



Trabalhadores rurais da Agroindústria Canavieira e os determinantes sociais na saúde

Luiz Carlos Lorenzi

Trabalhadores rurais da Agroindústria Canavieira e os determinantes sociais da saúde

Luiz Carlos Lorenzi



Trabalhadores rurais da Agroindústria Canavieira e os determinantes sociais da saúde. Luiz Carlos Lorenzi - 1a Edição - Aveiro: Ria Editorial, 2018. 37 p.

Livro digital, PDF.

Arquivo Digital: download e online
Modo de acesso: www.riaeditorial.com
ISBN 978-989-54155-1-9

1. Determinantes Sociais da Saúde. 2. Trabalhadores Rurais. 3. Agroindústria Canavieira. 4. Saúde do Trabalho. I. Lorenzi, Luiz Carlos. II. Título

Ficha catalográfica: 10/08/2018

Copyright das imagens pertencem aos seus respectivos autores.

© Design de Capa: Denis Renó
Paginação: Luciana Renó

© Luiz Carlos Lorenzi



Licença:

>: Atribuição-Não Comercial-Sem Obras Derivadas 4.0 Internacional

>: Você é livre para:

- copiar, distribuir, exibir, e executar a obra

Baixo as seguintes condições:

- Atribuição. Você deve atribuir a obra na forma especificada pelo autor ou o licenciante.
- Não Comercial. Você não pode usar esta obra com fins comerciais.
- Sem Obras Derivadas. Você não pode alterar, transformar ou criar sobre esta obra.

<https://creativecommons.org/licenses/?lang=pt>

ISBN 978-989-54155-1-9

<http://www.riaeditorial.com>

Ria Editorial - Comité Científico

Abel Suing (UTPL, Equador)
Alfredo Caminos (Universidade Nacional de Cordoba, Argentina)
Andrea Versutti (UnB, Brasil)
Angela Grossi de Carvalho (Universidade Estadual Paulista – Unesp, Brasil)
Angelo Sottovia Aranha (Universidade Estadual Paulista – Unesp, Brasil)
Anton Szomolányi (Pan-European University, Eslováquia)
Antonio Francisco Magnoni (Universidade Estadual Paulista – Unesp, Brasil)
Carlos Arcila (Universidade de Salamanca, Espanha)
Catalina Mier (UTPL, Equador)
Denis Porto Renó (Universidade de Aveiro, Portugal)
Diana Rivera (UTPL, Equador)
Fatima Martínez (Universidade do Rosário, Colômbia)
Fernando Ramos (Universidade de Aveiro, Portugal)
Fernando Gutierrez (ITESM, México)
Fernando Irigaray (Universidade Nacional de Rosario, Argentina)
Gabriela Coronel (UTPL, Equador)
Gerson Martins (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS, Brasil)
Hernán Yaguana (UTPL, Equador)
Jenny Yaguache (UTPL, Equador)
Jerónimo Rivera (Universidade La Sabana, Colombia)
Jesús Flores Vivar (Universidade Complutense de Madrid, Espanha)
João Canavilhas (Universidade da Beira Interior, Portugal)
John Pavlik (Rutgers University, Estados Unidos)
Joseph Straubhaar (Universidade do Texas – Austin, Estados Unidos)
Juliana Colussi (Universidade do Rosário, Colômbia)
Koldo Meso (Universidade do País Vasco, Espanha)
Lorenzo Vilches (Universidade Autônoma de Barcelona, Espanha)
Lionel Brossi (Universidade do Chile, Chile)
Maria Cristina Gobbi (Universidade Estadual Paulista – Unesp, Brasil)
Maria Eugenia Porém (Universidade Estadual Paulista – Unesp, Brasil)
Manuela Penafria (Universidade da Beira Interior, Portugal)
Marcelo Martínez (Universidade de Santiago de Compostela, Espanha)
Mauro Ventura (Universidade Estadual Paulista – Unesp, Brasil)
Octavio Islas (Universidade de Los Hemisferios, Equador)
Oksana Tymoshchuk (Universidade de Aveiro, Portugal)
Paul Levinson (Fordham University, Estados Unidos)
Pedro Nunes (Universidade Federal da Paraíba – UFPB, Brasil)
Raquel Longhi (Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Brasil)
Ricardo Alexino Ferreira (Universidade de São Paulo – USP, Brasil)
Sergio Gadini (Universidade Estadual de Ponta Grossa – UEPG, Brasil)
Thom Gencarelli (Manhattan College, Estados Unidos)
Vicente Gosciola (Universidade Anhembi Morumbi, Brasil)

Índice

Introdução	7
Conceitos	8
Região de Barretos (DRS-V): População/Limite Territorial DRS-V BARRETOS	15
Pesquisa	23
Conclusão	27
Bibliografia	30

Trabalhadores rurais da Agroindústria Canavieira e os determinantes sociais da saúde

Introdução

O trabalho no agronegócio é tema de diversas discussões profissionais e acadêmicas. O debate permeia questões sociais, legais e no campo da saúde, temática observada nesta obra. Para tanto, devem ser resgatadas as ideias do médico polonês Rudolf Virchow, reconhecido como um dos mais importantes cientistas que aborda a teoria miasmática¹. Contrariando correntes de cientistas puristas, Virchow mesclava a ciência médica às ciências sociais, determinando-as num espaço transdisciplinar. Essa ideia era justificada pelo teórico através da influência que situações econômicas e sociais provocam transformações sobre a saúde coletiva, o que justifica o desenvolvimento de investigações científicas sobre o tema.

Outra proposta de Virchow que auxiliou na condução deste trabalho foi a interpretação do termo “saúde pública”, considerada pelo autor como algo que expressa o caráter político de uma sociedade. Os reflexos da saúde pública implicam na necessidade de intervenção em questões políticas e sociais para identificar e solucionar fatores prejudiciais à saúde da população (Rosen, 1980).

Mas Virchow não está sozinho nessa tese. A proposta é compartilhada por Edwin Chadwick, através do Report on the sanitary condition of the labouring population of Great Britain, publicado em 1842, Luis René Villermé, que publicou em 1840 o Tableau del’etat physique et moral des ouvriers de Paris. Finalmente, devemos considerar as ideias de Friedrich Engels, que em 1845 publicou em Londres a obra A situação das classes trabalhadoras na Inglaterra. Como defendido por Buss e Pellegrini (2007), essa foi uma corrente teórica intensa nas últimas décadas do século XIX, com os trabalhos de bacteriologistas como Koch e Pasteur, afirma-se um novo paradigma para a explicação do processo saúde-doença.

Ainda segundo Buss e Pellegrini (2007), desde 1913 se debate sobre a saúde pública. Um dos pontos discutidos nesse período foi se a saúde e a doença deveriam ser pesquisadas no laboratório, com o estudo biológico dos organismos infecciosos, ou nas casas, nas fábricas e nos campos, buscando conhecer as condições de vida e os hábitos de seus hospedeiros.

Para isso, é necessário pensar nos determinantes sociais, que sofreram várias influências para voltar a ser destaque como importante tema de estudo. Em meados dos anos 70, ocorreram a Conferência Alma-Ata² e a aprovação Carta de Ottawa³ (que contém as orientações para atingir as metas do Programa Saúde para Todos, a partir de 2000). Já em 1980, a saúde era mais centrada no indivíduo.

1 Segundo Susser, 1998, a teoria miasmática conseguia responder às importantes mudanças sociais e práticas de saúde observadas no âmbito dos novos processos de urbanização e industrialização ocorridos naquele momento histórico. Estudos sobre a contaminação da água e dos alimentos, assim como sobre riscos ocupacionais, trouxeram importante reforço para o conceito de miasma e para as ações de saúde pública (SUSSER, 1998).

2 Declaração de Alma-Ata, elaborada na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Recuperado de <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declaração-Alma-Ata.pdf>.

3 Carta de Ottawa, elaborada na 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Ottawa, Canadá, 1986. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf.

Uma década depois, resgata-se a discussão sobre os determinantes sociais e cria-se a “Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da OMS”, em 2005. Em 13 de março de 2006, o Presidente da República do Brasil, Luiz Inácio Lula da Silva, institui, no âmbito do Ministério da Saúde, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde – CNDSS. Finalmente, no dia 30 de agosto de 2008, essa Comissão publicou um relatório com propostas de ações sobre os principais determinantes sociais.

O objetivo deste livro é promover a consciência dos administradores públicos, assim como a relevância que os determinantes sociais têm na saúde da população canavieira, em especial na região que compõe o Departamento Regional de Saúde de Barretos – DRS V, parte integrante da Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo.

Conceitos

O médico Rudolf Virchow (1821-1902) perguntava (Organização mundial da saúde [OMS], 2005, p. 8): “Não é verdade que sempre acabamos descobrindo que as doenças da população podem estar ligadas a defeitos da sociedade?”. Por outro lado, as análises realizadas por McKeown, segundo Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) (2005), determinaram que devido a melhorias no fornecimento de alimentos e nas condições de moradia houve uma diminuição em casos de morte por doenças infecciosas, como por exemplo a tuberculose, e não pelo surgimento de terapias clínicas, o que ocorreu depois.

