da atenção psicossocial no Brasil.** Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2019.

MALTA, D.C. et al. Mortalidade de adolescentes e adultos jovens brasileiros entre 1990 e 2019, uma análise do estudo Carga Global de Doença. **Cien Saude Colet.** 2021. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/mortalidade-de-adolescentes-e-adultos-jovens-brasileiros-entre-1990-e-2019-uma-analise-do-estudo-carga-global-de-doenca/18101?id=18101>.

MATA, K. C. R.; DALTRO, M. R., PONDE, M. P. Perfil epidemiológico de mortalidade por suicídio no Brasil entre 2006 e 2015. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 9(1), 74-87, 2020. Disponível em: 10.17267/2317-3394rpds.v9i1.2842.

MACHADO, D.B.; SANTOS, D.N. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. **Jornal Bras Psiquiat**. v. 64, p. 45-54, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000056>.

MAPA. **Projeções do agronegócio Brasil 2014/2015 a 2024/2025**. Projeções a longo prazo. Brasília; 2015. Disponível em: 100 http://www.agricultura.gov.br/arq_editor/PROJECOES_DO_AGRONEGOCIO_2025_WEB.pdf.

MASUR, J.; MONTEIRO, M. Validation of the CAGE alcoholism screening test in Brazilian Psychiatry inpatient hospital setting. **J Biol Res**. v. 16, p.215-8, 1983.

MEDEIROS, B.G; MEDEIROS, N.S.B; PINTO, T.R. Educação permanente em saúde mental: o suicídio na agenda do cuidado dos Agentes Comunitários de Saúde. *Pesquisas e práticas psicossociais*. v.15, n.2, 2020. Disponível em: <file:///C:/Users/DELL/Downloads/3833-14719-1-PB.pdf> .

MENEZES, L.P.R. **Suicídio e ocupação: análise das publicações do Brasil**. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Curso de Especialização em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana. Rio de Janeiro, 2016.

MELO, F.H. Instabilidade da renda e estabilização de preços agrícolas. *Pesq Plan Econ*. v.13, n.2, 1983.

MELO, C.F.; CAVALCANTE, A.K.S.; FAÇANHA, K.Q. Invisibilização do adoecimento psíquico do trabalhador: limites da integralidade na rede de atenção à saúde. *Trab educ saúde*. v.17, n.2, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00201>.

MOREIRA, R.M.M et al. Análise epidemiológica dos óbitos por suicídio. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**. v. 16, 2017.

MOHER, D. et al. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Systematic reviews*. v.4, n.1, 2015. Available from: Doi: 10.1186/2046-4053-4-1.

MCLAREN, S.; CHALLIS, C. Resilience among men farmers: the protective roles of social support and sense of belonging in the depression-suicidal ideation relation. **Death Studies**. v.33, n.3, p. 262-276, 2009.

NOGUEIRA, F.A.M; LANDMANN, C.S; DAMACENA, G.N. Condições de vida, trabalho e acesso aos serviços de saúde em trabalhadores agrícolas e não agrícolas, Brasil, 2013. **Cien Saude Colet**. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/condicoes-de-vida-trabalho-e-acesso-aos-servicos-de-saude-em-trabalhadores-agricolas-e-nao-agricolas-brasil-2013/17471?id=17471>.

NUNES, V.V. et al. Saúde mental na atenção básica: atuação do enfermeiro na rede de atenção psicossocial. *Rev Bras Enfermagem*. v.73, n.1, 2020.

OCTAVIANO, C. Muito além da tecnologia: os impactos da Revolução Verde. **ComCiência**, n. 120, 2010. Disponível em <http://comciencia.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-76542010000600006&lng=pt&nrm=iso>.

OLIVEIRA-SILVA, J.J et al. Influência de fatores socioeconômicos na contaminação por agrotóxicos, Brasil. **Rev Saúde Pública**. v.35, n.2, p.130-5. 2001.
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Folha informativa sobre suicídio. Genebra: OMS, 2018.

OLIVEIRA, I.C; ROCHA, R.M.; CUTOLO, L.R.A. Algumas palavras sobre o NASF: relatando uma experiência acadêmica. *Rev Bras educ med*. v.36, n.4. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022012000600019>.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. ONU News: Perspectiva global reportagens humanas, 2019.

OUZZANI, M. et al. Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. **Systematic reviews**. v.5, n.1, p. 210. 2016. Available from: Doi: 10.1186/s13643-016-0384-4.

PAES, M. R. et al. O Papel do Hospital Geral na Rede de Atenção à Saúde Mental no Brasil. **Rev Ciênc Cuidado Saúde**. v. 12, n. 2, p. 407-12. abr./jun. 2013.

