

Questões socioeconômicas, laborais e de saúde na cadeia produtiva do agronegócio da cana-de-açúcar na região do Noroeste Paulista¹

Socioeconomic, labor and health issues in the agricultural business of sugar cane in the Northwest Paulista

Maria Silvia de Moraes

Doutora em Sociologia. Docente do Departamento de Epidemiologia e Saúde Coletiva - FAMERP.

Endereço: Av. Brigadeiro Faria Lima, 5416, São Pedro, CEP 15090-000, São José do Rio Preto, SP, Brasil.

E-mail: msmoraes@famerp.br

José Carlos Cacau Lopes

Doutor em Saúde Coletiva. Docente do Departamento de Epidemiologia e Saúde Coletiva - FAMERP.

Endereço: Av. Brigadeiro Faria Lima, 5416, São Pedro, CEP 15090-000, São José do Rio Preto, SP, Brasil.

E-mail: zekakau@uol.com.br

Roseana Mara Aredes Priuli

Mestre em Ciências da Saúde. Professora contratada pela Faculdade UNIESP, União das Escolas do Grupo FAIMI de Educação e UNIESP - Mirassol.

Endereço: Av. Luiz Fernando Moreira, 10-15, São José, CEP 15130-000, Mirassol, SP, Brasil.

E-mail: roseanap@gmail.com

¹ Pesquisa financiada pelo CNPQ edital MCT/CNPQ/CT-Saúde N°. 021/2008. Avaliação dos impactos da expansão sucroalcooleira na saúde dos trabalhadores e da população afetada.

Resumo

Objetivos: caracterizar o perfil socioeconômico, a motivação, a percepção dos impactos do trabalho para a saúde e a relação com o sistema de saúde dos migrantes trabalhadores do corte de cana-de-açúcar. **Método:** estudo descritivo transversal a partir de um censo com a aplicação de questionário semiestruturado para 112 migrantes cortadores de cana da cidade de Mendonça, SP, em 2009, abordando as categorias trabalho, sistema de saúde e acesso aos serviços. **Resultados:** a maioria (90%) procedeu da região Nordeste do Brasil; jovens na faixa etária entre 18 a 30 anos (75%); boa parte deles (86%) considerou o salário e o emprego formal os dois grandes motivadores para esse tipo de trabalho. A maioria (92%) considerou sua saúde boa; 48% sentiram algum tipo de dor no corpo atribuída ao cansaço do trabalho. Embora 39% tenham utilizado os serviços médicos da unidade básica de saúde de Mendonça, a maioria não teve acesso ao atendimento devido à incompatibilidade de horários de funcionamento do estabelecimento e das folgas dos trabalhadores; e, grande parte (87%) fez uso de automedicação. **Discussão:** a motivação por emprego formal e salário levam essa população jovem à percepção do cansaço e dores no corpo como elementos integrantes do trabalho. Somadas à exigência de alta produtividade, penosidade do trabalho, falta de repasse de verba para o setor da saúde, assim como a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, o que pode estimular a prática da automedicação, geram uma realidade que dificultam a implementação de políticas públicas para os trabalhadores.

Palavras-chave: Migração; Saúde do trabalhador; Sistema de saúde; Políticas públicas.

Abstract

Objectives: to characterize the socioeconomic profile, the motivation and the perception of the impact of the labor in relations to health, and the role of the health system for the migrant cane-cutting workers. **Method:** a transversal-descriptive study based on a sample population. Data were collected through a semi-structured questionnaire applied to 112 migrant cane cutters in the city of Mendonça, Sao Paulo, in 2009, covering the categories of labor, health care and access to services. **Results:** most of the cutters (90%) came from Northeast region of Brazil; young people aged between 18 and 30 years old (75%), most of them (86%) considered salary and formal employment the two great motivators for this type of job. The majority (92%) considered themselves healthy, 48% experienced pain in their body due to tiredness. Although 39% used the services of Medical Health Unit of Mendonça, most had no access to care due to incompatible hours of operation of the establishment and the clearances of the cutters, and a large part (87%) made use of self-medication. **Discussion:** the motivation of young people for formal employment and wage induces the perception of tiredness and body aches as integral elements of the job. Together with the requirement of high productivity, painfulness of labor, lack of transfer of funds to the health sector and the difficulty of access to health services, which can stimulate self-medication; generate a reality that hinder the implementation of public policies for employees.

Keywords: Migration; Occupational Health; Health System; Public Policy.

Introdução

O Brasil é considerado um país avançado constitucionalmente em relação ao seu sistema de saúde, no qual o acesso à saúde é um direito de todos (Béhague e col., 2002). No entanto, grande parte da população continua com problemas, principalmente devido à qualidade no processo de assistência. Dentre todas as políticas públicas voltadas à prestação de serviços, a classe trabalhadora configura como o grupo com os aspectos mais críticos do quadro sanitário. Embora os sindicatos brasileiros apresentem uma importância histórica na conquista de melhorias na assistência, ainda estamos longe de uma realidade satisfatória, e um dos pontos críticos está vinculado à saúde do trabalhador (Gomez e Lacaz, 2005).

Sabe-se que a mortalidade por acidentes de trabalho no Brasil vem se mantendo em patamares mais elevados do que a de outros países, a despeito da tendência de declínio nas últimas décadas. O que chama a atenção é um grave problema de subnotificação cada vez mais frequente de óbitos por acidentes de trabalho no Brasil. Sobre os acidentes não fatais, ou seja, os de gravidade variável, a estimativa de ocorrência é de quase o dobro quando se tratam de trabalhadores da área rural, igualmente acontecendo com o sub-registro (Santana e col., 2005).

Pesquisas populacionais mostram que a incidência cumulativa anual para acidentes não fatais varia entre 3% e 6%. E, o que é ainda mais grave, os trabalhadores rurais têm o dobro do risco do que os de área urbana. Assim dimensionado o problema, tornam-se relevantes questões que envolvem a saúde do migrante trabalhador rural nas lavouras da cana-de-açúcar.

Segundo a União da Indústria Canavieira do Estado São Paulo (2010), atualmente o Brasil é o maior produtor mundial de açúcar e etanol proveniente da cana-de-açúcar, tendo aproximadamente 7 milhões de hectares de área plantada ou cerca de 2% de toda a terra arável do país, e praticamente toda colheita é feita manualmente, mesmo que existam alguns acordos estaduais para o término desse procedimento de trabalho. As regiões de cultivo são Centro-Sul (89%) e Nordeste (11%), permitindo duas safras ao ano; portanto, durante todo o ano o Brasil produz açúcar e etanol para os mercados interno e externo, detendo cerca de 60% do mercado global.