Buss e Pellegrini (2007) observaram que ao longo do século XX houve uma discussão constante sobre os tipos de abordagens dados à saúde pública como campo científico. Ao longo da existência da OMS, períodos com mais ênfase em aspectos biológicos, individuais e tecnológicos, e em outros onde se centravam em fatores sociais e ambientais fizeram parte da sua história.

A Constituição da OMS, de 1946, definia alguns pontos claramente, como proporcionar assistência médica capacitada e abordar a fundo as questões sociais dos problemas de saúde. Surge a definição de saúde como “um estado de bem-estar físico, mental e social” (OMS, 2005). O objetivo da Organização (OMS) era o de “fazer com que todos os povos pudessem atingir o mais alto nível possível” desse estado. Já naquele momento as funções principais da Organização eram:

“No intuito de promover [...] a melhoria das condições sanitárias, econômicas e de nutrição, habitação, recreação, trabalho e de outros aspectos da higiene ambiental,” como premissa para o desenvolvimento da saúde. [...] prevê a integração entre as perspectivas biomédicas/tecnológicas e sociais em prol da saúde, apesar de que, após a promulgação da Constituição, isso deixou de ocorrer em muitos casos. (OMS, 2005, p. 8).

Nos anos 1950, o que predominava no cenário social era a ênfase da tecnologia na sociedade, especialmente em campanhas de prevenção e combate a doenças especificamente escolhidas, tendo como preocupação os centros urbanos. Isso deixou as regiões periféricas e rurais sem a devida importância. A partir da criação da OMS, criou-se um novo modelo social com atenção à saúde, com apoio aos direitos humanos. Entretanto, a descolonização resultante do pós-guerra e da guerra fria dificultou a implementação desse modelo, o que fortaleceu uma abordagem apoiada na tecnologia e nas campanhas com a cunha do militarismo. Paralelamente a isso, desenvolveu-se a pesquisa sobre medicamentos inovadores, o que proporcionou o surgimento de novas vacinas, antibióticos e outras drogas. Com isso, a ideia de que a tecnologia era a solução para a saúde da população.

A partir desse momento, os modelos que moldavam a atenção à saúde pública nos países em desenvolvimento foram influenciados por uma dinâmica comum no colonialismo. Tratavam de sistemas de saúde pensados somente à elite colonizadora, essencialmente em algumas regiões das África e da Ásia que haviam sido colonizadas por potências europeias. Nessas localidades, o serviço de assistência médica era contemplado por uma alta tecnologia, mas em raros hospitais das áreas ur-

banas. Não se preocupava com a saúde pública coletiva, ou com um plano coletivo para essa atenção, especialmente em regiões periféricas de baixa renda ou rurais. Nestes locais, era comum a criação de programas denominados “verticais”, compostos por campanhas de desenvolvimento tecnológico de curto espectro, tendo como alvo doenças específicas, como malária, varíola, tuberculosa e boubas.

Devido à sua natureza, eles tinham a tendência de colocar de lado o contexto social. Quando se trata de determinantes sociais, queremos compreender como as causas dos casos individuais estão relacionadas às causas da incidência nas populações. Entre os anos 60 e 70, uma mobilização entre profissionais de saúde e líderes comunitários de diversos países resultou no pioneiro movimento batizado como “programa de saúde com base comunitário” (CBPH). Neste momento, a tecnologia perdeu importância, assim como a dependência de profissionais altamente capacitados. Em substituição, uma rede de profissionais de saúde comunitária foi criada, a partir de um recrutamento local. A rede, composta por profissionais com algum nível de capacitação, tinha como meta promover a assistência aos próprios vizinhos para confortá-los em diversos problemas de saúde comuns.

Educação em Saúde como Estratégia para a Prevenção de Doenças

Nas zonas rurais da China, os “médicos descalços”, nome dado aos profissionais da saúde daquela região, são considerados um exemplo desse tipo de programa. O mesmo aconteceu em Cuba, onde as cifras de mortalidade infantil e de expectativa de vida da população melhoraram drasticamente. No país, funciona um programa de atenção primária dentro de um sistema organizado de consulta a instâncias mais especializadas. Essas informações parecem não serem compatíveis à aparente pobreza da ilha.

Nesses programas, médicos generalistas e enfermeiros vivem nas próprias comunidades onde trabalham. Isso possibilita não somente um diagnóstico ágil e um eficaz tratamento clínico, como também educação comunitária a respeito de assuntos gerais sobre determinantes de saúde não-médicos. Sobre isso, no ano de 1975, Kenneth Newell, então diretor da Division of Strengthening Health Services, da OMS, publicou o livro *Health by the people*, que ofereceu em seu conteúdo histórias de sucesso de uma série de iniciativas de saúde baseadas em comunidades da Ásia, África e América Latina. Na obra, Newell defende um engajamento com a dimensão social de saúde. Para o autor:

Temos estudos demonstrando que muitas das ‘causas’ de problemas comuns relacionados à saúde vêm da própria sociedade e que uma abordagem estritamente setorial é ineficiente, sendo que outras ações fora do campo da saúde talvez tenham tido um efeito maior na saúde do que intervenções de saúde per se. (Newell, 1975 como citado em OMS, 2005, p. 11).

Sobre a dimensão social de saúde, em outros momentos, a OMS e a UNICEF publicaram conjuntamente um relatório que tinha como teor os fatores sociais que transformavam a saúde de um local. Para tanto, consideraram a pobreza, precarização habitacional e baixa escolaridade como as raízes da morbidade em países classificados como “em desenvolvimento”. Sobre isso, Mahler (1981) declarou que “o programa Saúde para Todos tem como premissa tanto a remoção de obstáculos para a saúde – ou seja, o fim da desnutrição, da ignorância, da contaminação de água doce e de habitações

não higiênicas – quanto a solução de problemas puramente médicos” (Mahler, 1981 como citado em OMS, 2005).

Alma-Ata como o Marco da Saúde Pública Moderna

No ano de 1978, realizou-se no Cazaquistão, na então União Soviética, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, de onde resultou uma declaração de intenções resultantes dos grupos de trabalho desenvolvidos, denominada Alma-Ata (Organização Mundial da Saúde [OMS], 1978). Essa declaração apresentou como meta a “Saúde para todos no ano 2000”, tendo como atenção primária a saúde (APS), considerada o meio para se fazer cumprir a Alma-Ata (OMS, 1978).

No texto da Alma-Ata (OMS, 1978), considerava-se necessária a elaboração de uma estratégia de saúde que fosse abrangente, para todos, que não fosse limitada à prestação de serviços de saúde, mas também abordasse as causas sociais, econômicas e políticas dos recorrentes problemas de saúde. O texto considerava o trabalho relacionado à saúde não como uma intervenção curta e pontual, mas um processo de melhoria das condições de vida da sociedade. Nessa lógica, pensou-se na ação de combate aos determinantes sociais e ambientais da saúde.

Alguns anos depois, em 1986, em Ottawa, Canadá, ocorreu a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, onde elaborou-se a Carta de Ottawa (Organização Mundial da Saúde [OMS], (1986). Durante a conferência, definiu-se o documento redigido para a promoção de saúde, com oito determinantes da saúde social: Paz, Abrigo, Educação, Alimentação, Renda, um Ecossistema Estável, Recursos Adequados, Justiça Social e Equidade.

“Boa Saúde a Custos Baixos”: as consequências da Alma-Ata

Em 1985, organizou-se a conferência Good Health at Low Cost – GHLC (Boa Saúde a Custos Baixos, em tradução livre), promovida pela Fundação Rockefeller. Anos depois, em 1988, a Organização Pan-Americana de Saúde definiu a Costa Rica como “um país não industrial em desenvolvimento com indicadores de saúde comparáveis àqueles registrados há alguns anos nos países industriais mais avançados” (Pan-American Health Organization, 1988 como citado em OMS, 2005). Porém, essa realidade não foi casual. Entre os anos 1970 e 1983, a Costa Rica reduziu a mortalidade em 40%, com a mortalidade infantil reduzida em 70%. Isso representou uma melhora nas condições de saúde a custos baixos, além de consolidar as ideias apresentadas pela Alma-Ata (OMS, 1978) e a Carta de Ottawa (OMS, 1986).

Essas propostas (Alma-Ata e Carta de Ottawa) são resumidas através do modelo de Dahlgren e Whitehead, conforme figura abaixo:



Figura 1. Modelo de determinação social proposto por Dahlgren e Whitehead

Fonte: Dahlgren G, Whitehead M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stocolm: Institute for Future Studies.

No modelo de Dahlgren e Whitehead podemos encontrar os Determinantes de Saúde Social - DSS distribuídos em diferentes níveis, desde um mais próximo dos determinantes individuais até uma camada distal, com a presença dos macro-determinantes. Porém, o modelo apresentado por Dahlgren e Whitehead não esclarece detalhadamente as relações e mediações entre os diversos níveis. Ainda sobre esse modelo, é fundamental mencionarmos a globalização como fator de influência nas condições sociais, econômicas e culturais dos países. A globalização altera as condições sociais, essencialmente no que diz respeito à pobreza e à saúde social, como proposto por Buss (2007). O interessante no modelo de Dahlgren e Whitehead é que através dele podemos identificar pontos estratégicos para a promoção de intervenções de políticas pensadas para minimizar os diferenciais de DSS resultantes de diferenças sociais entre grupos e seus indivíduos .