PALÁCIOS, M. et al. Validação do Self-Report Questionnaire-20 (SRQ-20) numa população de trabalhadores de um banco estatal no Rio de Janeiro, Brasil. In: Silva Filho JF, Jardim S, organizadores. A danação do trabalho: organização do trabalho e sofrimento psíquico. Rio de Janeiro: Te Corá Editora; 1998:225-41.

PARREIRA, B.D.M. et al. Transtorno mental comum e fatores associados: estudo com mulheres de uma área rural. **Rev Esc Enf USP**. v. 51, 2017.

PEITER, C.C. et al. Redes de atenção à saúde: tendências da produção de conhecimento no Brasil. **Escola Anna Nery**, v. 23, 2019.

PEREIRA, T. L. Um Papel Para O Pedagogo Na Reinserção Social De Usuários De Drogas Na Cidade De Uberaba (Mg) – 1990 / 2013. **Rev. Prof. Docente**, v. 17, n. 36, p. 120-8, Uberaba, jan./jul., 2017.

PITTA, A.M.F. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciênc saúde colet**, v. 16, n. 12, p. 4579-4589, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001300002>.

POLMANN, H. et al. Association between sleep bruxism and anxiety symptoms in adults: A systematic review. **Journal of oral rehabilitation**. v.46, n.5, p. 482-491, 2019. Available from: 10.1111/joor.12785.

QIN, Q. et al. Suicidal ideation among rural immigrant daughters-in-law with multi-roles as females, farmers and immigrants in China. **Psychology, health & medicine**. v.21, n.5, p. 608-617. 2016.

RATNER PA, JOHNSON JL, JEFFERY B. Examining emotional, physical, social and spiritual health as determinants of self-rated health status. **Am J Health Promot**. V.12, n.(4), p.275-82; 1998.

RIBAS, A.S.; MICHALOSKI, A.O. Saúde e Segurança na Suinocultura no Brasil: um levantamento dos riscos ocupacionais. **Revista Espacios**. v. 38, n.11, p. 13. 2017.

RIBEIRO, S.L. A criação do centro de atenção psicossocial espaço vivo. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 24, p. 92-99. 2004.

ROBERTS, S.E; JAREMIN, B.; LLOYD, K. High-risk occupations for suicide. **Psychol Med**. v.43, n.6, p.1231–40, 2013. Available from: <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291712002024>.

ROCHA, RM. **Enfermagem em Saúde Mental**. 2ª ed. São Paulo: Editora SENAC, 2019.

ROQUETTE, R.D. A atenção à crise em saúde mental: refletindo sobre as práticas, a organização do cuidado e os sentidos da crise. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro, 2019.

ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: Medsi Editora Médica e Científica Ltda., 1994.

SÁ, V. C. A institucionalização do desenvolvimento na perspectiva das organizações: um estudo de caso no Seridó RN. Tese de Doutorado, Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul: 2013.

- SADANA, R. et al. Comparative analyses of more than 50 household surveys on health status. In: Murray CJL, Salomon JA, Mathers CD, Lopez AD. Summary measures of population health: concepts, ethics, measurement and applications. Geneva: WHO; 2002. p.369-86.
- SANTOS, E. G. O. et al. Factors Associated with Suicidal Behavior in Farmers: A Systematic Review. **Int J Envir Research Public Health**, v. 18, n. 12, p. 6522, 2021. Available from: 10.3390/ijerph18126522.
- SANTOS, E. G. D. O.; BARBOSA, I. R. Conglomerados espaciais da mortalidade por suicídio no nordeste do Brasil e sua relação com indicadores socioeconômicos. **Cad Saúde Colet**. v.25, n.3, p.371-378, jul/set.2017. Disponível em: 10.1590/1414-462x201700030015.
- SANTOS E.G.O.; BARBOSA, I.R.; SEVERO, A.K.S. Análise espaço-temporal da mortalidade por suicídio no rio grande do norte no período de 2000 a 2015. **Ciênc Saúde Colet**. v. 25, n.2, 2020. Disponível em: 10.1590/1413-81232020252.11042018.
- SANTOS, L.; CAMPOS, G.W.S. Sul Brasil: a região de saúde como caminho. **Saúde soc**. v.24, n.2, p.438-446, 2015. Disponível em: 10.1590/S0104-12902015000200004.
- SANTOS, E.G.O. et al. Análise espaço-temporal da mortalidade por suicídio em idosos no Brasil. **Rev Bras Geriat e Gerontol**, v. 20, p. 845-855, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.170115>.
- SANTOS, L.A; KIND, L. Integralidade, intersetorialidade e cuidado em saúde: caminhos para se enfrentar o suicídio. *Interface*. vol. 24, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.190116>.
- SANTOS, Y.F. **O ambulatório de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica em Natal/RN**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, 2007.
- SANTOS, K. O. B.; CARVALHO, F. M., ARAÚJO, T. M. de. Internal consistency of the self-reporting questionnaire-20 in occupational groups. **Rev Saúde Públ**. v.50, n.6, 2016. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006100>.
- SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA. **Plano estadual de saúde 2020-2023**. Rio Grande do Norte. 2019.
- SCHLÖSSER, A.; ROSA, G. F. C.; MORE, C. L. O. O. Revisão: comportamento suicida ao longo do ciclo vital. *Temas em Psicologia*. V. 22, n.1, 133-145, 2014. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.9788/TP2014.1-11>