O trabalho nos canaviais não é uma atividade nova, no entanto, atualmente o desgaste físico compreendido pelos trabalhadores é muito maior. Tal se explica em função do desgaste do solo ao longo dos anos, cuja produção por hectare tem sido menor. Dessa forma, para manter uma produção diária equivalente ao que se realizava até meados da década de 1980 é necessário um dispêndio bem maior de energia. O trabalhador, ao chegar ainda cedo no canal enfrentando, em seu ambiente de trabalho, temperatura elevada que pode atingir 40°C. A prática da queima da cana, horas antes de seu corte, aquece a terra e o calor se conserva até o início da jornada, podendo se intensificar no decorrer do dia pela ação solar, sendo um fator de risco para hipertermia e desidratação (Castilho, 2006). Estudos realizados no país têm evidenciado que as queimadas aumentam a geração de poluentes, sendo a exposição aos mesmos associada a efeitos respiratórios agudos e crônicos, principalmente dos trabalhadores da agroindústria do corte da cana-de-açúcar (Cançado e col., 2006; Arbex e col., 2007).

O trabalho do corte da cana no Brasil utiliza mão de obra proveniente de Estados que não os produtores, principalmente do Nordeste para São Paulo. Anualmente, próximo de um milhão de trabalhadores rurais buscam emprego temporário fora de seus Estados para trabalhar em diversas lavouras, principalmente a da cana-de-açúcar. Apesar desse tipo de trabalho ser considerado sazonal, ele pode ser prorrogado por um período de até 10 meses no ano, representando um aumento quase contínuo das demandas por infraestrutura nos municípios receptores. Soma-se ao problema da quantidade de pessoas a saúde do migrante. Esses trabalhadores necessitam de maior atendimento médico, pois, além dos efeitos nocivos da queima da palha, o corte da cana impõe uma sobrecarga física, como já salientado. No entanto, apesar de aumentar a necessidade nos atendimentos de saúde e sociais dos municípios, os migrantes não são contabilizados no repasse de verbas, ficando na dependência da gestão local o atendimento de suas demandas de assistência.

Por isso, visualiza-se a necessidade de se pensar em estratégias para o desenvolvimento social e a criação de políticas públicas municipais, em busca de soluções que diminuam essa vulnerabilidade,

tanto socioeconômica quanto socioambiental, uma vez que a Constituição brasileira prevê o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde.

A par das considerações acima, a investigação desse trabalho diz respeito à caracterização socioeconômica dos migrantes trabalhadores do corte da cana; a percepção dos impactos das atividades do corte da cana para a sua saúde e, também, das dificuldades enfrentadas pelos migrantes na relação com o sistema de saúde. O intuito é o de apreender os elementos considerados, ampliando o universo de questões e fatores relevantes no fenômeno da migração sazonal no Brasil.

Material e Método

A presente investigação faz parte da pesquisa financiada pela agência CNPq Edital CT- Saúde nº. 021/2008, cujo tema é a “Avaliação dos impactos da expansão sucroalcooleira na saúde dos trabalhadores e da população afetada”. Este trabalho aborda a caracterização e a construção da trajetória de vida dos trabalhadores cortadores de cana na cidade de Mendonça, Estado de São Paulo, Brasil. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Selecionamos o município de Mendonça, localizado em um raio de 50 km da cidade pólo de São José do Rio Preto, visto pertencer a uma região de expansão da indústria sucroalcooleira e também devido à maior facilidade de acesso aos trabalhadores, condição necessária, e nem sempre possível, em outras regiões.

Segundo o IBGE (2007), Mendonça está localizado na 8ª Região Administrativa do Estado de São Paulo, sendo a sede dessa região o município de São José do Rio Preto. Com uma população de 3.980 habitantes, apresenta Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) no valor de 0,771; as condições de vida de seus habitantes mostram que 71% ganhavam no máximo três salários mínimos.

O município abriga uma usina sucroalcooleira que realiza o plantio da cana, o corte e a colheita manuais, a partir de um processo de trabalho muito similar a de outras cidades que possuem usinas instaladas. A exemplo de outras localidades, em

Mendonça são reproduzidas condições semelhantes de moradia, meios de transporte para o deslocamento dos migrantes trabalhadores aos canaviais, condições de trabalho e também com relação aos impactos na infraestrutura de atendimento no sistema de saúde.

Quanto à coleta de dados, tratou-se de um censo cuja amostra foi composta de voluntários migrantes trabalhadores rurais do corte da cana do município de Mendonça, no ano de 2009.

Com o objetivo de descrever o perfil dos migrantes, das motivações da migração e a percepção quanto aos problemas enfrentados no corte da cana e no acesso aos equipamentos de saúde foi aplicado um questionário semiestruturado com perguntas abertas e fechadas para todos os 112 migrantes cortadores de cana que pertenciam à amostra selecionada. As perguntas fechadas visaram trabalhar as variáveis socioeconômicas e as abertas visaram captar as percepções sobre as variáveis de motivação, de saúde e de acesso aos serviços de saúde.

A amostra trabalhada neste estudo coincidiu com a da pesquisa global financiada pelo CNPq, em que foram avaliados fatores ergométricos, físicos e biológicos. Portanto, contemplou os trabalhadores na faixa etária entre 18 e 40 anos, que não tinham reconhecidamente doenças cardiopulmonares nem faziam uso regular de medicamentos para hipertensão arterial, arritmia cardíaca, hipercolesterolemia, broncodilatador, corticosteróide e anticoagulante; não fumantes ou ex-fumantes.

As categorias referentes ao trabalho no corte de cana foram selecionadas segundo o critério das dimensões escolhidas pertinentes à tipologia que reflete as relações entre migração, trabalho e saúde. Com relação à percepção dos migrantes sobre sua saúde, ela foi dividida em saúde boa, sem nenhuma dor; e saúde boa, mas com dor. Nessa segunda categoria eles opinavam sobre o tipo e a causa da dor. Quanto às categorias referentes aos serviços de saúde foram perguntados inicialmente quais serviços de saúde usaram quando tiveram algum problema de saúde. Esse item foi categorizado segundo as dificuldades em acessar os serviços.

Quanto à metodologia de análise, mediante os dados coletados através do questionário semiestruturado foi construída uma base de dados que

produziu as informações. As perguntas abertas foram codificadas após identificação das categorias de resposta mais frequentes, tais como percepção da sua saúde e o acesso aos serviços de saúde.