Determinantes Sociais da Saúde: um tema de estudo

A organização e o desenvolvimento social, assim como a situação de saúde de uma população, têm sido temas de estudos, refletidos em relatos publicados nacionalmente e internacionalmente, como manifestado por Almeida-Filho (Buss & Pellegrini, 2007). Trata-se de um avanço que transforma os estudos sobre iniquidades em saúde, especialmente sobre desigualdades de saúde entre grupos populacionais que poderiam ser evitadas. Segundo Buss e Pellegrini (2007) Nancy Adler defende que os estudos sobre as iniquidades em saúde podem ser divididos em três momentos geracionais. E complementam:

A primeira geração se dedicou a descrever as relações entre pobreza e saúde; a segunda, a descrever os gradientes de saúde de acordo com vários critérios de estratificação socioeconômica; e a terceira e atual geração está dedicada principalmente aos estudos dos mecanismos de produção das iniquidades (Buss & Pellegrini, 2007).

Preocupada em compreender as causas dessa desigualdade social nos problemas de saúde, Adler indaga: “como a estratificação econômico-social consegue “entrar” no corpo humano?” (Buss & Pellegrini, 2007). Ainda de acordo com Buss e Pellegrini (2007), Adler complementa com uma classificação necessária para se promover o estudo e a comparação dos programas e as políticas nacionais de determinantes sociais:

- Reduzir a própria estratificação social, ou reduzir as desigualdades nos aspectos de poder, prestígio, renda e riqueza diretamente relacionados à posição socioeconômica ocupada pelo ator social;
- Reduzir a exposição de grupos sociais menos favorecidos a fatores danosos à saúde;
- Procurar reduzir a vulnerabilidade dos grupos menos favorecidos às condições danosas à saúde;
- Reduzir, através da atenção à saúde, as consequências desiguais dos problemas de saúde e prevenir a deterioração socioeconômica de indivíduos que adoecem.

Segundo dados do OMS (2005), em meados dos anos 2000, as ações relacionadas aos Determinantes de Saúde Social continuaram a expandir-se, especialmente nos países em maiores estágios de desenvolvimento. Isso promoveu melhoria no contexto de saúde global, colaborando com o desenvolvimento de ações e uma redefinição de agenda. Atualmente, a agenda de desenvolvimento global é determinada pelas Metas de Desenvolvimento do Milênio (MDMs, http://www.undp.org/content/undp/en/home/sdgooverview/mdg_goals.html, recuperado em 26 de julho de 2008), abaixo citadas:

- Meta 1: Erradicar a extrema pobreza e a fome;
- Meta 2: Atingir o ensino básico universal;
- Meta 3: Promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres;
- Meta 4: Reduzir a mortalidade infantil;
- Meta 5: Melhorar a saúde materna;
- Meta 6: Combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças;
- Meta 7: Garantir a sustentabilidade ambiental;
- Meta 8: Estabelecer uma Parceria Mundial para o Desenvolvimento.

As oito metas, adotadas por 189 países durante a Cúpula do Milênio das Nações Unidas, em setembro de 2000, relacionam-se a objetivos quantitativos em indicadores de redução e erradicação de pobreza, desenvolvimento da educação, maior influência de mulheres e igualdade de gênero, promoção da saúde infantil, promoção da saúde materna, melhor controle de doenças epidêmicas, preservação do meio ambiente e desenvolvimento de um sistema comercial global justo e equilibrado.

Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde

A criação da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde – CNDSS foi estabelecida em 13 de março de 2006, através do Decreto Presidencial assinado pelo então presidente Luís Inácio Lula da Silva. Com mandato estabelecido de dois anos, a CNDSS tem como meta básica o impulso e a promoção do conhecimento e das intervenções sobre os Determinantes Sociais da Saúde no país.

Efetivamente, a criação da CNDSS foi uma resposta ao movimento global em torno dos DSS, promovido pela Organização Mundial da Saúde em 2005, quando criou a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (Commission on Social Determinants of Health – CSDH). O objetivo dessa iniciativa foi promover internacionalmente a consciência sobre a importância dos determinantes sociais na situação de saúde de indivíduos e grupos, além de colaborar com o combate às iniquidades de saúde e seus efeitos.

A CNDSS é composta por 16 representantes da sociedade, oriundas de diversas áreas (cultural, científica e empresarial). A ideia de compor o grupo por representantes de diversas áreas resulta exatamente no reconhecimento de que a saúde é um bem público e que deve ser construído por seus representantes. O decreto presidencial que criou a CNDSS também definiu a criação de um Grupo de Trabalho de caráter intersetorial, que envolve diversos ministérios relacionados com as Determinantes de Saúde Social. Também envolve em sua composição os Conselhos Nacionais de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde (CONASS e CONASEMS). As atividades da CNDSS são suportadas no conceito de saúde proposta pela OMS: “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade”. (Buss & Pellegrini, 2007).

É o preceito constitucional de reconhecer a saúde como um “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (artigo 196 da Constituição brasileira de 1988).

Compromissos para a atuação da comissão

Segundo Buss e Pellegrini (2007), a atuação da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde – CNDSS é ancorada em três compromissos, que servem para regular e orientar os integrantes da mesma na realização de suas tarefas. Os autores ainda afirmam que os compromissos são:

- Compromisso com a ação: responsável por apresentar recomendações concretas de políticas, programas e intervenções para o combate às iniquidades de saúde geradas pelos Determinantes de Saúde Social;
- Compromisso com a equidade: responsável pela promoção da equidade em saúde, fundamentalmente um compromisso ético, além de uma posição política que orienta as ações da

CNDSS para assegurar o direito universal à saúde;

- Compromisso com a evidência: responsável pelas recomendações da Comissão, que devem estar solidamente fundamentadas em evidências científicas. Esse compromisso permite, por um lado, entender como operam os determinantes sociais na geração das iniquidades em saúde e, por outro, como e onde devem incidir as intervenções para combatê-las e que resultados podem ser esperados em termos de efetividade e eficiência.

Os objetivos da CNDSS

A criação da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde – CNDSS foi justificada a partir do cumprimento de alguns objetivos, alinhados com os documentos internacionais que têm como papel o de regular o desenvolvimento das DSS, como afirmado em Buss e Pellegrini (2007). São eles:

- Produzir conhecimentos e informações sobre os DSS no Brasil;
- Apoiar o desenvolvimento de políticas e programas para a promoção da equidade em saúde;
- Promover atividades de mobilização da sociedade civil para tomada de consciência e atuação sobre os DSS.

Entretanto, para colaborar no alcance dos objetivos, a CNDSS desenvolveu as seguintes linhas de atuação (Buss & Pellegrini, 2007):

- 1) Produção de conhecimentos e informações sobre as relações entre os determinantes sociais e a situação de saúde, particularmente as iniquidades de saúde, com vistas a fundamentar políticas e programas;
- 2) Promoção, apoio, seguimento e avaliação de políticas, programas e intervenções governamentais e não-governamentais realizadas em nível local, regional e nacional;
- 3) Desenvolvimento de ações de promoção e mobilização junto a diversos setores da sociedade civil, para a tomada de consciência sobre a importância das relações entre saúde e condições de vida e sobre as possibilidades de atuação para diminuição das iniquidades de saúde;
- 4) Portal sobre DSS: a CNDSS mantém uma página institucional (www.determinates.fiocruz.br) com informações sobre as atividades que vem desenvolvendo, além de publicações de interesse.

Região de Barretos (DRS-V): População/Limite Territorial DRS-V Barretos

A Região do DRS-V pela análise dos dados acima é na sua maioria composta por Municípios de baixa renda e de porte pequeno em número de habitantes. Em 11, dos 19 municípios, ao menos 50% dos responsáveis pelo domicílio não têm renda suficiente para sua manutenção. A sobrecarga imposta aos municípios em função da invasão de migrantes trabalhadores por ocasião das safras e futuramente a instalação definitiva de suas famílias determinam impacto negativo na qualidade da atenção à saúde e de vida da população.



2.000 à 5.000 hab. 03 municípios
5.000 à 10.000 hab. 07 municípios
10.000 à 20.000 hab. 04 municípios
20.000 à 50.000 hab. 03 municípios
50.000 à 100.000 hab. 01 município
100.000 ou mais 01 município



DRS - V: Área territorial = 8.082 Km², sendo 19 municípios e 415.260 habitantes.