SILVA, M. C.; ARAÚJO, M. K. V. Terapia Ocupacional em Saúde Mental: evidências baseadas nas Portarias do SUS. **Rev. Baiana Terapia Ocupacional**, v. 2, n. 1, p. 41-52, mai., 2013.

SILVA, R.M. et al. Ideação e tentativa de suicídio de mulheres idosas no nordeste do Brasil. **Rev Bras Enfermagem**. v. 71, p. 755-762, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0413>.

SILVA, D. D. E. da; RIOS, F. R. de A. Degradação ambiental: uma análise sobre a agricultura no Semiárido Nordestino. **Rev Bras Gestão Ambiental**, v.7, n.2, p. 01-06, abr./jun. 2013.

SILVA, P. C. G. **Semiárido brasileiro**: pesquisa desenvolvimento e inovação. Petrolina: Embrapa Semiárido. 2010.

SILVA, A.P. et al. Riscos à saúde do trabalhador rural exposto ao agrotóxico. **Saúde Coletiva (Barueri)**. v.10, n.52, p. 2094–2111, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2020v10i52p2094-2111>.

SILVA, A.F.; DA SILVA, M.C.B.C. Agricultura no Nordeste Semiárido e os resíduos orgânicos aproveitáveis. **Revista Equador**. v. 5, n. 2, p. 102-119, 2016.

SILVA, C.R.L.; CARVALHO, M.A. Distribuição dos benefícios da estabilidade dos preços agrícolas entre consumidores. *Rev. Econ. sociol.* V.41, n.4, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-20032003000400001>.

SILVA, J. **O novo rural brasileiro**. Campinas, Unicamp/IE, 1999.

SCAZUFCA, M. et al. Validity of the self reporting questionnaire-20 in epidemiological studies with older adults: Results from the Sao Paulo Ageing & Health Study. **Social Psychiatr. Psychiatr. Epidemiol.** v.44, p.247-54, 2009.

STOFFEL, J. Agricultura familiar nos Estados da Região Sul do Brasil: caracterização a partir dos dados do censo agropecuário de 2006. **6º Encontro de Economia Gaúcha**, 2012.

SOARES, P.S.M.; MEUCCI, R.D. Epidemiologia dos Transtornos Mentais Comuns entre mulheres na zona rural de Rio Grande, RS, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 25, n. 8, p. 3087-3095, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020258.31582018> .

SOUZA BARROS, J.D.; PORDEUS, A.V. Agricultura no semiárido brasileiro: desafios e potencialidades na adoção de práticas agrícolas sustentáveis. **I Congresso Internacional da Diversidade do Semiárido**. 2016.

SPITZER, R.L.; KROENKE, K.; WILLIAMS, J.B. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. **JAMA**. v. 282, n.18, p.1737-44, nov. 1999. Available from: 10.1001 / jama.282.18.1737.

STRUSZCZYK, S.; GALDAS, P.M.; TIFFIN, P.A. Men and suicide prevention: a scoping review. **Journal of Mental Health**. v. 28, n. 1, p. 80-88, 2019.

STACK, S. Suicide: a 15-year review of the sociological literature part I: cultural and economic factors. **Suicide Life Threat Behav**. v.30, n.2, p. 145-62, 2000.

SUCAR, D.D. Nas origens da psiquiatria social no Brasil. Ed Clima. Rio de Janeiro, 1993.

SWEETLAND, A.C. et al. Food insecurity, mental distress and suicidal ideation in rural Africa: Evidence from Nigeria, Uganda and Ghana. **International Journal of Social Psychiatry**, v.65, n. 1, p. 20–27, 2019. Available from: 10.1177/0020764018814274.

TAVARES, D.C.G et al. Utilização de agrotóxicos no Brasil e sua correlação com intoxicações. **Sistemas & Gestão**. v. 15, n. 1, p. 2-10, 2020.

THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE. Joanna Briggs Institute Critical Appraisal tools: for use in JBI Systematic Reviews. 2017.

