

ARTIGOS – POLÍTICAS PÚBLICAS

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL PARA O TRABALHADOR RURAL PUBLIC POLICIES ON MENTAL HEALTH FOR RURAL WORKERS

Amanda S. B. Pinheiro¹³¹,
Angela Nascimento²,
Cláudia F. Pezzini³

RESUMO: Este estudo objetivou uma discussão das Políticas Públicas de Saúde Mental específicas para o trabalhador rural. A metodologia adotada baseou-se na análise bibliográfica e documental no que se refere a saúde mental do trabalhador rural em consonância com as demandas desse campo. Apesar da evolução histórica sofrida na Saúde Mental com a atenção extra-hospitalar e comunitária foi identificada uma lacuna na assistência dispensada ao cuidado da saúde mental do trabalhador rural.

PALAVRAS- CHAVE: Políticas Públicas, Saúde mental, Saúde Trabalhador Rural

ABSTRACT: This study objective a discussion of Public Policy of Mental Health specifics for rural worker. The methodology adopted was based on bibliographic and documentary analysis about the mental health of the rural worker in line with the demands of this field. Despite the historical evolution undergone in Mental Health with out-of-hospital and community care, a gap was identified in the care given to the mental health care of the rural worker.

KEYWORDS: Public Policies, Mental Health, Rural Worker Health

INTRODUÇÃO

O campo das ciências políticas é amplo e promotor de debate profícuo que envolve várias áreas do conhecimento, especificamente no que tange o interesse sobre os fenômenos sociais e a função do Estado. Nesse contexto, o estudo que segue busca fomentar o diálogo entre a psicanálise e políticas públicas, tendo por objetivo analisar as políticas públicas de saúde mental específicas para o trabalhador rural. Para tal, a pesquisa trata de um estudo transversal, descritivo e analítico, que espera estabelecer uma articulação entre esses campos.

A questão central permeia a compreensão do percurso sócio-histórico do trabalhador rural com foco no sofrimento mental, visando alcançar qual é o contexto das políticas públicas para essa demanda específica.

³¹ Graduada em Enfermagem e Mestranda em Ciências Ambientais pela Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT). ² Bacharel em Ciências Contábeis (Unemat) e pós-graduada em Políticas Públicas (Unemat). ³ Graduada em Psicologia, pós-graduada em Gestão de Pessoas (Unijuí); Saúde Pública (Unopar) e Políticas Públicas (Unemat).

Com relação às políticas, registra-se nas últimas décadas um interesse crescente. No Brasil, há uma tendência por modelos mais inclusivos, pautados na participação social, destacando em sua agenda a pesquisa e interpretação das políticas estatais com foco no seu potencial de transformação cultural (HOCHMAN et al 2007).

A Psicodinâmica estuda o sofrimento e as psicopatologias relacionadas ao trabalho e o seu papel potencializador de prazer e/ou sofrimento. O interesse do artigo trata de alinhar o adoecimento no trabalho com a necessidade de intervenção estatal através de uma análise interdisciplinar entre as políticas públicas para o trabalhador rural, naquilo que o adoecer, e a função do Estado (DEJOURS, 1988).

Consubstancia-se que no âmbito da saúde mental há uma crescente atuação do Estado no que se refere à reforma psiquiátrica. Da mesma forma, a área de saúde do trabalhador avança de forma sistemática, respaldados pelos órgãos de vigilância. Paradoxalmente, a saúde mental do trabalhador rural não recebe essa atenção, apontando arenas tensas de disputa política e epistemológica com determinantes que são grandes desafios (COSTA NETO; DIMENSTEIN, 2017) (MADEIRA, 2014).

Para pensar a saúde mental e trabalho rural veremos um breve histórico do contexto social do trabalhador e aspectos fundamentais da psicopatologia do trabalho, o caminho da Política Nacional de Saúde Mental no Brasil e a tentativa de articular Saúde Mental e Trabalhador Rural no contexto das políticas públicas atuais.