Resultados

A administração pública do município de Mendonça contabiliza anualmente a recepção de aproximadamente 400 migrantes vindos da região Nordeste do Brasil. Considerando que o último censo computou uma população aproximada de 3.980 habitantes na cidade, o recebimento desse contingente de trabalhadores provoca um incremento populacional de cerca de 10%, o que representa um impacto significativo em muitos aspectos da vida local.

Os dados mostram uma predominância de dois Estados, Pernambuco e Paraíba, que juntos representam mais de 90% do contingente de migrantes. Os principais municípios nordestinos que ofertam essa mão de obra são: Flores, Triunfo e Princesa Isabel, regiões com baixos indicadores sociais e elevada pobreza. Uma pequena quantidade desses trabalhadores (em torno de 10%) retorna antes ou logo após o início da colheita, por considerar o trabalho muito difícil, sendo que os demais retornam aos seus Estados de origem após o término da safra, de até 10 meses.

Referente ao ano da pesquisa (2009), a maioria deles (57,9%) estava na faixa de 21 a 30 anos, 25% com 31 anos ou mais e 17,1% tinham entre 18 e 20 anos. O perfil jovem da população está ligado ao tipo de trabalho que requer grande esforço e resistência física no processo de trabalho.

Segundo os entrevistados, o recrutamento e a seleção prévia são realizados no início do ano por um homem conhecido por “gato”, morador da própria terra natal que seleciona os mais jovens e aparentemente saudáveis. Em seguida, com data pré-agendada, um médico contratado pela usina vai até eles no Nordeste para realizar os exames admissionais, sendo efetuada, em seguida, a contratação em carteira de trabalho assinada. Por ocasião da data da viagem dos trabalhadores para o interior paulista (meses de fevereiro-março) um ônibus fretado pela usina busca-os nas suas cidades e leva-os até o destino de moradia e trabalho.

As residências localizam-se no perímetro urbano, cujo aluguel é pago diretamente pela usina, que ao final do mês desconta o valor na folha de pagamento de cada trabalhador. As casas são de alvenaria, forradas, com 2 dormitórios onde estão instaladas até 5 camas em cada quarto e um pequeno quintal. É nesse espaço provisório que convivem até 10 homens, por um período de até 10 meses ao ano, em que eles próprios cuidam dos afazeres domésticos contando com serviços de faxina uma vez por semana.

Dessa forma, a usina contrata os cortadores diretamente no local de origem e o exame médico admissional é realizado na própria cidade, operação intermediada pelo chamado “gato”, segundo relatos: *vem para o corte de cana os que não têm nenhum problema com a saúde; um médico vai para as cidades e faz todos os exames para verificar a saúde e selecionar os que podem viajar.*

Chama a atenção que, do total dos migrantes, a metade (51%) migrava pela primeira vez, 30% pela segunda e 19% já se deslocara três ou mais vezes para o corte de cana, o que evidencia o grau de atratividade que implica o trabalho temporário nos canaviais do interior do Estado de São Paulo.

Quando perguntado sobre as vantagens de trabalhar no corte de cana, 86% consideram como fator determinante os salários pagos e a oportunidade de emprego formal. A decisão de migrar para trabalhar no corte de cana tem forte influência de parentes ou amigos, ou seja, 88% dos entrevistados admitiram incentivos de parentes e ou amigos.

Outro dado que chama atenção é que 75% vivem com uma companheira no seu local de origem; 33% declaram possuir filhos, mas apenas 9% trouxeram a família, e apenas 11% pretendem continuar morando no município de Mendonça. Há evidências aqui de que a intenção é retornar à terra natal, após o trabalho no período da safra.

O levantamento também revela que 61% cursaram até o ensino fundamental, 28% cursaram o ensino médio e 11% não sabem ler e escrever.

Quanto à percepção dos migrantes sobre o trabalho no corte da cana, a maioria (83%) afirmou não ter tido doença devido ao trabalho, embora 35% deles dissessem conhecer alguém que ficou doente com incidência maior de problemas de coluna.

Sobre as maiores dificuldades com relação ao

trabalho citaram em primeiro lugar que ele é pesado (47%), depois a saudade da família (32%) e ainda o calor do sol com temperatura alta (21%).

Boa parte (78%) afirmou nunca ter se acidentado no trabalho, mas 22% sofreram algum tipo de acidente. Os acidentes mais frequentes foram cortes na mão e pé, e que necessitaram de cuidados de saúde.

No que se refere à percepção da saúde, os dados mostram que os trabalhadores cortadores de cana consideram sua saúde boa (92%), mas 48% disseram sentir algum tipo de dor no corpo, atribuída ao cansaço: *Essa dor, muitas vezes, é devido o cansaço, não é doença.*

Quanto à infraestrutura de assistência à saúde e ao acesso aos serviços de saúde, uma parte (39%) dos cortadores de cana utilizou serviços médicos da unidade básica de saúde da cidade de Mendonça (UBS) no ano de 2010. Quanto às políticas de saúde, o município possui um estabelecimento de saúde público total (UBS), SUS, em nível municipal, com especialidades e com apoio à diagnose e terapia. Possui ainda atendimento ambulatorial (SUS) com atendimento médico em especialidades básicas e com atendimento odontológico. O município possui também um estabelecimento de saúde privado total com fins lucrativos, saúde particular com apoio à diagnose e terapia.

O sistema de saúde do município de Mendonça não possui leitos para internação em estabelecimentos de saúde pública municipal, estadual, federal ou privado; não possui equipamentos como mamógrafo com comando simples ou com estéreo - taxia; raio X para densitometria óssea, tomógrafo, ressonância magnética; ultrassom doppler colorido; eletrocardiograma; eletroencefalograma; equipamento de hemodiálise; raio X até 100 mA; raio X de 100 a 500 mA; raio X mais de 500 mA; não possui estabelecimento de saúde com atendimento em emergência total, pediátrica, psiquiátrica, clínica, cirurgia, neurocirurgia e outros (IBGE, 2007).

Como se observa, trata-se de uma rede básica de saúde pública de pequeno porte que presta assistência à saúde dos cortadores de cana e de todos os moradores da cidade. As demandas de emergência e casos graves são encaminhadas para a cidade mais próxima, José Bonifácio, a 30 quilômetros de Mendonça, ou para um ainda centro maior, como é o caso

de São José do Rio Preto, distante a 50 quilômetros.

O motivo da procura da unidade de saúde, segundo os entrevistados, foi devido aos *cortes que infeccionaram, febre que não passa, e dor nas costas que não consegue levantar*.

Mesmo assim, a maioria (87%) disse: *quando sinto mal (febre, gripe, mal-estar) vou à farmácia e compro remédio (diclofenaco); procurar médico é difícil, o posto não funciona no horário da nossa folga*.