Figura 2. Mapas e Gráficos referentes ao DRS-V Barretos
Fonte: IBGE2006

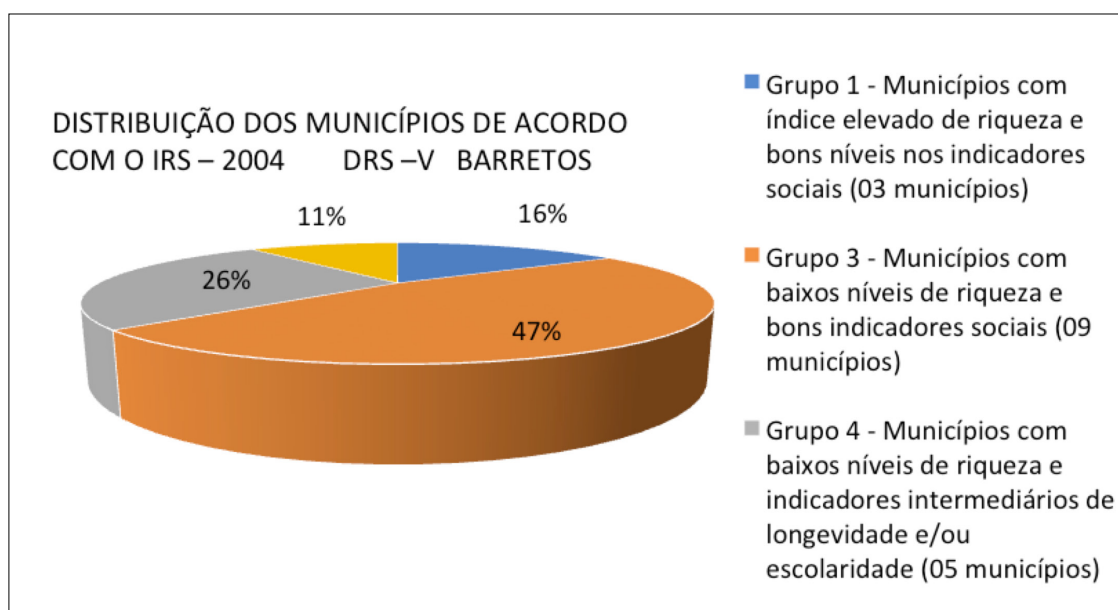
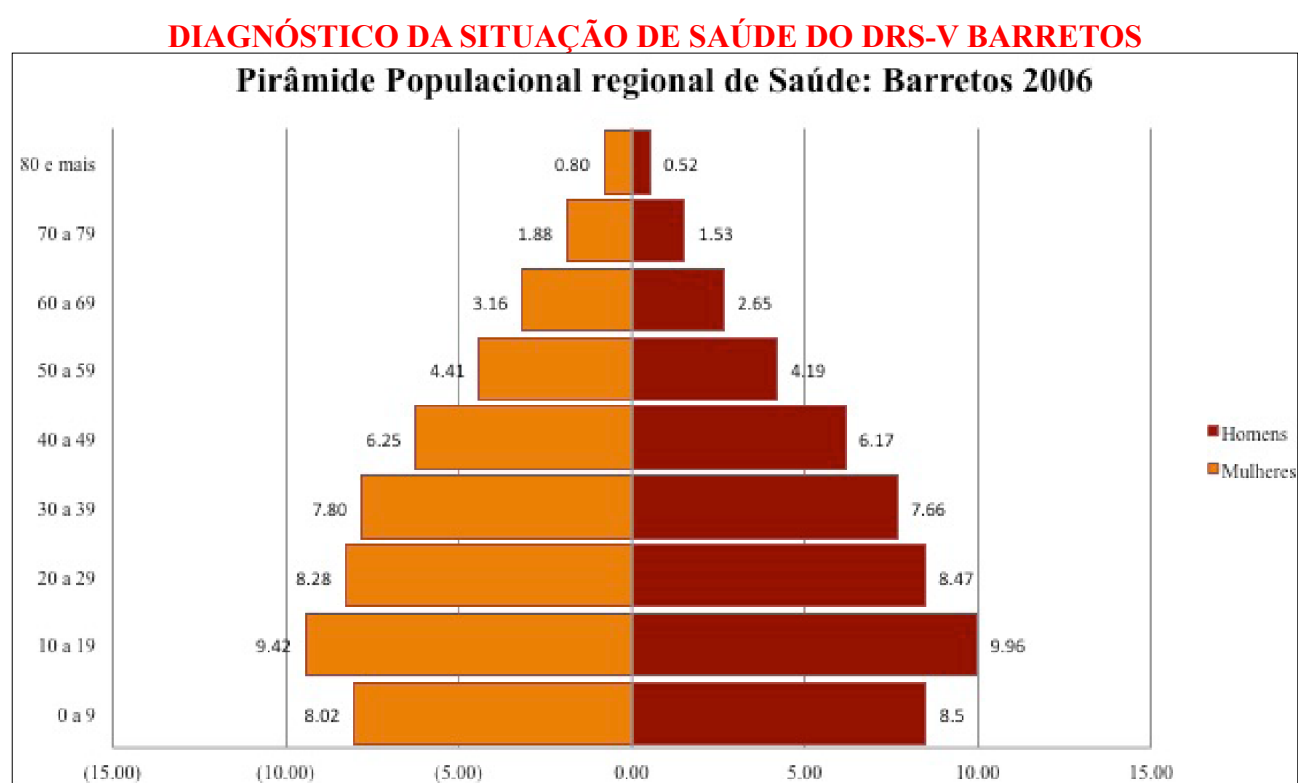


Figura 3. Distribuição dos municípios



A população da região é predominante jovem, sendo que 80,7% estão abaixo de 50 anos e 52,8% tem até 29 anos. Quanto ao sexo, embora as mulheres sejam a maioria, vale notar que abaixo de 29 anos os homens são mais numerosos em todas as faixas de idade com razão de masculinidade de 1040 homens para 1000 mulheres.

Figura 4. Situação de saúde DRS-V Barretos

Fonte: IBGE2006

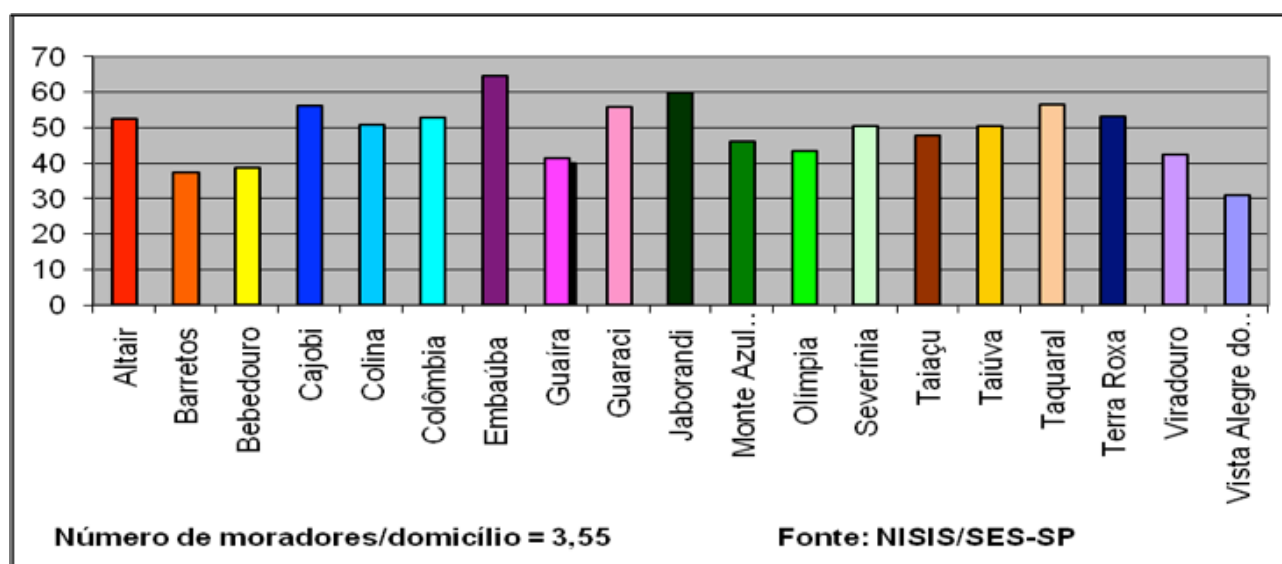


Figura 5. Percentual de Responsáveis pelo Domicílio com Renda Insuficiente para sua Manutenção

A Região do DRS-V, representado pela análise dos dados acima, é, em sua maioria, composta por municípios de baixa renda e de porte pequeno em número de habitantes. Em 11 dos 19 municípios, ao menos 50% dos responsáveis pelo domicílio não têm renda suficiente para a sua manutenção. A sobrecarga imposta aos municípios, em função da invasão de migrantes trabalhadores por ocasião das safras e futuramente a instalação definitiva de suas famílias, determinam um impacto negativo na qualidade da atenção à saúde e de vida da população.

Na região de Barretos (DRS-V) sempre predominou a atividade agropecuária. Atualmente, predomina na região o plantio de Cana de Açúcar. Essas atividades trouxeram importantes alterações nos Determinantes Sociais da Saúde.

É impossível negar o quanto o trabalho do cortador de cana é árduo. É um trabalho que, além de expor o trabalhador a toda sorte de intempéries, como a maioria dos trabalhos rurais, (e aqui é bom lembrar que a temperatura na região em épocas de safra pode atingir quase os 40°C, expô-lo ao risco de acidentes com animais peçonhentos, intoxicações por agrotóxicos, entre outros), submete-o a ritmos acelerados na medida em que o ganho, geralmente, dá-se por tarefa realizada. (Alessi & Navarro, 1997).

A economia movida pelo plantio da Cana de Açúcar assume uma grande importância na região, especialmente após a substituição de outras atividades por essa cultura.