DESENVOLVIMENTO: Movimento em defesa da saúde do trabalhador: uma luta histórica

O movimento em defesa da saúde do trabalhador inicia no século XIX. O cenário mostra exploração infantil, péssimas condições de higiene, altos índices de mortalidade e acidentes de trabalho, subalimentação e problemas sociais crônicos. Trabalhadores estruturaram reivindicações, marcando um momento embrionário de saúde mental. O Estado é chamado a intervir e torna-se o árbitro necessário (AMARANTE, 2000).

Inicia-se, portanto, a preocupação com a saúde mental do trabalhador que atenta para a sua relação com a produção e as demandas da organização, configurando um campo científico importante. Segundo um dos fundadores da teoria da Psicodinâmica do Trabalho: “Quanto ao sofrimento mental, ele resulta da organização do trabalho” (DEJOURS, 1988, p.25).

No Brasil, em 2008, os ministros de estado da Previdência Social; do Trabalho e Emprego e da Saúde instituem a Comissão Tripartite de Saúde e Segurança no Trabalho com o objetivo de propor medidas de implementação, baseadas na Convenção nº187, da Organização Internacional do Trabalho - OIT. Somente em 2011, essa Comissão elabora a

Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST) (BRASIL, 2008) (BRASIL, 2011).

Em 2012, essa política foi instituída, oficializando as demandas da sociedade vêm almejando desde a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. O foco foi definir os princípios, diretrizes e estratégias para as três esferas de gestão do SUS, para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, visando a promoção, proteção da saúde e redução da morbimortalidade relacionadas ao trabalho (BRASIL, 2012).

Esse foi um passo importante no processo da implementação da atenção integral a saúde ao trabalhador. A proposta era consolidar a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e sua articulação com as equipes dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) e o fortalecimento da Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT). O grande desafio é a mudança cultural do sistema que deve atuar numa rede integral (BRASIL, 2012), (GÓMEZ, 2013).

Dados epidemiológicos nos dão um parâmetro da importância do tema. A depressão por exemplo, é a principal causa de afastamento do trabalho por sofrimento mental. Em 2016, ela foi uma das principais causas de absenteísmo e presenteísmo e a terceira causa de afastamento do trabalho no país, que lidera o ranking de prevalência entre as nações em desenvolvimento.

A previsão de cobertura de tratamento para depressão e ansiedade entre 2016 e 2030 foi arbitrada de 7 para 33% em países de baixa renda e 28 para 50% em países de média renda. No Brasil, significaria aumentar a cobertura de tratamento de 5,6 para 10 milhões de pessoas. (RAZZOUK, 2016).

No entanto, o alcance desse objetivo na questão rural é extremamente prejudicado. A implementação dessa política nacional para contextos rurais encontra sérias barreiras como: áreas mais remotas, de baixa densidade demográfica, com pequena população dispersa em vasto território, localidades que ficam a longa distância dos centros urbanos, muitas vezes com longos trajetos e estradas com condições precárias (FIOCRUZ, 2019).

Trabalho como Representação Social e sua Implicação na Saúde Mental do Indivíduo

O setor do trabalho é inevitavelmente uma das áreas mais atingidas nas mudanças paradigmáticas e nas conflagrações econômicas. O valor e o sentido do trabalho são sempre impactados. Saúde e trabalho apontam um aspecto que transcende a condição física e destaca a saúde mental como um pilar impossível de ser ignorado.

A saída da revolução Industrial para a contemporaneidade aponta que o trabalhador, e não mais o tempo, passa a ser o foco de investimento e vetor de produtividade. As pessoas passam a constituir para as empresas um

desafio crucial, principalmente na manutenção de padrões elevados de qualidade, produtividade e competitividade (CHIAVENATO, 1996).

O trabalho tem um valor que transcende a subsistência e sempre traz uma carga de significação capaz de gerar prazer ou desprazer. Depois que o homem primevo descobriu a possibilidade de laborar, as relações sociais se aprimoraram. Historicamente, o trabalho toma uma importância a ponto de dar consistência as primeiras relações sociais. Segundo Freud: “(...) provavelmente os membros de sua família foram os seus primeiros auxiliares” (FREUD, 1930, p.119).