Com relação aos migrantes que vieram com a família, 9% afirmaram que não têm dificuldade para levar alguém da família para “o postinho” (unidade de saúde) para consultas de pediatria e clínica geral; porém, quando necessitaram de um exame ou tratamento mais especializado, afirmaram: *aí fica difícil, porque é na outra cidade*.

Quanto à remuneração da jornada de trabalho de 8 horas diárias, cinco dias por semana, o salário é medido segundo a quantidade de metros cortados de cana. A primeira medição em campo é feita pela metragem cortada, que é convertida em toneladas cortadas por dia, sendo essa conversão baseada em cálculos e regras de três. Sendo assim, quanto ao salário mensal, 69% receberam quase dois salários mínimos (1.000 reais mensais); e boa parte deles (86%) enviou dinheiro para a família.

Além disso, mais da metade dos migrantes pretende retornar nas próximas safras e os planos mais importantes são adquirir bens de consumo (moto, computador, eletrodoméstico etc.). A maioria deles afirmou que o esforço de migrar para trabalhar em serviço “pesado” é para juntar dinheiro para comprar “coisas diferentes” para eles e família. Um dos jovens disse: *Na minha cidade trabalhava como empacotador de supermercado. Gosto de comprar motos e já tive três. Mas só trabalho na cana porque depois vou embora para casa. Ficar pra sempre não dá*.

De acordo com as informações reveladas pelos trabalhadores, 76% telefonam semanalmente para seus familiares, o que diminui a saudade e solidão.

Em relação ao preconceito dos moradores 78% consideram que há muito preconceito. Um dos entrevistados disse: *Todos os migrantes são chamados de Paraíba*.

Quanto à situação de moradia dos familiares dos migrantes nas suas cidades de origem, 96% possuem casa própria e 86% dos domicílios é de

alvenaria e considerada acabada, sendo que somente 11% foram identificadas como inacabadas. Apenas 3% das moradias são de construções de madeira, misto e outros.

Por outro lado, 81% dos domicílios possuem até seis cômodos, sendo que 78% deles possuem de dois a três dormitórios. Esse dado chama atenção quando comparado com o tamanho das famílias, uma vez que os entrevistados declararam possuir acima de cinco irmãos, dos quais 18% declaram ter mais de sete irmãos. Considerando que 81% dos domicílios possuem seis cômodos temos um indicativo de elevada densidade por domicílio. Outro importante indicador é que 20% dos domicílios não possuem tratamento de água nas residências.

Sobre o trabalho no local de origem, 95% trabalharam sem registro em carteira profissional; 70% possuíam algum membro da família que participava de algum programa social de transferência de renda.

Discussão

As motivações que acompanham o processo migratório

De acordo com os estudos de Silva e Martins (2006), a decisão de deixar localidades para migrar extrapola a questão individual, sendo que os fluxos migratórios estão inseridos na lógica capitalista, uma vez que representam indivíduos que se deslocam para se inserirem na relação salarial. A economia capitalista avançada necessita de mão de obra temporária em alguns lugares e tempo, e a economia miserável necessita do dinheiro auferido, por alguns de seus membros para continuar existindo.

Os resultados dessa investigação corroboram com outro estudo (Dota, 2008), cujas evidências são de que o trabalho nas lavouras paulistas se mostra como necessário para essa população, mas não pela simples busca pela sobrevivência. O objetivo fundamental dessa jornada de trabalho é a conquista e manutenção de certo poder aquisitivo, o qual cria condições para aquisição de determinados objetos que em situação de vida normal se tornam improváveis no Nordeste. Esses objetos são motocicletas, carros e aparelhos eletroeletrônicos, que acabam por compensar todas as dificuldades de se viver quase dez meses longe de casa.

Podemos avaliar que a migração devido o corte da cana na cidade de Mendonça representou um adicional de aproximadamente 10% no total da sua população (o município contava com 3.980 habitantes e chegaram 400 cortadores de cana). Considerando que as cidades são complexas e coexistem grupos com visões de mundo diferentes, a chegada do migrante com outro modo de vida pode causar um estranhamento entre os habitantes, como explicam Godwin e Bechtel (2004). Esse sentimento, em parte, é proveniente do fluxo migratório de caráter provisório, em que os migrantes permanecem em torno de dez meses (período da safra) na cidade, e, na maioria das vezes eles mantêm os costumes do local de origem, o que favorece o enfraquecimento dos laços sociais com a comunidade que visam solidificar o processo de identificação e as relações sociais de pertencimento ao novo espaço. Não permitindo dissolver os seus laços com o local de origem, condição que, por um lado, colabora na adaptação do trabalho (suporte do grupo), por outro, faz gerar o preconceito entre os moradores da cidade. Conforme citam outros autores, há uma necessidade por parte do migrante de preservar sua personalidade, sua identidade, e, voltar a ter a sensação do pertencimento leva a um gradual e contínuo processo de edificação de “lugares próprios”, os quais permitem ao migrante enraizar-se (Marandola Jr. e Dal Gallo, 2010). É o chamado território dos migrantes, lugares que se configuram como base e fundamento das redes sociais estabelecidas por eles (Marandola Jr. e Dal Gallo, 2010).

As migrações sazonais legitimam-se socialmente por normas e valores próprios das comunidades, uma vez que permanecem com vínculos em seu local de origem. Para alguns autores (Leff, 2001; Dota, 2008; Marandola Jr. e Dal Gallo, 2010; Fazito, 2010) os deslocamentos passam a significar o processo de reconhecimento e pertencimento coletivo.

Tendo em vista a persistência das desigualdades intra e inter-regionais no Brasil, considerando o elevado nível de pobreza ainda existente e a escassa dotação de recursos naturais da região Nordeste, especialmente no que se refere à oferta de água e solos propícios para o cultivo agroalimentar, além das ocorrências de secas periódicas, avalia-se que todos esses fatores impactam negativamente a

produção e o desenvolvimento da região. Além da semiaridez, a situação fundiária da região contribui para a exclusão social, sendo aproximadamente 22,0% dos estabelecimentos agropecuários do Nordeste considerados minifúndios em razão de terem menos de dez hectares (IBGE, 2007). Na região, as possibilidades de trabalho são escassas, além de má remunerada, enquanto nas lavouras de cana do interior do Estado de São Paulo, há oportunidade de trabalho, e de um salário mais elevado, além do registro em carteira profissional.

Acreditamos que o deslocamento de jovens para o corte de cana se dá em um contexto social que combina os elementos de migrar e adquirir bens de consumo, o que não ocorre com os que não migram. Ressalta-se também que o movimento migratório integra outros fatores de ordem social e pessoal, como aspirações a uma vida melhor (Fazito, 2005). Assim, o deslocamento para o corte da cana de açúcar é legitimado pelo grupo de onde se desloca a maioria dos jovens que migra para o Sudeste para o corte de cana.