United Nations. World population prospects 2019. New York, 2019.

https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_Volume-II-Demographic-Profiles.pdf.

VAN SPIJKER, B.A.J., The Suicidal Ideation Attributes Scale (SIDAS): Community-Based Validation Study of a New Scale for the Measurement of Suicidal Ideation. **Suicide Life Threat Behav**, v.44, p. 408-419, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1111/sltb.12084>

VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. F. Transição demográfica: a experiência brasileira. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v.21, n.4, p.539-548, 2012.

VIERO, C. M. ET AL. Sociedade de risco: o uso dos agrotóxicos e implicações na saúde do trabalhador rural. **Esc. Anna Nery [online]**. v.20, n.1, p.99-105, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160014>

YING, Y.; CHANG, K. A study of suicide and socioeconomic factors. **Suicide and life-threatening behavior**. v. 39, n. 2, p. 214-226, 2009.

WAIMAN, M.A.P.i; COSTA, B.; PAIANO, M. Percepções e atuação do Agente Comunitário de Saúde em saúde mental. **Rev. Escola Enfer USP**. v. 46, p. 1170-1177, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000500019>.

WERLANG, B. S. G.; BORGES, V. R.; FENSTERSEIFER, L. Fatores de risco ou proteção para a presença de ideação suicida na adolescência. **Rev Inter psicologia**. v. 39, n. 2, p. 259-266. 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Preventing suicide: A global imperative. WHO, 2014.

_____. Tobacco. WHO, 2021. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>.

_____. Suicide in worldwide in 2019: global health estimates. WHO, 2019.

_____. Suicide. The National Suicide Prevention Lifeline, 2004.

_____. Health Organization. Suicide. 2021.

PARTE I – PESQUISADOR

Código do sujeito (Iniciais)		Nº Id. Sujeito	
------------------------------	--	----------------	--

PARTE II – ENTREVISTADOS

OBS.: Este questionário consiste em perguntas fechadas e abertas, divididas em 4 dimensões. **Leia atentamente cada questão antes de responde-la. Marque apenas uma alternativa.**

• *DIMENSÃO 1: ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS*

I - Sexo

PERGUNTA	RESPOSTA
SEXO	Feminino () Masculino ()

II - Idade

PERGUNTA	RESPOSTA
Qual a sua idade?	() anos
Faixa etária	() 18-28 () 29-39 () 40-49 () 50-59 () >60

III – Estado Civil

PERGUNTA	RESPOSTA
Qual o seu estado civil?	() Solteiro () Casado () Viúvo () Divorciado

IV – Raça/Cor

PERGUNTA	RESPOSTA
Qual a sua cor?	() Branco () Amarelo () Pardo () Negro

V – Escolaridade

PERGUNTA	RESPOSTA
Qual a sua escolaridade	() Superior completo () Superior incompleto () Ensino médio completo () Ensino médio incompleto () Ensino fundamental completo () Ensino fundamental incompleto () Analfabeto

VI – Religiosidade

PERGUNTA	RESPOSTA
Você possui alguma religião	() Sim () Não Qual: _____

VII- Empregabilidade

PERGUNTA	RESPOSTA
Você trabalha?	() Sim () Não
Qual a sua profissão?	
Qual a sua renda mensal?	() Até ½ sal. mín. () 1 sal. mín. () Entre 1 e 2 sal. mín. () Acima de 2 sal. mín. () Sem renda
	() Subsistência: agricultura familiar () Roçado () Criação () Venda agropecuária () Trabalho

O seu sustento vem de que?	assalariado () Prestação de serviço () Aposentadoria () Programas sociais () outro; Qual? _____
----------------------------	---

• **DIMENSÃO 2: ASPECTOS DE SAÚDE**

I- Autoavaliação do estado de saúde

PERGUNTA	RESPOSTA
Como você avalia sua saúde?	() Muito Ruim () Ruim () Regular () Boa () Muito Boa

II- Presença de transtornos mentais

PERGUNTA	RESPOSTA
Há histórico de transtorno mental na sua família? <i>OBS.: Depressão, Ansiedade, Esquizofrenia, etc.</i>	() Sim () Não Qual? _____
Já procurou algum médico para algum tratamento em saúde mental?	() Sim () Não Qual? _____

III- Uso de drogas

PERGUNTA	RESPOSTA
Você faz uso de alguma droga? <i>OBS.: Inclua bebidas alcoólicas, tabaco e (cigarro)</i>	() Sim () Não Qual? _____
Com qual frequência você faz uso dessa(s) drogas?	() Nunca () Mensalmente ou menos () 2 a 4 vezes por mês () 2 a 3 vezes por semana () 4 ou mais vezes por semana