O trabalho exerce função de identidade e pode ser tanto benéfico quanto prejudicial a sua saúde, principalmente a saúde emocional. Sob a ótica da Psicodinâmica do Trabalho, prazer e sofrimento vão ser agregados ao trabalho assim como na vida de cada trabalhador. De tal modo, o sofrimento é inevitável, mas não necessariamente precisa ser patológico e prejudicial (RODRIGUES E CALHEIROS, 2019).

Portanto, para que seja possível compreender o que afeta a saúde mental do trabalhador é necessário considerar sua relação com a especificidade do trabalho, o valor social implicado na atividade e os fatores críticos que causam dissonância entre prazer e sofrimento. Quando se impede qualquer construção de significado - o sofrimento se torna ameaçador (DEJOURS, 1949).

Ao considerarmos a construção histórica da saúde do trabalhador e da saúde mental no processo de trabalho é possível alinhar que o sofrimento e as demandas que ocorreram e podem vir a ocorrer em determinados grupos estão relacionados a aspectos sociais, psíquicos e interpessoais.

Essa é uma correlação complexa com o sentido que o trabalhador e o grupo dispõem a um determinado tipo de produção. Quando isso acontece quais os recursos e as possibilidades de acolhimento e tratamento ao trabalhador? Qual a política de saúde mental vigente no País?

BREVE HISTÓRICO DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL

A saúde mental no Brasil durante o século XIX foi caracterizada pela institucionalização de portadores de transtornos mentais exclusivamente, sem uma alternativa de assistencialismo a estes, os hospitais psiquiátricos que realizavam os atendimentos se encontravam nas regiões centrais de maior desenvolvimento econômico, o que por sua vez resultava em macrorregiões do país sem qualquer recurso em saúde mental (AMARANTE, 2000).

A partida oficial do movimento social em prol dos direitos dos pacientes psiquiátricos se deu em 1978, com o MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental composto por associações de familiares, sindicalistas, membros de associações profissionais e pacientes. Inicia-se uma reestruturação que trazia consigo a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura (AMARANTE, 2017).

Em 1987, o lema do II Congresso Nacional do MTSM foi “Por uma sociedade sem manicômios”. No mesmo ano surge o primeiro CAPS no Brasil, em São Paulo capital. Dois anos mais tarde houve a primeira intervenção do governo em um hospital Psiquiátrico, Casa de Saúde Anchieta- SP, local marcado por maus-tratos e óbitos com repercussão a nível nacional. Também foi implantado em Santos- SP o NAPS, com funcionamento 24 horas além de cooperativas e casas para os pacientes egressos dos hospitais (BRASIL, 2004) (AMARANTE E NUNES, 2018).

O Projeto de Lei Paulo Delgado, incentivou movimentos sociais que culminou na aprovação da lei que determinava a extinção progressiva de leitos psiquiátricos, devendo ser substituídos por uma rede de atenção. Com a pactuação firmada pelo Brasil na Declaração de Caracas e pela II Conferência Nacional de Saúde Mental passaram a vigorar as primeiras normas federais para implementação de serviços de atenção psicossocial. (AMARANTE e TORRES, 2001)

Somente em o 2001 a Lei que dispões sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental foi sancionada no país. Assim a rede de atenção diária aos pacientes psiquiátricos vive uma expansão perceptível, alçando regiões anteriormente marcadas por uma tradição hospitalar.

Instaura-se a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), segundo a Portaria GM, 3.088/11, que implica na responsabilidade dos três níveis de gestão do SUS (federal, estadual e municipal) para que estabeleçam mecanismos de pactuação adequados, permitindo pensar a partir da realidade e demandas específicas territoriais as questões de saúde mental (ASSIS et al., 2014).

Diante disso, as políticas públicas foram sendo ampliadas e ganharam corpo numa luta importante que consolidou a área de saúde mental como uma ação importante no País. Há evidentes avanços que respaldam o acolhimento ao portador de transtorno mental, contudo, com relação ao trabalhador rural temos especificidades a serem consideradas. O trabalhador rural com transtorno mental consegue ser acolhido por essa rede de atendimento urbanizada? Não há diferenças significativas entre o trabalhador rural urbano e o rural a serem consideradas?