A migração populacional sazonal, como o presente caso, decorre da necessidade de se buscar uma alternativa econômica e condições de vida melhores. De outro lado, a migração é um processo de mão dupla, ou seja, o estranhamento cultural emerge de ambas as partes, migrante e morador, cujas vantagens e desvantagens da convivência social são compartilhadas por toda a comunidade (Leff, 2001).

A saúde dos migrantes trabalhadores do corte da cana-de-açúcar

Com relação à saúde dos migrantes, partindo da concepção sobre saúde e doença como processo derivado das condições materiais de vida de grupos sociais, a migração tem sido apontada como desencadeante de doenças, uma vez que deslocamentos populacionais requerem um processo de adaptação do organismo frente às mudanças do ambiente que deverá assimilar. Mudanças de espaço físico e de convivência, de hábitos, costumes e de valores que podem provocar estresse emocional e interferir na saúde geral do indivíduo. Segundo Marandola Jr. (2008), migrar é ser obrigado a desenvolver outros tipos de territorialidade, dando um salto em direção ao desconhecido. É por isso que a desestabilização da ligação

essencial ser-lugar causa um abalo na segurança existencial e identidade territorial do migrante, que tem de enfrentar um desencaixe espacial. Isso o torna suscetível à angústia e ansiedade, impondo a necessidade de enraizar-se no lugar de destino, cultivando laços com o novo lugar de morada.

Os estudos de Godwin e Bechtel (2004) apontam, a partir dos relatos dos trabalhadores rurais migrantes no Estado da Carolina do Norte (EUA), que os maiores fatores estressores são a dificuldade em permanecer afastado dos familiares e de um estilo de vida móvel, as barreiras linguísticas, os recursos financeiros insuficientes, o trabalho ilegal e inseguro. As questões ocupacionais, traduzidas como a exigência de muitas horas de trabalho e o esforço físico empreendido, consistiam em importantes variáveis estressoras enquanto a preocupação com o acesso aos cuidados de saúde foi elencada como fonte adicional significativa de predição do nível de estresse dos trabalhadores. Outras pesquisas (Rodrigues e col., 2002; Hovey e Maganã, 2002; Silva e Queiroz, 2006; Caplan, 2007) também apontaram resultados na mesma direção, listando como fontes adicionais significativas de estresse, drogas, álcool e preocupações com o acesso aos cuidados de saúde.

Um estudo realizado em Campinas, cidade de médio porte do Estado de São Paulo, com migrantes nordestinos e mineiros, revelou que a migração era percebida negativamente, como causadora de doenças, quando acontecia a perda do emprego, de renda e a fragmentação de laços familiares e comunitários. Quando esses elementos estavam estabilizados, fatores estressantes do cotidiano permaneciam mascarados, ou seja, fora da consciência e, a piora da saúde não era atribuída à migração ou à qualidade de vida. Além disso, a pesquisa mostrou, pela perspectiva dos profissionais do centro de saúde local, que a abordagem terapêutica se resumia somente à questão biológica (Silva, 2004).

Com relação à saúde do trabalhador do corte de cana, apesar da pujança econômica do setor, as condições de trabalho persistem agressivas à saúde, com notícias recorrentes de doenças e óbitos pouco esclarecidos, além de efeitos nas cidades onde ocorre o trabalho, seja pela presença de poluentes gerados pela queima da palha da cana, como por aspectos socioeconômicos e de infraestrutura inadequada à

sazonalidade do trabalho, além da degradação das condições de vida dos trabalhadores alocados no processo (Silva e Martins, 2006).

Alves (2000) assinala que o processo de precarização das relações de trabalho é uma forma de legitimação de relações de poder da classe empregadora sobre a trabalhadora, que se insere em um contexto histórico de repostas do modo de produção capitalista a um modelo anterior, de base capitalista, mas que garantia alguns direitos aos trabalhadores. Portanto, a relação precária de trabalho (ambiente inseguro, falta de proteção social e o desrespeito às limitações físicas do seu corpo, como é o caso do trabalho do corte de cana) é algo que dificulta a capacidade de organização da classe trabalhadora e legítima, pela via da fragmentação, o poder do capital sobre o trabalho. Além disso, atualmente, face à precariedade das relações de trabalho, as doenças assumiram formas mais subjetivas, tornando difícil associá-las à atividade laboral.

Costa e Tambellini (2009) realizaram um estudo sobre a percepção das condições precárias do trabalho e as consequências para a saúde de trabalhadores terceirizados em uma instituição de saúde. Os resultados revelaram que eles associavam a relação precária de trabalho a manifestações físicas de insônia e medo, refletindo a perda da autoestima.

A respeito do esforço físico empreendido por um cortador de cana, o estudo de Alves (2006) revela que um trabalhador que corta 12 toneladas de cana por dia de trabalho, em média, realiza as seguintes atividades, nesse período: caminha 8.800 metros; depende 133.332 golpes de podão; carrega 12 toneladas de cana em montes de 15 quilos, em média; portanto, faz 800 trajetos e 800 flexões, levando 15 quilos nos braços por uma distância de 1,5 a 3 metros; faz aproximadamente 36.630 flexões e entorses torácicas para golpear a cana; perde, em média, oito litros de água por dia, por realizar toda a atividade sob o sol forte do interior de São Paulo, sob os efeitos da poeira, da fuligem expelida pela cana queimada, trajando uma indumentária que o protege da cana, mas aumenta sua temperatura corporal. Por isso, segundo o autor, é fácil entender por que morrem os trabalhadores rurais cortadores de cana em São Paulo: por excesso de trabalho.

No presente estudo a maioria dos trabalhadores

(92%) considera sua saúde boa, em virtude de que os cortadores de cana de Mendonça já passaram por uma seleção anterior, como foi relatado, além da fase de juventude em que se encontram. No entanto, muitos relataram sentir dor no corpo, mas essa condição não foi percebida como um problema de saúde, *é o cansaço*, dizem, o que faz parte do trabalho. Dessa forma, só procuram os serviços de saúde quando apresentam algum problema físico que os impedem de trabalhar.

O cansaço relatado pelos entrevistados ocorre em consequência do exercício intenso e prolongado que exercem no trabalho do corte de cana. Segundo alguns autores, como Laet e colaboradores (2008), expostos que são às baixas umidades, altas temperaturas, sem adequada hidratação e péssima transpiração por conta das vestimentas pesadas, esses trabalhadores podem ser acometidos de hipertermia, ou seja, temperatura corporal acima de 41°C. Condições essas que podem ser agravadas quando se considera que o pagamento está atrelado à produtividade, surgindo inicialmente sintomas de sede, fadiga e câimbras intensas, depois, náuseas, vômitos, irritabilidade, confusão mental, falta de coordenação motora, delírio e desmaio.