Condições de Vida dos Migrantes nos Campos de Cana de Açúcar

Os profissionais que atuam nos campos de cana de açúcar recebem vulgarmente o nome de boia fria. Esses cidadãos normalmente vivem ou já viveram no campo, quase sempre tiveram poucos anos de estudo e não possuem qualificação profissional. Também não moram nas fazendas. Os mesmos são transportados para o local de trabalho ainda na madrugada, em ônibus e caminhões preparados para o transporte do trabalhador. Cada trabalhador é responsável pela sua alimentação,

normalmente composta por marmitas que na hora do almoço já estão frias – daí a origem do nome boia-fria. (Bertolini, 2005 como citado em Carneiro, 2005).

Em sua rotina, o boia-fria sofre com problemas de saúde resultante das más condições de trabalho. Para obter maiores ganhos, pois recebe de acordo com a produtividade, os mesmos se sujeitam a um imenso esforço físico, levando vários deles ao óbito. Segundo alguns fisiologistas, o corte de cana exige do trabalhador uma disponibilidade física igual à de um atleta de alto nível. Lamentavelmente, o trabalhador não possui tal preparo, e nem as condições complementares (como a alimentação, os cuidados médicos, etc) para isso. A carga horária de um cortador de cana varia entre dez e doze horas de trabalho por dia, com somente trinta minutos para o almoço. Nesse momento, costumam descansar. No fim da tarde, os trabalhadores são levados de volta para as suas residências, repetindo a mesma rotina no dia seguinte.

De um modo geral, os acidentes do trabalho (AT's) de maior incidência no trabalho relacionado à cana de açúcar correspondem aos acidentes-tipo (em torno de 87%). Outro problema relacionado a acidentes ocorre no trajeto entre a residência e o campo, mas com uma participação menor (1,6%). Esses números foram medidos entre 1997 e 1999. Porém, registra-se, atualmente, uma tendência de aumento, provocada pela frequência crescente dos deslocamentos realizados pelos trabalhadores rurais. Outra razão é a precária qualidade de manutenção dos veículos e das estradas (Freitas, 2007).

Outra característica presente neste grupo de trabalhadores é a faixa etária. A maioria deles (83%) possui menos de 40 anos, sendo que 60% ainda não completou os 30 anos. Segundo Silva (1999), as usinas sucroalcooleiras costumam exigir uma idade inferior a 25 anos para a contratação de seus empregados. Isso tem colaborado com a definição de características específicas do processo produtivo, que demanda grande esforço físico da força de trabalho. Ainda assim, é frequente a manifestação de problemas de saúde relacionados ao elevado esforço do trabalhador.

Já os acidentes-tipo mais frequentes são os ferimentos causados por instrumentos de corte. Nessa estatística, os pés e as pernas são as partes do corpo mais atingidas, seguidas pelos membros superiores. Vale ressaltar que os instrumentos de corte são bastante afiados. Outra parte do corpo bastante vulnerável ao acidente-tipo são os olhos, facilmente feridos pelas folhas e pontas da cana-de-açúcar. Entretanto, os olhos também sofrem com a fuligem provocada pela queimada, ocorrida na noite anterior ao corte.

Tais informações, ainda que parciais, mostram que os acidentes-tipo comuns na cultura canavieira têm provocado perdas evidentes ao trabalhador, à empresa, ao Estado e à sociedade. Essas perdas atingem em especial a indivíduos dos segmentos mais jovens da população ativa, afastando-os de suas atividades cotidianas e, em alguns casos, incapacitando-os para o trabalho ou provocando óbito. (Freitas, 2007).

O capitalismo presente no agronegócio tem incentivado a ocorrência de processos migratórios expressivos do campo para a cidade, determinando alterações nos padrões de morbimortalidade da população (Alessi & Navarro, 1997 como citado por Carneiro, 2005). Os trabalhadores são expostos diariamente a elevadas cargas físicas, químicas e biológicas. Essa rotina provoca uma série de doenças, traumas ou acidentes relacionados, tais como dermatites, conjuntivites, desidratação, câimbras, dispneia, infecções respiratórias, oscilações da pressão arterial, ferimentos e outros aciden-

tes (inclusive os de trajeto). É importante agregar ao esforço físico do trabalho no campo as questões climáticas, em especial na região de maior produção sucro-alcooleira do Estado de São Paulo.

Além destas cargas laborais, destacam-se aquelas de caráter bio-psíquicos, que configuram padrões de desgaste manifestos por meio de dores na coluna vertebral, dores torácicas, lombares, de cabeça e tensão nervosa (estresse), além de outros tipos de manifestações psicossomáticas que podem se traduzir, principalmente, por quadros de úlcera, hipertensão e alcoolismo. (Alessi & Navarro, 1997) .

Silva (1999) também encontrou, na mesma região do interior de São Paulo, uma elevada ocorrência de doenças do aparelho respiratório e de processos alérgicos causados pela cana queimada. Outro importante fator de risco à saúde dos trabalhadores do campo consiste na exposição aos agrotóxicos. Apesar da legislação existente, que obriga o fornecimento de equipamentos de proteção individual (EPI), como luvas e perneiras (Normas Regulamentadoras Rurais no 4), nem todos os empregadores rurais respeitam tais normas. Além disso, em diversas ocasiões em que estes equipamentos estão disponíveis (esses equipamentos são diversas vezes improvisados pelos próprios trabalhadores) a inadequação na utilização dos mesmos acaba constituindo em outras cargas laborais. As empresas são obrigadas a fornecer de graça equipamentos de segurança. Às vezes não fornecem e às vezes cobram.

Outro problema está relacionado à utilização correta ou à qualidade do equipamento de EPI. Quando o mesmo não se adequa corretamente ao corpo acaba limitando os movimentos, reduzindo a produtividade e facilitando a ocorrência de acidentes.



Figura 6. Canavieiro

Fonte: carta maior <https://www.cartamaior.com.br/?/Editoria/Politica/124-anos-apos-Lei-aurea-Brasil-nao-consegue-eradicar-trabalho-escravo-/4/25165> 12/05/2012



Figura 7. Queimada Na Periferia de Barretos

Entretanto, o problema mais visível nas condições adversas oferecidas ao trabalhador está no tipo de transporte utilizado. Geralmente, os cortadores de cana são transportados em caminhões de agenciadores de mão-de-obra (conhecidos como turneiros ou gatos). Esses veículos são diversas vezes conduzidos por motoristas inexperientes, o que acaba provocando desrespeito às regras de segurança e acidentes. Vale recordar que, conforme o art. 190 da Constituição do Estado de São Paulo, o transporte de trabalhadores rurais deve ser realizado em ônibus apropriado e dentro das normas de segurança.



Figura 8. Estado de conservação dos meios de transporte
Fonte: VISA Barretos



Figura 9. Estado De Conservação Dos Meios De Transporte (Fonte: VISA Barretos)
Fonte: VISA Barretos

O uso de veículo inapropriado para transporte de boias-frias, sem manutenção (Figuras 8 e 9), aumenta as chances de acidentes, elevando a gravidade dos feridos e o número de mortes dos trabalhadores rurais.

Outro ponto que aumenta a insalubridade do ambiente de trabalho do cortador de cana é a exposição à poeira e à fuligem da queima da cana que ficam impregnados em seus rostos, mãos e roupas. Além disso, em muitos locais de trabalho não há pontos de apoio para armazenamento de marmitas, garrafas de água e café, podendo ocorrer deterioração dos alimentos. Alia-se a isso a falta de instalações sanitárias. (Alessi & Navarro, 1997). Entretanto, percebemos que hoje esse quadro está sendo mudado nas grandes empresas.

Devido ao excesso de trabalho, a temperatura do local do corte de cana e uma vestimenta pesada, o trabalhador muitas vezes tem desidratação e em consequência disso também sofre com câimbras. Para conter as câimbras (birola) e a desidratação, algumas usinas têm o hábito de ministrar soro fisiológico aos trabalhadores, além de fornecer suplementos energéticos (vulgarmente chamado de BOMBA: uma mistura de água, sais e grande quantidade de açúcar) que repõem sais minerais. (Alves, 2006).

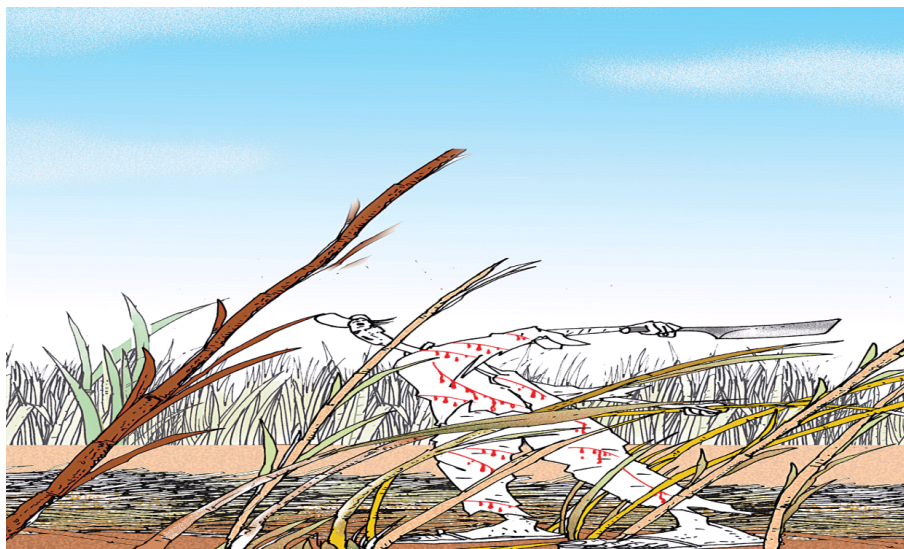
Ao longo da jornada o trabalhador se preocupa em repor as energias ao seu organismo bebendo muita água, tomando café e também chupando cana. A prática de chupar cana se, por um lado, repõe a água e sais minerais perdidos pelo organismo, por outro, costuma provocar diarreias, devido ao seu alto teor de sacarose. (Alessi & Navarro, 1997).