O TRABALHO RURAL E AS POLÍTICAS DE SAÚDE

A discussão do conceito de rural no mundo todo é ampla, inesgotável e bastante questionada. Sua definição é considerada uma meta distante, tornando-se ainda mais complexa quando ligada ao conceito de trabalho. De forma geral, rural é usado frequentemente com antônimo de urbano. Essa definição recebe críticas, na medida que deixa de construir as características importantes do espaço para focar nas suas carências. (MURRAY, et al., 2004) (PERES, 2009).

O trabalho rural no Brasil se confunde com a história de colonização do país, marcada pela exploração de recursos e do trabalho servil, com mão-de-obra indígena e escrava de origem africana. Destaca-se três aspectos fundamentais: 1) a grande propriedade fundiária; 2) a monocultura; e 3) o trabalho escravo. Historicamente, os interesses do grande latifúndio, perpetua o modelo adotado pelos portugueses de concessão das capitanias hereditárias e nas políticas desenvolvimentistas. (DIAS, 2006).

No Brasil a regulamentação do trabalho rural só aconteceu em 1963, com a aprovação do Estatuto do Trabalhador Rural (E.T.R) que passou a estabelecer algumas relações de empregado, empregador e sindicato. Também contribuiu para a ampliação dos direitos e deveres dos trabalhadores rurais, sendo inserido no contexto da legalidade trabalhista do país, com a aprovação da lei 5.889/73, convertida na Lei Federal nº 11.718/2008.

Mesmo diante dos avanços das políticas de saúde mental e de saúde do trabalhador, o rural ainda é um desafio principalmente diante da dificuldade geográfica, do despreparo das equipes de saúde e as questões culturais e estigmas do território. Além de ter que se deslocar e se organizar de forma muito mais exaustiva para usufruir do serviço do que o urbano, encontra a não escuta do seu modo de vida. Não há disponível informações epidemiológicas que permitam conhecer de que adoecem os trabalhadores rurais no Brasil, ou o perfil de morbimortalidade (DIAS, 2006) (SANTOS, 2015).

Muitos trabalhadores têm manifestado sofrimento e adoecimento psíquico e não têm encontrado acolhimento nos serviços de saúde do SUS. No caso dos trabalhadores rurais a situação é mais complexa pois há poucos dados e desinteresse dos pesquisadores em nível internacional. Falta interesse e capacitação profissional nos órgãos públicos em retratar as condições gerais de saúde da população rural no Brasil. (MOREIRA ET AL., 2015) (SANTOS, 2016) (MADEIRA, 2014).

A questão de saúde mental ainda é um entrave para os trabalhadores e para a rede de atendimento, mas também um estigma que nem faz parte do vocabulário dos trabalhadores rurais. Um exemplo disso é a pesquisa realizada com agricultores familiares do município de Santo Antônio do Monte/MG que ouviu esses trabalhadores e apurou que, na concepção deles, problema de saúde é equivalente a problemas físicos, como “problema do coração” e saúde está vinculada à alimentação saudável que acreditam ter no campo, diferentemente dos alimentos industrializados da cidade (RIBEIRO et al., 2015) .

O consenso é de que as políticas públicas têm sido falhas para essa parte da população. Não sendo diferente com o que ocorre na educação nesse território que foram inicialmente esquecidas e depois de muito tempo, colocadas numa agenda urbana. Em grande parte, essa sistemática de negligência se dá devido à concepção do meio rural representar atraso e retrocesso, enquanto o urbano retrata o desenvolvimento e a modernidade.

Essa premissa discriminatória também influencia na dificuldade de sucessão crescente e no êxodo rural. (SANTOS e NETO, 2015)

Somente em 2011, foi lançada uma Política mais específica, a Política Nacional de Saúde Integral das populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCF), com o objetivo de garantir a saúde por meio do SUS, e atender as especificidades dos trabalhadores rurais, definidos como populações do campo, da floresta e das águas.