Lopes (2005), quando discute a díade saúde-doença, afirma que é muito difícil estabelecermos limites entre o que é a saúde e o que a doença, por se tratar de uma relação dinâmica. Por isso, é mais pertinente falar de um processo saúde-doença, que se desenvolve não somente no interior do organismo, mas entre este e o ambiente, ambos contingenciados por relações sociais históricas. É assim que o ser vivo não vive entre leis, mas entre seres vivos e acontecimentos que diversificam as leis naturais. A vida humana somente reconhece as categorias de saúde e enfermidade no plano da experiência, que é antes de tudo uma prova no sentido efetivo do termo e não no plano da ciência. Portanto, é a própria vida-vivida que delimita e informa a consciência de cada um de nós sobre o que seja saúde e a doença.

Na referida investigação com os cortadores de cana podemos dizer que inúmeras variáveis ambientais e sociais aparecem para influenciar a percepção dos trabalhadores sobre o estado real de saúde de seu organismo. Temos, por exemplo, o fato de terem sido selecionados no local de origem, momento em que

foi atestada a sua boa condição de saúde; tratando-se de uma população jovem, é esperado que possua bom nível de energia física; da exclusiva motivação econômica como fator de decisão para migrar, portanto, ficar doente, significaria o fracasso de um plano de vida; da natureza penosa do trabalho, que por sua vez desgasta o organismo em ação e, portanto, sentir-se muito exausto está dentro das expectativas do trabalhador. Podemos supor, assim, que o fato de estar doente possivelmente não faz parte do imaginário dessa população, resultando, a partir desses fatores, uma realidade que dificulta a elaboração de políticas públicas sociais e de saúde para esses trabalhadores. Soma-se a esse quadro o fato de que não há o repasse de verbas municipais para o atendimento das demandas de saúde e sociais desse contingente de trabalhadores.

Muitos cortadores de cana entrevistados, todos migrantes, relataram que a saudade da família e da terra natal, de seus costumes típicos, somados ao trabalho pesado do corte de cana, gerava tristeza e sofrimento que eles driblavam fazendo brincadeiras uns com os outros, cantando e ouvindo música nordestina. Segundo Dejours (1998), o sofrimento do trabalhador é proibido de se manifestar e somente a doença é aceita, o que explica assim o processo de medicalização. Para o autor, os trabalhadores constroem mecanismos para se defender e para enfrentar as dificuldades, sendo uma das suas estratégias o consumo de álcool, caso típico dos cortadores de cana.

Também segundo Dejours, as estratégias do tipo defensivas de negação e controle da situação geradora de sofrimento são mais utilizadas nas ocasiões de insatisfação. Percebe-se que o sofrimento é pouco verbalizado, mesmo quando falam em cansaço, pois os trabalhadores encontram formas de justificar tais sentimentos, expressas em atitudes e comportamentos como explicações lógicas, brincadeiras e necessidade de sobrevivência, como é o caso dos entrevistados neste estudo.

Esse sofrimento pode parecer originário das ações mecânicas, relacionadas aos conteúdos ergonômicos da tarefa, é o corpo e não o aparelho mental; e o psiquismo será afetado pela insatisfação originada pelo significado da tarefa a ser executada. Por sua vez, esta insatisfação é transformada em

sofrimento bem particular, cujo alívio, antes de tudo, é a subjetividade, ou seja, a mente. Decorre que o sofrimento, para Dejours, é antes de tudo uma vivência subjetiva mediadora entre a doença mental e o conforto psíquico, deixando assim de ter um significado apenas negativo para representar também a criatividade. Ou seja, uma maneira que o trabalhador encontra de criar formas defensivas para lidar com as opressões da organização do trabalho.

O sistema de saúde e os migrantes trabalhadores do corte da cana-de-açúcar

No que diz respeito ao sistema de saúde local, na práxis, o descompasso entre a demanda por, e oferta de serviços de saúde, se traduz na cidade de Mendonça na existência de uma unidade básica de saúde. Chama a atenção pelos relatos dos trabalhadores do corte de cana que o horário de funcionamento da unidade de saúde é coincidente com o horário que eles estão trabalhando. Embora pela Constituição brasileira seja assegurado o acesso universal a toda população de bens considerados essenciais (educação/saúde), o que se observa no caso aqui analisado é a desigualdade de acesso da população de Mendonça aos serviços básicos de saúde.

Os dados demonstram importante progresso na cobertura de serviços básicos de saúde e no número de contatos da população com o sistema de saúde no Brasil (Silva e Martins, 2006). Mesmo assim, há indicação que parte da população continua com problemas de cobertura, principalmente devido à qualidade no processo de assistência (Luiz e col., 2007) e, no caso dos trabalhadores do corte de cana, de acesso ao serviço. Paralelamente a esse quadro, dados empíricos mostram que os trabalhadores do corte de cana utilizam medicação sem prescrição médica, hábito frequente na maioria da população, o que gera mais demanda por serviços especializados, devido à cronicidade das doenças. Os entrevistados relataram: *...a gente já sai de casa sabendo até as dores que pode dar na gente e os que já tem experiência fala os remédios que a gente pode levar ou comprar aqui...*

Com relação à aquisição de medicamentos, este estudo pode verificar que as três farmácias da cidade possuem convênio com a usina local para a compra de medicamentos, oferecendo descontos de até 10%

em todos os remédios. Essa condição pode facilitar e estimular os trabalhadores cortadores de cana a comprar medicamentos sem prescrição médica, o que se constitui uma prática simplista do empregador em colaborar com o processo de adaptação do trabalhador à penosidade de suas atividades laborais.

Para Uchoa e Vidal (1994) a matriz de referência das concepções e percepções leigas de saúde é constituída pelas representações e experiências partilhadas nos contextos socioculturais das vivências que decorrem do contato com os profissionais de saúde. O processo de apropriação leiga gerado pela rotinização e padronização das prescrições revela que, embora o ato médico de prescrição funcione como a possibilidade do acesso leigo ao saber pericial, são o medicamento e o seu resultado que conferem inteligibilidade leiga ao próprio ato médico. Ou seja, é ele que na apropriação do leigo se constitui em recursos de descodificação e de inteligibilidade dos saberes periciais.