IV- Assistência à saúde

PERGUNTA	RESPOSTA
Você tem dificuldade para chegar aos serviços de saúde (posto de saúde, hospital, clínicas particulares, CAPS, etc)	() Sim () Não
Você e sua família são atendidos pelo Agente Comunitário de Saúde?	() Sim () Não

• **DIMENSÃO 3: ASPECTOS SANITÁRIOS**

I- Moradia

PERGUNTA	RESPOSTA
Onde você reside?	() Zona rural () Zona Urbana
Quantas pessoas moram com você?	() 1-2 () 3-4 () 5-6 () >6 () Nenhuma
	Tipo () Tijolo () Taipa () Cimento () Outra

Como é sua casa?	Acesso à água	() Rede pública () Poço () Açude () Outro
	Energia	() Sim () Não
	Destino dos dejetos	() Fossa séptica () Céu aberto () Buraco () Outro
	Destino do lixo	() Coleta () Queimado () Enterrado () Céu aberto () Outro

• **DIMENSÃO 4: ASPECTOS DA AGRICULTURA**

PERGUNTA	RESPOSTA
Qual o tipo de relação trabalhista?	() Proprietário () Arrendatário () Assalariado () Temporário () Outro, Qual? _
Você tem acesso a algum programa de crédito (governamental)?	() Sim () Não Qual? _____
Qual o principal produto que você produz?	
Como você comercializa os produtos?	() Armazém () Venda direta () Outro; Qual? _____
Em qual etapa da lavoura você atua?	() Somente colheita () Somente aplicação () Todas as etapas da lavoura
Qual a sua forma de contato com agrotóxico?	() Não tem contato direto () Todas as etapas de aplicação () Somente aplicação () Supervisão da aplicação
Qual agrotóxico você manipula?	() Organofosforados () Outro, Qual? _____ () Nenhum
Durante a manipulação com o agrotóxico, utiliza Equipamento de Proteção Individual (EPI)? <i>OBS.: Luvas nitrílicas/neoprene; Avental; Botas; Vestimenta.</i>	() Sim () Não
Você já precisou de atendimento hospitalar por intoxicação?	() Sim () Não
Quantas horas por dia você permanece na lavoura?	() <6 () 6-12 () >12

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DO TRAIRI
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Você está sendo convidado a participar de um estudo denominado **“Fatores associados a ideação suicida em agricultores do Rio Grande do Norte”**, que tem como pesquisador responsável **Isabelle Ribeiro Barbosa**, cujo objetivo geral é **“Avaliar a prevalência e os fatores associados a ideação suicida em agricultores do Rio Grande do Norte”**, uma vez que é necessário uma abertura de espaço para discussão do suicídio no meio rural, sobretudo entre agricultores, suas ideações e fatores de risco, colaborando com um diagnóstico da realidade regional, em que a identificação desses fatores levará ao planejamento de estratégias de prevenção mais efetivas e a elaboração de políticas públicas de saúde voltadas para redução do suicídio nessa população.

Sua participação nesse estudo será no sentido de contribuir para o esclarecimento dos fatores associados a ideação suicida e, conseqüentemente, direcionar o planejamento de políticas públicas de saúde voltadas para prevenção do suicídio. Caso você decida participar, você deverá responder a três instrumentos de coleta de dados, sendo três questionários e um deles referente a um teste: Questionário sociodemográfico, buscando levantar sobretudo aspectos sociais, econômicos e ambientais; Inventário de Ideação Suicida de Beck, a fim de avaliar a presença e gravidade da ideação suicida; *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) para identificar prevalência de Transtornos Mentais Comuns; e teste CAGE será utilizado para avaliar o uso abuso de bebidas alcoólicas. O tempo gasto para responder aos 3 questionários e o teste é de aproximadamente 40 minutos. É importante destacar que a pesquisa acontecerá em um ambiente adequado e reservado, a fim de garantir a sua privacidade.