Porém, a PNSIPCFA ainda não produziu resultado expressivo, não apresenta maiores informações nem avanço nessa proposta, muito menos traz dados epidemiológicos consistentes na área da saúde mental do trabalhador rural. Assim, a necessidade de se desenvolver políticas públicas direcionadas à aplicação e fiscalização não só do trabalho no meio rural é reiterada, numa construção que respeite suas peculiaridades e valorize esse segmento não só em termos econômicos (SANTOS, 2015) (NETO E DEMENSTEIN, 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise do contexto sócio-histórico da saúde do trabalhador e da saúde mental, assim como o movimento em defesa da saúde do trabalhador apontam conquistas significativas no que tange as políticas públicas e a intervenção do Estado, contudo, o trabalho rural e a política de saúde ainda não abraçaram as suas especificidades.

A inclusão do sofrimento do trabalhador rural se faz urgente. A invisibilidade dos dados e do tema na agenda governamental aponta uma negligência a ser reconsiderada. As políticas de saúde mental e de saúde do trabalhador, ao ignorarem as especificidades da ruralidade e da relação do trabalhador rural com seu meio quebram o princípio de territorialidade e integralidade do serviço de saúde a que desde o início se propõem.

A relevância desse trabalho se apoia fundamentalmente nessa invisibilidade de ações e políticas públicas que discutam de forma efetiva o sofrimento mental na área rural. Indubitavelmente essa discussão aponta a necessidade de ampliar o referencial teórico-metodológico, de modo a subsidiar a produção de cuidados numa perspectiva psicossocial, territorializada e contextual.

Dentre as três políticas discutidas, Política Nacional de Saúde Mental, de Saúde Integral do Trabalhador e a PNSICFA, esta última sem dúvida ocupa um vazio importante no que refere a saúde do trabalhador rural, permitindo um debate amplo sob uma perspectiva de saúde integrada e territorial. Porém, ainda é pouco conhecida e não conseguiu implementar nenhuma ação articulada significativa de grandes mobilizações.

Espera-se com este estudo além de discutir e identificar as políticas públicas de saúde mental para o trabalhador rural possa respaldar três níveis de atuação do Estado:

- 1) Incentivar o aprimoramento do modelo de atenção à saúde mental do trabalhador rural.
- 2) Promover estudos e elaborar dados substanciais sobre esse território que possam incentivar gestores, equipes e pesquisadores na reformulação de práticas de saúde mental que o contemple de forma eficaz.
- 3) indicadores que possam fomentar e consolidar a atenção básica às demandas em saúde mental dessa população.

REFERÊNCIAS

- BRASIL**, Ministério da Saúde. Caderno Humaniza SUS- Saúde Mental. v. 5, 548 p, Brasília- DF, 2015.
- BRASIL**, Ministério da Saúde. Mais sobre os serviços disponíveis em Saúde Mental, 2013. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/conte-com-a-gente/leia-mais-conte-com-a-agente> Acesso em: 24 de outubro de 2017.
- BRASIL**, Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil- Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas, 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf Acesso em 23 de outubro de 2017.
- BRASIL**, Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. 86 p, 2004.
- BRASIL**. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. Caderno 5. Saúde do Trabalhador. Brasília. 2002.
- CHIAVENATO, Idalberto. **Introdução à Teoria Geral da Administração**. 3a. ed. São Paulo: Atlas, 1996.
- DEJOURS, Christophe, 1991. **A Loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. São Paulo: Cortez-Oboré, 5ª. ed.
- DIAS, Elizabeth Costa. **Condições de vida, trabalho, saúde e doença dos trabalhadores rurais no Brasil**. Saúde do Trabalhador Rural – RENAST, versão fev. 2006.
- FIGUEIRA, Paulo. **O trabalho rural no Brasil e no Amapá**. Publicado em 02 de novembro de 2010, disponível em: <http://www.webartigos.com/artigos/o-trabalho-rural-no-brasil-e-no-amapa>. Consultado em 22/10/2017.
- FREUD, S. (1913). **Totem e Tabu**. Volume 13. Rio de Janeiro: Imago, 1990.
- FREUD, S. (1921). **Psicologia das massas e análise do ego**. Volume 18. Rio de Janeiro: Imago, 1990.
- PORTARIA nº 2.866, de 02 de dezembro de 2011, disponível em: www.bvsmms.saude.gov.br, consultado em 23/10/2017.
- MADEIRA, Lígia Moori (Org.). **Avaliação de políticas públicas**. Porto Alegre: UFRGS/CEGOV, 2014.