Dessa forma, o medicamento não só representa uma extensão e substituição do médico como representa o meio de apropriação leiga do saber médico. Assim é que os saberes não são homogêneos nem universalizáveis, pois são saberes construídos em quadros de contingências pessoais e socioculturais diversas. É justamente essa natureza construída e não passivamente assimilada que atesta as novas formas de autonomia leiga relativamente à hegemonia pericial. No caso dos cortadores de cana, aqueles que possuem experiência no corte e que já foram acometidos de algum tipo de dor, como nas costas, e câimbras, relatam para os novatos o que fazer quando isso acontecer para evitar a ausência no trabalho. Ao comprar diclofenaco ou outro medicamento nas farmácias locais com desconto, sem prescrição, eles tentam evitar problemas de curto prazo. Assim, compartilham experiências e conhecimentos adquiridos ao longo do trabalho, ou seja, novato e experiente assimilam de forma ativa um modo simplista de resolver um problema, que é a dor, construindo dessa forma um saber leigo baseado no saber médico.

Portanto, sobre essa questão do relato dos cortadores de cana quanto à prática de ingestão de remédios, sem receita médica, comprados na

farmácia, é questão cultural, mas também reflete as dificuldades de acesso aos serviços de saúde, em função da incompatibilidade entre o horário de trabalho dos cortadores de cana e a disponibilidade dos atendimentos médicos da unidade básica de saúde local. Constitui-se, assim, um cenário propício para o agravamento das questões de saúde do migrante trabalhador do corte de cana.

A partir da Constituição Federal de 1988, a saúde no Brasil vem se constituindo como um campo de direitos, tratando-se de um serviço de relevância pública que se caracteriza como essencial para o exercício de outros direitos, sobretudo o direito à vida (Pinheiro e Asensi, 2010). Também consiste em garantia constitucional de que a população, através de suas entidades representativas, participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução. É por meio dos conselhos de saúde que se garante a participação dos cidadãos, o que teoricamente amplia a participação social e permite um maior controle na gestão da esfera pública. Entretanto, o que observa é a dificuldade da rede em atender a demanda da população, principalmente dos trabalhadores migrantes.

A desigualdade social presente no país faz com que a situação geral da saúde brasileira continue precária, principalmente para as mulheres que merecem atenção especial, principalmente durante o período reprodutivo. As variações sociais na utilização de serviços de saúde demonstram que condições sociais desfavoráveis tendem a reduzir as chances de acesso e uso. Assim, além dos problemas da garantia universal do acesso, percebe-se que o padrão de utilização dos serviços no SUS ainda mantém elevado grau de iniquidade (Silva Junior, 1998), ainda que se observe o crescimento do papel de instituições jurídicas e de participação no processo de formulação, execução e fiscalização das políticas de saúde (Pinheiro e Asensi, 2010).

Conforme pontua o relatório final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (2008), os serviços de atenção à saúde são uma construção histórica que reproduz as desigualdades de uma determinada sociedade, em que as iniquidades nas condições de vida são desfavoráveis aos mais pobres. Portanto, reconhecer a dimensão socioeconômica do processo saúde e doença não significa

que os fatores de ordem biológica não tenham importância nessa relação, mas que fatores de vida da população são fundamentais para o agravamento de determinadas doenças, o que torna determinado grupo mais vulnerável a elas e dificulta o seu acesso efetivo aos serviços de saúde. Assim, para cada uma das diferentes necessidades de saúde deve-se proporcionar um serviço adequado. Partimos do saber que a distribuição da saúde e da doença em uma sociedade não é aleatória, estando associada à posição social, que por sua vez define as condições de vida e trabalho dos indivíduos e grupos.

Considerando o relato dos trabalhadores de que certas dores não são consideradas “doença” e sim estão relacionadas ao processo do corte de cana, percebe-se o quanto as doenças são manifestações coletivas, “apesar de serem os indivíduos que ficam doentes, várias pessoas que vivem do mesmo jeito têm doenças semelhantes” (Lopes, 2005, p. 7). Resulta daí que a saúde individual é a história coletiva de diversas lógicas nas quais a saúde se insere. E, no caso dos cortadores de cana, “a dor nas costas”, é comum para esse tipo de atividade, considerada inerente ao próprio processo de produção da cana de açúcar. Podemos inferir que a estratégia de enfrentamento para se defender da sensação do cansaço excessivo, das dores nas costas e no corpo causadas pelo excesso de trabalho, é perceber como algo natural, como parte inerente da atividade laboral e, por isso, não se consistindo em doenças que necessitam ser relatadas e tratadas terapêuticamente.

Diante desse cenário, a perspectiva técnico-biomédica nem sempre é suficiente para explicar o processo de saúde e doença, considerando que o estado de saúde da população é sempre muito ligado com o modo de uma pessoa compreender o mundo e nele se situar. No caso dos migrantes cortadores de cana o processo saúde-doença traduz em saberes que escondem os limites da capacidade física (atividade árdua e penosa do trabalho) e dificuldades locais (como o preconceito, as condições de moradia, o sentimento de saudade) em função da superação da questão financeira.

Nessa investigação devemos considerar que os dados sobre os acidentes de trabalhos relatados pelos cortadores da cana associam-se não somente à não utilização de equipamentos de segurança,

mas, sobretudo, às ferramentas de trabalho, como o podão e o facão, que são os agentes causadores desses acidentes típicos (cortes nas mãos e pés), além do excesso de trabalho árduo.

Segundo Vilas Boas e Dias (2008), a produtividade possui uma relação próxima com as condições de trabalho e os processos de adoecimento do trabalhador. Ela vem aumentando ao longo das décadas, principalmente depois da mecanização do setor, exigindo do trabalhador um rendimento equiparado ao da máquina. Além disso, já que a máquina trabalha no terreno plano, restou ao cortador de cana trabalhar em condições mais difíceis: declives de terra onde o plantio é irregular e a cana de pior qualidade. Dessa forma, ele tem de trabalhar mais para atingir as metas de produção, sofrendo com maior intensidade os efeitos dessa atividade penosa.

Dessa forma, as condições de vida dos migrantes são determinadas por diversos fatores complexos e inter-relacionados que se originam de condições biológicas, sociais e ambientais, às quais estão expostos os trabalhadores do corte da cana. Sabe-se que as condições do migrante refletem a qualidade de vida à qual essa população é submetida, assim como o acesso ao sistema de saúde.

Assegurar a possibilidade de acesso universal a toda população do município a bens essenciais (educação, saúde, trabalho, cultura, esporte, lazer) reduz as desigualdades e, conseqüentemente, proporciona melhor qualidade de vida e de saúde para a população, o que certamente redundará na redução das desigualdades no processo de trabalho na cidade de Mendonça.