Segundo estudo inédito desenvolvido por Fernando Carneiro, técnico da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), o cenário de insegurança alimentar a qual esse grupo de trabalhadores está sujeito é duas vezes superior ao registrado por grupos de trabalhadores sem terra, em

condição de acampamento. A pesquisa de Carneiro (2005) foi desenvolvida na cidade de Unaí, Minas Gerais, que também tem no agronegócio a sua economia básica .

Durante toda a jornada o trabalhador repetirá exaustivamente os mesmos gestos. Abraçar o feixe de cana, curvar-se, golpear com o podão a base dos colmos, levantar o feixe, girar e empilhar a cana nos montes. Essa sequência contínua de movimentos torna o trabalho repetitivo, monótono, automatizado. [...]. De forma geral, um trabalhador corta, aproximadamente, 8 toneladas/dia (6 toneladas/ dia no caso do trabalhador do sexo feminino). Alguns trabalhadores, entretanto, conseguem atingir a marca das 14 toneladas/dia, ou mais (10 toneladas/dia no caso do trabalhador do sexo feminino). A produtividade varia dependendo do tipo de cana disponível para o corte. As “canas em pé”, cultivadas em terrenos regulares, são as que propiciam maior produtividade que, logicamente é menor quando a cana se encontra “acamada” e cultivada em terrenos irregulares. [...] Por outro lado, coloca-se a necessidade de milhares de famílias recorrerem ao ingresso prematuro no mercado de trabalho de seus filhos menores de idade, como fonte de complementação da renda familiar. Estas crianças e adolescentes, que ao se submeterem ao desempenho de atividades penosas e insalubres, estão sendo expostas, cotidianamente a acidentes de trabalho que podem materializar-se em lesões irreversíveis, a doenças do trabalho, que podem comprometer seu desenvolvimento físico e psicológico e social. (Alessi & Navarro, 1997).

Por que morrem os cortadores de cana? (Alves, 2006)



Serviço Pastoral do Migrante de Guariba (SP), informou que entre as safras 2004/2005 e 2006/2007 morreram 14 cortadores de cana na região canavieira de São Paulo. Eram trabalhadores, na maioria jovens, com idade entre 24 e 50 anos, migrantes de outras regiões do país (norte de Minas, Bahia, Maranhão, Piauí).(Alves, 2006).

Segundo Alves (2006), nos atestados de óbito dos trabalhadores de corte de cana, o preenchimento da causa mortis é informada de uma maneira normalmente vaga, não permitindo possíveis análises conclusivas posteriores sobre como ocorreu tal morte. Neles, normalmente é informado que o trabalhador morreu por parada cardíaca ou insuficiência respiratória (o que não é diagnóstico de “causa-mortis”, mas uma simples constatação de morte) ou acidente vascular cerebral. Alves comenta que, ao realizar entrevistas, constatou que amigos e familiares afirmaram que antes de morrerem o trabalhador manifestou trabalho excesso, além de dores no corpo, câimbras, falta de ar e desmaios.

Segundo o relatório publicado por Fian International, “Somente em 2006, segundo dados (nacionais) do Anuário Estatístico de Acidentes de Trabalho do Ministério da Previdência Social (2007), ocorreram 14.332 acidentes em usinas de açúcar e álcool, destas 8.789 no cultivo da cana”. (Suárez, Bickel, Garbers, Goldfarb, & Schneider, 2008 como citado em Sydow, Mendonça, & Melo, 2008). Sobre o tema, ainda é possível considerar outras informações:

Os ferimentos e mutilações causados por cortes de facão, principalmente nas pernas e nas mãos, também são frequentes. Porém, raramente a empresa notifica aos órgãos competentes esses acidentes de trabalho e praticamente não há controle por parte desses órgãos governamentais. Muitos trabalhadores doentes ou mutilados, apesar de impedidos de trabalhar, não conseguem aposentadoria por invalidez. (Sydow et al., 2008).

Sydow, Mendonça e Melo (2008) também compartilha informações acerca do tema, declarando que “Segundo os trabalhadores, a Universidade de Piracicaba colheu amostras de urina durante a safra e detectou células cancerígenas, por agrotóxicos.” (Suárez et al., 2008 como citado em Sydow et al., 2008).

Suárez, Bickel, Garbers, Goldfarb e Schneider (2008, como citado em Sydow et al., 2008) afirmam que o trabalho em excesso realizado diariamente é muito grande, causando aos trabalhadores do corte da cana-de-açúcar diversas doenças, como hérnia de disco, tendinites, problemas de coluna e descolamento de articulações. Além disso, o cortador tem uma vida útil profissional bastante reduzida, com uma produtividade média entre 15 a 20 anos de atividade.

Sobre o tema, diversas notícias já foram publicadas na imprensa: “20 toneladas de cana/dia chegou a cortar o trabalhador morto em Jaborandi” (Bonato, 2006); “15 trabalhadores rurais teriam morrido devido a excesso de trabalho – Ministério Público confirma: cortador de cana morre em São Paulo por ter trabalhado 70 dias sem folga”. (Hugo, 2007). Segundo o Anuário Estatístico de Acidentes de Trabalho do Ministério da Previdência Social de 2007, essa atividade é a que possui maior quantidade de acidentes do trabalho registrados, segundo a Classificação Nacional de Atividades Econômica no país. Além disso, os registros são de trabalhadores formais, com registro em carteira. Isso significa que a estatística não contabiliza os acidentes ou as doenças de empregados informais, que são em grande número. (Sydow et al., 2008). O processo produtivo, o processo de trabalho e a forma de pagamento utilizada no corte de cana representam a combinação de três elementos que provocam as frequentes mortes em situações de trabalho. Segundo Alves (2006), um trabalhador que corta 12 toneladas de cana diárias, também realiza as seguintes atividades no dia:

- Caminha 8.800 metros;
- Despende 133.332 golpes de podão;

- Carrega 12 toneladas de cana em montes de 15 kg, em média; portanto, faz 800 trajetos e 800 flexões, levando 15 kg 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, 8 litros de água por dia, por realizar toda esta atividade sob 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.

Ainda segundo Alves (2006), “Com todo este detalhamento da atividade do corte de cana, fica fácil entender por que morrem os trabalhadores rurais cortadores de cana em São Paulo: ‘por causa do excesso de trabalho’”.

Influências das Queimadas

A queima das folhagens da cana de açúcar visa facilitar o seu corte nas regiões pouco mecanizadas. A fumaça proveniente desta prática dissipa-se rapidamente, mas a fuligem da cana de açúcar permanece no local. Além disso, os processos químicos das usinas liberam uma fuligem mais fina. Um estudo ecológico de base censitária foi realizado para investigar a relação da fuligem com as doenças do aparelho respiratório da população do Estado de Pernambuco no período de 1995 a 1998. Os municípios do Estado foram agrupados em quatro estratos, de acordo com a proporção de área destinada à colheita da cana de açúcar em relação à sua área total, utilizando-se as informações sobre a produção agrícola municipal do IBGE. Foram consideradas todas as internações por doenças do aparelho respiratório nas AIH's - Autorização de Internação Hospitalar existentes no programa TabWin⁴, do Ministério de Saúde.

O estudo temporal teve como unidade de tempo os meses do ano, considerando os períodos de corte de cana de açúcar e de chuva em cada ano. Na análise espacial, comparou-se a taxa mensal de internações por doenças do aparelho respiratório entre os municípios com e sem área plantada de cana. Foi encontrada uma forte associação entre a fuligem e a doença respiratória. Os municípios que não tinham cana de açúcar apresentaram taxas menores que os que tinham cana de açúcar. Verificou-se, portanto, que a fuligem da cana de açúcar é um fator relevante no agravamento da doença respiratória da população local.

O Impacto da Queima da Cana-de-Açúcar para a Saúde Respiratória

Pneumologistas de Araraquara e Piracicaba, no interior de São Paulo (cidades próximas à região do DRS-V Barretos), estão estudando o impacto da queima da cana-de-açúcar para a saúde cardiorrespiratória. Estes estudos foram apresentados durante o 12º Congresso Paulista de Pneumo-

⁴ Desenvolvido pelo DATASUS como ferramentas para disseminar informações em saúde.

logia e Tisiologia, realizado entre 15 e 18 de novembro de 2007. Nele, Marcos Abdo Arbex, pesquisador do Laboratório de Poluição Atmosférica Experimental da FMUSP e médico do programa de pós-graduação em Clínica Médica da UNIFESP, destacou que :

Nos últimos anos, presenciamos diversos episódios de queimas de biomassa e vegetação em todo o mundo, porém, a única queima programada é aquela realizada durante o processo de fabricação do etanol. Isto acontece a despeito de os estudos mostrarem que o material particulado e os gases emitidos com a combustão geram inúmeros problemas ambientais e de saúde.