Você foi avisado de que, da pesquisa a se realizar, pode esperar alguns benefícios, tais como: elaboração de políticas de saúde, voltadas para prevenção do suicídio no RN, e fortalecimento das ações de educação e monitoramento em saúde, principalmente no campo da saúde mental. Por outro lado, você recebeu os esclarecimentos necessários sobre os possíveis desconfortos e riscos decorrentes do estudo, levando-se em conta que é uma pesquisa, e os resultados positivos ou negativos somente serão obtidos após a sua realização. A previsão de riscos é mínima, ou seja, o risco existente é semelhante àquele sentido em um exame físico ou psicológico de rotina, que poderão estar relacionados a algum dano moral ou constrangimento diante das perguntas, uma vez que é um tema ainda pouco debatido. Pode acontecer um desconforto devido a nossa interação, podendo gerar insegurança, constrangimento e lembranças de situações difíceis as quais você passou, gerando danos morais e psíquicos que serão minimizados através de momentos de pausa, interrupção da entrevista, agendamento de uma nova data para coleta, além da liberdade e direito que você tem de desistir, se ausentar ou abandonar a pesquisa no momento em que desejar. Em caso de algum problema que você venha ter, relacionado com a pesquisa, você terá o direito a assistência gratuita psiquiátrica e psicológica que será prestada pelo Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS III) de Caicó, e de um psicólogo que faz parte da equipe, durante a coleta de dados, sendo o responsável por esta assistência, incluindo acesso a esse

serviço, mobilidade, traslado e acompanhamento, o pesquisador responsável, Prof^a Dr^a Isabelle Ribeiro Barbosa.

Durante todo o período da pesquisa você poderá tirar suas dúvidas ligando para a pesquisadora responsável Prof^a Dr^a Isabelle Ribeiro Barbosa (Telefone: 84 9 91469950) ou para o assistente da pesquisa, a doutoranda Emelynne Gabrielly de Oliveira Santos (Telefone: 84 9 91250082). Você tem o direito de recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo para você.

Os dados que você irá fornecer serão confidenciais e serão divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, não havendo divulgação para terceiros e de nenhum dado que possa lhe identificar. Esses dados serão guardados pelo pesquisador responsável por essa pesquisa em local seguro e por um período de 5 anos. Se você tiver algum gasto pela sua participação nessa pesquisa, ele será assumido pelo pesquisador e reembolsado para você. Se você e seu acompanhante necessitarem de transporte para o Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Caicó para poder participar da pesquisa, o valor gasto será ressarcido; bem como será oferecido um lanche nos dias de coleta de dados, caso você aceite. Todas as despesas tidas com a pesquisa em tela serão de responsabilidade do pesquisador responsável/patrocinador. Se você sofrer algum dano decorrente desta pesquisa, você tem direito a solicitar indenização.

Qualquer dúvida sobre a ética dessa pesquisa você deverá ligar para o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (FACISA), telefone (84) 9 9224 0009 ou mandar e-mail para cepfacisa@gmail.com ou cep@facisa.ufrn.br . O Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DO TRAIRI - FACISA é um órgão Colegiado interdisciplinar e independente, constituído nos termos da Resolução no 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, e criado para defender os interesses dos participantes de pesquisas em sua integridade e dignidade.

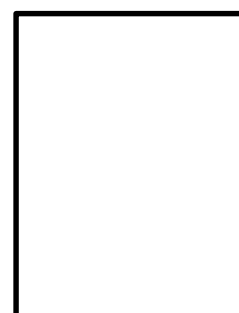
Este documento foi impresso em duas vias. Uma ficará com você e a outra com o pesquisador responsável **Isabelle Ribeiro Barbosa**, e as duas vias do TCLE devem ser rubricadas em todas as suas páginas.

_____ (Rubrica do Participante) _____ (Rubrica do Pesquisador)

Após ter sido esclarecido sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados nessa pesquisa, além de conhecer os riscos, desconfortos e benefícios que ela trará para mim e ter ficado ciente de todos os meus direitos, concordo em participar da pesquisa **“Fatores associados a ideação suicida em agricultores do Rio Grande do Norte”**, e autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas em congressos e/ou publicações científicas desde que nenhum dado possa me identificar.

Santa Cruz, **24/04/2019**

Assinatura do participante da pesquisa
Impressão
datiloscópica
do participante



APÊNDICE C – CARTAS DE ANUÊNCIA



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
CAPS III – ARTE DE VIVER

CARTA DE ANUÊNCIA

Por ter sido informada verbalmente e por escrito sobre os objetivos e metodologia da pesquisa intitulada “Fatores associados a Ideação suicida em agricultores do Rio Grande do Norte”, coordenada por **Emelyne Gabrielly de Oliveira Santos**, concordo em autorizar a realização das etapas “Atendimento e acompanhamento psiquiátrico e/ou psicológico da população do estudo identificada com ideação suicida” nesta Instituição que represento.

Esta autorização está condicionada à aprovação prévia da pesquisa acima citada por um Comitê de Ética em Pesquisa e ao cumprimento das determinações éticas propostas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS. O descumprimento desses condicionamentos assegura-me o direito de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa.

Caicó-RN (22/05/2019).