Referências

- ALVES, F. Por que morrem os cortadores de cana? *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 90-98, 2006.
- ALVES, G. *O novo (e precário) mundo do trabalho*. São Paulo: Boitempo, 2000.
- ARBEX, M. et al. Air pollution from biomass burning and asthma hospital admissions in a sugar cane plantation area in Brazil. *Journal of Epidemiology & Community Health*, London, v. 61, n. 5, p. 395-400, 2007.
- BÉHAGUE, D. P.; VICTORA, C. G.; BARROS F. C. Consumer demand for caesarean sections in Brazil: population based birth cohort study linking ethnographic and epidemiological methods. *British Medical Journal*, London, v. 324, n. 7343, p. 942-945, 2002.
- CANÇADO, J. E. D. et al. The impact of sugar cane burning emissions on the respiratory system of children in the elderly. *Environment Health Perspectives*, North Carolina, v. 114, n. 5, p. 725-729, 2006.
- CAPLAN, S. Latinos, acculturation, and acculturative stress: a dimensional concept analysis. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, Thousand Oaks, v. 8, n. 2, p. 93-106, 2007.
- CASTILHO, F. J. V. *Abordagem geográfica do clima e das enfermidades em São José do Rio Preto, SP, 2004-2006*. 2006. Dissertação (Mestrado em Geografia) - Instituto de Geociências e Ciências Exatas da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Rio Claro, 2006.
- COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf>. Acesso em: 10 out. 2010.
- COSTA, D. O.; TAMBELLINI, A. T. A visibilidade dos escondidos. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 953-968, 2009.
- DEJOURS, C. *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Cortez, 1998.
- DOTA, E. M. Migração sazonal em Santa Bárbara d'Oeste: condições de vida e cotidiano dos bóias-frias. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 16., 2008, Caxambu. *Anais...* Caxambu: ABEP, 2008. p. 1-20.
- FAZITO, D. Dois aspectos fundamentais do "retorno": símbolos e topologias dos processos de migração e sua circularidade. In: ENCONTRO NACIONAL SOBRE MIGRAÇÕES, 4., 2005, Rio de Janeiro. *Anais...* Rio de Janeiro: CEDEPLAR, 2005, p. 1-16. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docspdf/ABEP2008_965.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2010.

- FAZITO, D. Análise de redes sociais e migração: dois aspectos fundamentais do “retorno”. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 25, n. 72, p. 89-100, 2010.
- GODWIN, Y. S. K.; BECHTEL, G. A. Stress among migrant and seasonal farmworkers in rural Southeast North Carolina. *The Journal of Rural Health*, Statesboro, v. 20, n. 3, p. 271-278, 2004.
- GOMEZ, C. M.; LACAZ, F. A. C. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 797-807, 2005.
- HOVEY, J. D.; MAGANÃ, C. G. Exploring the mental health of Mexican migrant farmworkers in the Midwest: distress and suggestions for preventions and treatment. *The Journal of Psychology*, Sevilla, v. 136, n. 5, p. 493-513, 2002.
- IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Contagem da população 2007*. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/contagem.pdf>>. Acesso em: 9 nov. 2010.
- LAAT, E. F. et al. Impacto sobre as condições de trabalho: o desgaste físico dos cortadores de cana de açúcar. In: PLATAFORMA BNDES. *Impactos da indústria canavieira no Brasil*. Rio de Janeiro: Ibase, 2008. p. 36-45. Disponível em: <<http://www.ibase.br/pt/wp-content/uploads/2011/06/extr-impactos-da-industria-canavieira-no-brasil-plataforma-bndes-2008.pdf>>.. Acesso em: 1 jun. 2012.
- LEFF, E. *Saber ambiental: sustentabilidade, racionalidade, complexidade, poder*. Petrópolis: Vozes, 2001.
- LOPES, J. C. C. *Saúde e cidadania: do que estamos falando?* São Paulo: Raiz da Terra, 2005.
- LUIZ, O. C. et al. Desigualdades no acesso e utilização dos serviços de saúde na região metropolitana de São Paulo. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 351-362, 2007.
- MARANDOLA JR, E. Entre muros e rodovias: os riscos do espaço e do lugar. *Antropolítica*, Rio de Janeiro, v. 23, p. 195-217, jan. 2008.
- MARANDOLA JR, E.; DAL GALLO, P. M. Ser migrante: implicações territoriais e existenciais da migração. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 407-424, 2010.
- PINHEIRO, R.; ASENSI, F. D. Desafios e estratégias de efetivação do direito à saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 15-17, 2010.
- RODRIGUES, N. et al. Acculturative stress inventory for adults of Mexican origin. *Psychological Assessment*, Arlington, v. 14, n. 4, p. 451-461, 2002.
- SANTANA, V.; NOBRE, L.; WALDVOGEL, B. C. Acidentes de trabalho no Brasil entre 1994 e 2004: uma revisão. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 841-855, 2005.
- SILVA, M. A. M. *Migração e adoecimento: a cultura e o espaço de simbolização da doença*. 2004. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas, Campinas, 2004.
- SILVA JUNIOR, A. G. *Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 1998.
- SILVA, M. A. M.; MARTINS, R. C. Trabalho e meio ambiente: o avesso da moda do agronegócio. *Lutas e Resistências*, Londrina, v. 1, n. 1, p. 91-106, 2006.
- SILVA, M. A. M.; QUEIROZ, M. S. Somatização em migrantes de baixa renda no Brasil. *Psicologia e Sociedade*, Belo Horizonte, v. 18, n. 1, p. 31-39, 2006.
- UCHOA, E.; VIDAL, J. M. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 497-504, 1994.
- UNIÃO DA INDÚSTRIA CANAVIEIRA DO ESTADO DE SÃO PAULO. *Mapa da produção*. São Paulo: Única, 2010. Disponível em: <<http://www.unica.com.br/mapa-da-producao/>>. Acesso em: 12 dez. 2010.

VILAS BOAS, S. W.; DIAS, E. C. Contribuição para a discussão sobre as políticas no setor sucro-alcooleiro e as repercussões sobre a saúde do trabalhador. In: PLATAFORMA BNDES. *Impactos da indústria canavieira no Brasil*. Rio de Janeiro: Ibase, 2008. p. 23-35. Disponível em: < <http://www.ibase.br/pt/wp-content/uploads/2011/06/extr-impactos-da-industria-canavieira-no-brasil-plataforma-bndes-2008.pdf> >. Acesso em: 29 maio 2012.

Recebido em: 30/08/2011

Reapresentado em: 16/06/2012

Aprovado em: 22/11/2012