O pesquisador declarou também que o número de hospitalizações e emergências teve um aumento provocado pela queima da palha da cana-de-açúcar.

Os mais afetados são as crianças, idosos acima de 60 anos e pessoas que já possuem patologias cardiorrespiratórias. Só em Piracicaba foi registrado um aumento de 21% nas internações infantis. Ou seja, além de prejudicar a saúde de pessoas sem problemas aparentes, exacerba os sintomas nos portadores de asma, bronquite, hipertensão arterial, arritmia cardíaca, entre outros.(Arbex, s/d como citado em Associação Paulista de Medicina [APM], 2007)

Pesquisa

Foi elaborado um questionário destinado ao GVS XIV (Grupo de Vigilância Sanitária XIV de Barretos) como metodologia para subsidiar este trabalho e caracterizar os trabalhadores canavieiros da região do DRS V - Barretos:

- 1 - Caracterizar o trabalhador (de onde vem, porque vem);
- 2 - Qualificação social (classe social a que pertence, escolaridade, solteiros, casados, mulheres homens, idade etc.);
- 3 - Moradia (de onde veio e a atual melhorou-piorou?);
- 4 - Transporte (é adequado, qual o tipo);
- 5 - Equipamentos (EPI, uso próprio de vestimenta);
- 6 - Alimentação (qualidade, se é fornecido ou traz de casa, fornecimento de água, reposição hídrica);
- 7 - No trabalho: (exercícios físicos, desgaste, horas trabalhadas, ton/h cortadas, recebimento por produção/horas trabalhadas);
- 8 - Ferimentos mais comuns – mortes no campo;
- 9 - Violência no trabalho (brigas, atentados);
- 10 - Relacionamento com a empresa (com a usina e com a contratante (gatos).

A aplicação do questionário ao Grupo De Vigilância Sanitária - GVS – XIV Barretos resultou nas seguintes respostas:

Da origem: Uma pequena parte dos trabalhadores vem do norte de Minas Gerais. Os demais, em sua grande maioria, vêm dos estados da região nordeste em busca de oportunidades de trabalho com melhor remuneração.

Das condições socioeconômicas/habitação: Os trabalhadores são jovens, em regra do sexo masculino, com idade oscilando entre 20 e 35 anos. Trata-se de pessoas sem qualificação profissional, com baixo nível de escolaridade. São casados, em sua maioria, sendo que as famílias permanecem nos estados de origem. As condições de moradia são precárias nos estados de origem. Quando chegam a São Paulo, na região do DRS-V, utilizam habitação coletiva. Normalmente alugam uma residência do tipo popular e a compartilham entre 10 trabalhadores – ou mais. Apesar das dificuldades, estas residências possuem endereço, ligação de água e esgotos, além de coleta de lixo. Portanto, as condições de moradia, em seu novo habitat, costumam ser melhores do que as de origem. Uma grande dificuldade é a adaptação ao ambiente urbano adensado. Estes trabalhadores não têm conhecimento de boas técnicas de preparo e conservação de alimentos. Com o tempo, são comuns relatos de álcool e outras drogas. cremos que este tipo de moradia deveria ser especialmente observado nos Programas

de Saúde da Família, para ações educativas.

Do transporte: O Transporte destes trabalhadores deixa muito a desejar: Em regra, é realizado em ônibus cuja vida útil já foi esgotada. Na região do DRS-V, depois de um longo e intenso trabalho de conscientização iniciado com orientações da VISA (DRS-V), as Usinas de Cana passaram a controlar as condições mínimas de segurança de todos os ônibus a seu serviço, vistoriando-os mensalmente através de um checklist desenvolvido com essa finalidade. Entretanto, isso até o momento somente foi possível em trabalho realizado junto a grandes empregadores. É provável que os trabalhadores ligados a pequenos empregadores estejam expostos a más condições de segurança no transporte. No caso dos grandes empregadores, os ônibus estão sendo adequados à norma vigente, possuindo toldo para descanso e refeição, reservatórios de água resfriada para reabastecimento dos galões individuais dos trabalhadores. Existe também compartimento específico para transporte do ferramental utilizado no trabalho.

Dos equipamentos de segurança: A VISA do DRS-V, hoje GVS-XIV, desde 1.999, desenvolve programa específico de inspeções nos campos de corte manual de cana nas usinas da região. No início houve dificuldade para implantar a exigência do fornecimento regular do conjunto mínimo completo de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) aos trabalhadores, sendo necessário – na época – recorrer à aplicação de Autos de Infração e penalidades de Multa. Posteriormente, com a conscientização dos empregadores, raramente verificamos infrações quanto ao fornecimento e uso de EPI's. Houve, então, grande impacto na redução do número absoluto e no grau de gravidade dos acidentes. Quando o EPI não conseguiu evitar o acidente, amenizou sobremaneira suas consequências, diminuindo de forma drástica o número médio de dias de afastamento. O empregador, então, vislumbrou que fornecer o EPI, exigir seu uso e o repor imediatamente quando necessário constitui um ótimo negócio, sob o ponto de vista econômico. Ainda são encontrados problemas quanto ao tipo de óculos de segurança a ser exigido: Os modelos que têm Certificado de Aprovação (C.A.) do Ministério do Trabalho não funcionam na prática, pois são de material plástico transparente que, diante da intensidade da atividade e o suor perdido pelo trabalhador, umedecem, embaçam e umedecendo propiciam a aderência da fuligem típica da atividade. Isso provoca a não-adesão ao seu uso. Os óculos mais adaptados e com maior aceitação (cuja lente é feita com material telado que permite a ventilação) não tem o C.A., sendo que a fiscalização do Ministério do Trabalho não aceita o seu uso. Atualmente, em nossa região, os trabalhadores contam com conjunto completo de EPI's, havendo ainda estoque para reposição imediata no local de trabalho (nas grandes empresas). O Conjunto completo é composto pelos seguintes EPI's: Boné com toca árabe; Óculos de segurança; Mangote para o braço que segura a cana para corte; Luva de segurança; Caneleira; Botina com biqueira de aço.

Do dia de trabalho: Os trabalhadores normalmente levantam à 4:00h para preparar o alimento a ser consumido durante a jornada de trabalho. A base da alimentação é composta de arroz, feijão, carne, macarrão e algum tipo de legume. As marmitas são grandes e estão sempre cheias. Existe o hábito do consumo parcial do alimento levado, várias vezes durante a jornada (“bocada”). É também comum o consumo de parte do alimento levado, logo pela manhã. O trabalhador traz de casa um galão com água para consumo durante a jornada. Os ônibus também possuem reservatório de água resfriada para reabastecimento dos galões, quando necessário. A quantidade consumida pelo trabalhador durante a jornada varia de 6 a 10 litros, dependendo do clima e do ritmo de trabalho. As

usinas distribuem um repositores eletrolítico para diluir na água de consumo.

As usinas, em sua maioria, propiciam a prática de ginástica laboral no início da jornada de trabalho. Esta ginástica é ministrada por cortador treinado, com a supervisão de fisioterapeuta. A jornada de trabalho tem início às 6:00 h (quando o trabalhador já está no ponto de espera à disposição do empregador), com aproximadamente uma hora despendida in itinere. O trabalho de corte começa, em regra, às 7:00 h. terminando por volta de 15:00 h, podendo estender-se até as 16:00 h. O ritmo de trabalho é intenso e, normalmente, sujeito a calor excessivo com baixa umidade do ar e exposição a material particulado (pó de fuligem) em suspensão. A safra normalmente se estende de abril a novembro, com pequenas variações de usina para usina. Normalmente é exigido do trabalhador uma produção mínima diária de 10 T de cana cortada. Entretanto, há trabalhadores que chegam a cortar até 25 T por dia.

Da remuneração: A remuneração varia em função do tipo de cana cortada e da aptidão/disposição individual do trabalhador para a atividade. Há dias em que o corpo não aguenta o ritmo de trabalho. A grande vilã da história, é a forma utilizada no cálculo da remuneração dos trabalhadores: o pagamento é feito por produção, em cujo cálculo o trabalhador não tem qualquer controle sobre o resultado diário de seu trabalho. O controle é feito – de forma unilateral – pela empresa. Na remuneração é levado em conta o peso da cana cortada (aferido após o corte – já na usina), convertido para metro de arruamento cortado – uma operação que impossibilita o cálculo pelo trabalhador de baixa escolaridade. Na prática, o trabalhador apenas fica sabendo o que vai receber APÓS realizar o serviço, quando recebe o Controle semanal individual da sua produção, no meio canavieiro, chamado de “pirulito”.