Eneli Farias Gomes
Coordenadora do CAPS III

Direção/Coordenação



**Sindicato dos Trabalhadores Rurais Agricultores e
Agricultoras Familiares de Caicó - STTR**

CNPJ: 08.069.932/0001-00

CARTA DE ANUÊNCIA

Por ter sido informada verbalmente e por escrito sobre os objetivos e metodologia da pesquisa intitulada "**Fatores associados a ideação suicida em agricultores do Rio Grande do Norte**", coordenada por **Emelyne Gabrielly de Oliveira Santos**, concordo em autorizar a realização das etapas "**coleta de dados, com entrevista semiestruturada e questionário – Inventário de Beck de Ideação Suicida**" nesta Instituição que represento.

Esta autorização está condicionada à aprovação prévia da pesquisa acima citada por um Comitê de Ética em Pesquisa e ao cumprimento das determinações éticas propostas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS. O descumprimento desses condicionamentos assegura-me o direito de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa.

Caicó/RN 23 de maio de 2019.

Sindicato dos Trabalhadores Rurais Agricultores e
Agricultoras Familiares de Caicó
Luizelma Alves de Araújo Rodrigues
Luizelma Alves de Araújo Rodrigues
CPF: 552.565.124-00

Rua Antônio Simeões de Azevedo n.º 23, Centro - Caixa Postal: 501 - CEP: 55.300.000 - Fone: (84) 3347-2276
Fax: (84) 3347-4380 - Caicó - Rio Grande do Norte - E-mail: sttr-saco@rivas.com.br

ANEXOS A – ESCALA DE IDEIAÇÃO SUICIDA DE BECK

Instruções: Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações, dividido em dois grupos. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, ou 2) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira que você tem se sentido na última semana, incluindo hoje. Tome cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer sua escolha.

Parte 1	
1	0= Tenho um desejo de viver que é de moderado a forte 1= Tenho um desejo fraco de viver 2= Não tenho desejo de viver
2	0= Não tenho desejo de morrer 1= Tenho um desejo fraco de morrer 2= Tenho um desejo de morrer que é de moderado a forte.
3	0= Minhas razões para viver pesam mais que minhas razões para morrer. 1= Minhas razões para viver ou morrer são aproximadamente iguais. 2= Minhas razões para morrer pesam mais que minhas razões para viver.
4	0= Não tenho desejo de me matar. 1= Tenho desejo fraco de me matar. 2= Tenho um desejo de me matar que é de moderado a forte.
5	0= Se estivesse em uma situação de risco de vida, eu tentaria me salvar. 1= Se estivesse em uma situação de risco de vida, deixaria vida ou morte ao acaso. 2= Se estivesse em uma situação de risco de vida, não tomaria as medidas necessárias para evitar a morte.
<p>Se você fez um círculo nas afirmações “zero” em ambos os grupos 4 e 5, passe para o grupo 20. Se você marcou “1” ou “2”, seja no grupo 4 ou no 5, então abra a página e vá para o grupo 6.</p> <p>Subtotal da parte 1: _____</p> <p>Subtotal da parte 2: _____</p>	

Total geral: _____	
Parte 2	
6	<p>0= Tenho breves períodos com ideias de me matar que passam rapidamente.</p> <p>1= Tenho períodos com ideias de me matar que duram algum tempo.</p> <p>2= Tenho longos períodos com ideia de me matar.</p>
7	<p>0= Raramente ou ocasionalmente penso em me matar.</p> <p>1= Tenho ideias frequentes de me matar.</p> <p>2= Penso constantemente em me matar.</p>
8	<p>0= Não aceito a ideia de me matar.</p> <p>1= Nem aceito nem rejeito a ideia de me matar.</p> <p>2= Aceito a ideia de me matar.</p>
9	<p>0= Consigo me controlar quanto a cometer suicídio.</p> <p>1= Não estou certo se consigo me controlar quanto a cometer suicídio.</p> <p>2= Não consigo me controlar quanto a cometer suicídio.</p>
10	<p>0= Eu não me mataria por causa da minha família, de meus amigos, de minha religião, de um possível dano por uma tentativa malsucedida etc.</p> <p>1= Eu estou um tanto preocupado a respeito de me matar por causa de minha família, de meus amigos, de minha religião, de um possível dano por uma tentativa malsucedida etc.</p> <p>2= Eu não estou ou estou pouco preocupado a respeito de me matar por causa de minha família, de meus amigos, de minha religião, de um possível dano por uma tentativa malsucedida etc.</p>
11	<p>0= Minhas razões para querer cometer suicídio têm em vista principalmente influenciar os outros, como conseguir me vingar das pessoas, torna-las mais felizes, fazê-las prestar atenção em mim, etc.</p> <p>1= Minhas razões para querer cometer suicídio não têm em vista apenas querer influenciar os outros, mas também representa uma maneira de solucionar meus problemas.</p> <p>2= Minhas razões para querer cometer suicídio se baseiam principalmente numa fuga de meus problemas.</p>
	0= Não tenho planos específicos sobre como me matar.
12	<p>1= Tenho considerado maneiras de me matar, mas não elaborei detalhes.</p> <p>2= Tenho um plano específico para me matar.</p>
13	<p>0= Não tenho acesso a um método ou oportunidade de me matar.</p> <p>1= O método que usaria para cometer suicídio leva tempo e realmente não tenho uma boa oportunidade de usá-lo.</p> <p>2= Tenho ou espero ter acesso ao método que escolheria para me matar e, também, tenho ou teria oportunidade de usá-lo.</p>

14	0= Não tenho coragem ou a capacidade para cometer suicídio. 1= Não estou certo se tenho a coragem ou a capacidade para cometer suicídio. 2= Tenho coragem ou a capacidade para cometer suicídio.
15	0= Não espero fazer uma tentativa de suicídio. 1= Não estou certo se farei uma tentativa de suicídio. 2= Estou certo de que farei uma tentativa de suicídio.
16	0= Eu não fiz preparativos para cometer suicídio. 1= Tenho feito alguns preparativos para cometer suicídio. 2= Meus preparativos para cometer suicídio já estão quase prontos ou completos.
17	0= Não escrevi um bilhete suicida. 1= Tenho pensado em escrever um bilhete suicida ou comecei a escrever, mas, não terminei. 2= Tenho um bilhete suicida pronto.
18	0= Não tomei providências em relação ao que acontecerá depois que eu tiver cometido suicídio. 1= Tenho pensando em tomar algumas providências em relação ao que acontecerá depois que eu tiver cometido suicídio. 2= Tomei providências definidas em relação ao que acontecerá depois que eu tiver cometido suicídio.
19	0= Não tenho escondido das pessoas o meu desejo de me matar. 1= Tenho evitado contar as pessoas sobre a vontade de me matar. 2= Tenho tentado não revelar, esconder ou mentir sobre a vontade de cometer suicídio.
20	0= Nunca tentei suicídio. 1= Tentei suicídio uma vez. 2= Tentei suicídio uma ou mais vezes.
Se você tentou suicídio anteriormente, por favor, responda ao grupo 21 de afirmações.	
21	0= Durante a última tentativa de suicídio, meu desejo de morrer era fraco. 1= Durante a última tentativa de suicídio, meu desejo de morrer era moderado. 2= Durante a última tentativa de suicídio, meu desejo de morrer era forte.

ANEXOS B – QUESTIONÁRIO CAGE

PARTE I – PESQUISADOR

Código do sujeito (Iniciais)		Nº Id. Sujeito	
-------------------------------------	--	-----------------------	--

PARTE II – ENTREVISTADOS

Leia atentamente cada pergunta e marque apenas uma das respostas.

PERGUNTA	RESPOSTA
Alguma vez o Sr.(a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?	() Sim () Não
As pessoas o (a) aborrecem porque criticam o seu modo de beber?	() Sim () Não
O Sr.(a) se sente culpado pela maneira com que costuma beber?	() Sim () Não
O Sr.(a) costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?	() Sim () Não

ANEXOS C – SRQ – 20 Self Report Questionnaire

Teste que avalia o sofrimento mental. Estas questões são relacionadas a certas dores e problemas que podem ter lhe incomodado nos últimos 30 dias. Se você acha que a questão se aplica a você e você teve o problema descrito nos últimos 30 dias responda SIM. Por outro lado, se a questão não se aplica a você e você não teve o problema nos últimos 30 dias, responda NÃO.

OBS.: Lembre-se que o diagnóstico definitivo só pode ser fornecido por um profissional.

1- Você tem dores de cabeça freqüente?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
2- Tem falta de apetite?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
3- Dorme mal?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
4- Assusta-se com facilidade?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
5- Tem tremores nas mãos?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
6- Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
7- Tem má digestão?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
8- Tem dificuldades de pensar com clareza?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
9- Tem se sentido triste ultimamente?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
10- Tem chorado mais do que costume?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
11- Encontra dificuldades para realizar com satisfação Suas atividades diárias?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
12- Tem dificuldades para tomar decisões?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
13- Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa- sofrimento?)	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
14- É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
15- Tem perdido o interesse pelas coisas?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
16- Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
17- Tem tido idéia de acabar com a vida?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
18- Sente-se cansado (a) o tempo todo?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
19- Você se cansa com facilidade?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
20- Têm sensações desagradáveis no estomago?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>

RESULTADO

5

Se o resultado for ≥ 7 (maior ou igual a sete respostas SIM) está comprovado sofrimento mental