Dos riscos da profissão: Os ferimentos mais comuns são provocados nos membros, provocados pelo uso do podão e também ferimentos nos olhos, provocados por estocadas das folhas de cana (queimada ou não). Além disso, existem casos de trabalhadores jovens, idade variando de 20 a 35 anos, que vão a óbito de forma estranha, havendo atualmente a suspeita de que ocorram por exaustão. No passado, tais óbitos foram relacionados com a doença de chagas, já que os trabalhadores são oriundos de regiões endêmicas. Atualmente as usinas incluíram o exame para detecção de Chagas na série de exames pré-admissionais. A comprovação da teoria da exaustão fica prejudicada pela ausência da realização de necropsia para determinação das causas do óbito. Outra grande dificuldade é a elaboração de critérios técnicos para vinculação do óbito à exaustão. Nos últimos anos não há variação no número de mortes/ano. Não existem relatos de casos de violência no trabalho. É comum que casos de violência ocorram fora do horário de trabalho, sempre relacionados ao consumo de álcool e outras drogas.

TOTAL DE ACIDENTES COM AFASTAMENTO

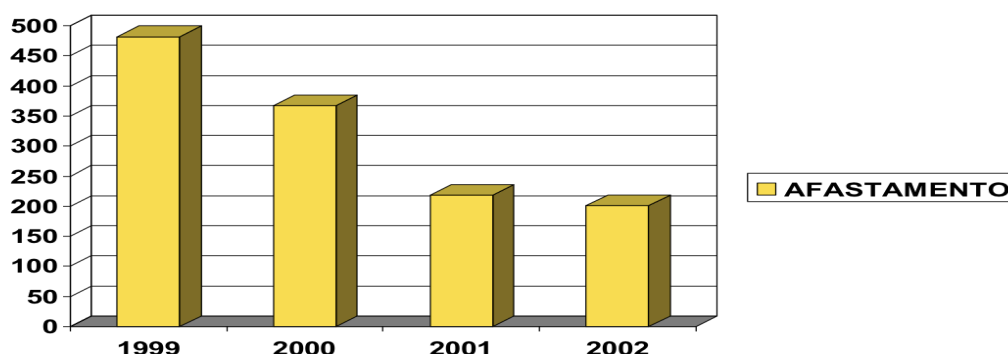


Figura 10. Acidentes Com Afastamento Região de Barretos
Fonte: Visa Barretos

Do vínculo empregatício: Em nossa região, os cortadores de cana das usinas possuem vínculo empregatício com carteira assinada. Há também aqueles que realizam a colheita para fornecedores de cana particulares, havendo sempre vínculo empregatício formalizado. Os trabalhadores normalmente são arregimentados pelo proprietário do ônibus que, além de motorista, é responsável pela turma, controlando também a produção diária de corte de cada um deles. Os ônibus são contratados pela usina para o transporte de trabalhadores (contrato de prestação de serviços), que traz para si a responsabilidade pelas condições dos veículos.

Conclusão

Do ponto de vista pessoal, a vida do canavieiro, de modo geral, passa por períodos de necessidades básicas de sobrevivência (entressafras) e períodos de trabalho árduo com ganho de salário por produção. Por isso, os trabalhadores são levados a usar o extremo da força física para conseguirem melhorar o ganho através do aumento de toneladas cortadas. Segundo Silva (2006), a vida útil desses trabalhadores não vai além dos 10 ou 15 anos. Quando não, ficam incapacitadas para o trabalho por lesões de ferimentos constantes ou mesmo lesões graves da coluna vertebral. Vivem em comunidades promíscuas. Às vezes envolvem-se com álcool e drogas. Segundo Hashizume (2006):

Em 2005, houve 38 assassinatos diretamente relacionados a conflitos agrários, um caso a menos que em 2004. Em compensação, a lista de mortes indiretas, em consequência de problemas de desamparo enfrentados pelos excluídos do campo, aumentou mais de 100% - de 31 mortes, em 2004, para 64, em 2005. Fazem parte deste último grupo, as 13 pessoas mortas por excesso de trabalho no interior de São Paulo”.

Antonio Canuto (um dos organizadores do caderno Conflitos no Campo - dados sobre violência no meio rural, publicado pela Comissão Pastoral da Terra) afirma que o relatório capta apenas de 20% a 25% do total real dos conflitos. Os trabalhadores, quando contratados por grandes empresas, têm melhores condições de vida (carteira assinada e seguro saúde). O salário, porém, continua por produção. Muitas vezes ficam desempregados nas entressafras.

A cultura da cana de açúcar resulta em desequilíbrio ambiental de grandes áreas, anteriormente desmatadas. Essa agressão ambiental interferiu nas nascentes de água e na fauna das regiões. Além disso, há o processo da queima da cana, pois emite gás carbônico e partículas que seguem diretamente à atmosfera, o que provoca danos nos seres vivos. A previsão ambiental era que a partir de 2017 as queimadas fossem proibidas no Estado de São Paulo. Entretanto, essa norma não está sendo respeitada.

Curiosamente, na região de Barretos, pelas informações dadas pela Visa – Barretos (resposta ao questionário), o quadro parece ser diferente daquele citado na literatura (Carneiro - Alessi, Navarro e outros), com relação às condições de trabalho do canavieiro. Os danos à natureza e ao meio ambiente não são diferentes. No entanto, dados recentes fornecidos pela CNDSS (2008) nos dão conta que doenças resultantes de trabalho, também denominadas como doenças profissionais, não aparecem como deveriam.

Na realidade, somente uma parte do problema é visível. De acordo com o INSS, somente os trabalhadores que possuem contratos formais formam as estatísticas do setor. Entretanto, o cenário referente às doenças profissionais e relacionadas ao trabalho é desconhecido. Segundo o INSS, apenas trabalhadores que possuem contrato formal de trabalho participam da estatística. Porém, esse grupo

representa apenas 23% do total de cidadãos com potencial ativo.

Como ilustração ao problema, o índice de cirurgias da coluna vertebral na região de Barretos (DRS V) excede em muito o do Estado de São Paulo. Em publicação recente, constatamos que “em Taiaçu (região de Barretos), os trabalhadores saíram para a roça de madrugada, em ônibus com luzes dianteiras e traseiras queimadas”. (Caderno +Mais, 2008). Na mesma reportagem, informa-se que “em Serra Azul, não havia água gelada, banheiros móveis, área coberta para as refeições e muitos canavieiros não usavam alguns EPIs (equipamentos de proteção individual). Em Guariba, cortadores vivem em pardieiros sem conforto e limpeza - falta até papel higiênico”. (Caderno +Mais, 2008). E a temática se amplia:

Desde 1995, quando entrou em ação, o Grupo Especial de Fiscalização Móvel do Ministério do Trabalho “resgatou” -é o verbo oficialmente empregado- 30.036 trabalhadores no Brasil. As indenizações somam R\$ 42 milhões. São raras as condenações judiciais. O recorde foi batido no ano passado, com 5.999 “libertações”, outra expressão adotada pelo governo. Neste ano, até junho, 2.269 pessoas foram encontradas em condições análogas à de escravo.[...] Neste ano, 55 funcionários de outra usina da CBAA foram descritos pelo Ministério do Trabalho como vítimas de servidão por dívida, o que configura trabalho escravo. Ao contrário da maioria das autuações, concentradas nas regiões de expansão da fronteira agrícola no Norte e no Centro-Oeste do Brasil, esta aconteceu no Estado de São Paulo, em Icem⁵.[...] O procurador do Trabalho, Luís Henrique Rafael, destacou [...]: “A tecnologia de ponta que se observa nas usinas contrasta com as ‘senzalas’ nos canaviais.[...] O procurador Mário Antônio Gomes coordena “inquérito-mãe” sobre o que chama de degradação do trabalho nos canaviais de São Paulo. Para ele, “o nível de educação mais baixo [dos cortadores] facilita a exploração”. (Caderno +Mais, 2008).

Para promover uma mudança sobre o tema, é necessário transformar os seguintes temas, como segue:

Mecanização da colheita: método primordial na mudança do quadro atual, diminuindo a poluição da atmosfera (evitando a queimada), diminuindo os danos à saúde, reduzindo a morbimortalidade (acidentes/morte) do trabalhador canavieiro;

Modo de contratação: promover a contratação do trabalhador por dia/horas trabalhados, evitando-se a contratação por produção e como consequência evitando-se a “morte por exaustão” e os acidentes decorrentes ao excesso de trabalho;

Desemprego: implementar políticas de direcionamento de trabalhos alternativos para os trabalhadores do setor canavieiro que perderem o emprego devido à mecanização da colheita. Requalificar a mão de obra. Oferecer possibilidades de readaptação ao novo trabalho (estima-se que na região norte-nordeste do Estado de São Paulo há cerca de 140.000 trabalhadores no setor sucro-alcooleiro e a mecanização poderia provocar desemprego a grande parte desses - informação dada pelas usinas - há controvérsias quanto a esses dados);

Habitação: implementar políticas habitacionais para concorrer com a habitação em “repúblicas”, evitando-se a promiscuidade e os “aglomerações” dos trabalhadores (fato que os mantém isolados da sociedade);

5 Icem: cidade da Região de Rio Preto – próximo à Barretos.

Meio ambiente: fiscalização na liberação de terras para cultivo, priorizando divisão equilibrada entre cana e alimentos. Fiscalização na poluição ambiental e atmosférica provocado pelas usinas da cana e pela queimada enquanto ela houver. O Governo do Estado de São Paulo está preocupado com a ocupação de pelo menos 70% das terras paulistas por canaviais e está estudando forma de não permitir que haja avanço nesse tipo de cultivo, priorizando sim culturas de grãos. Foi publicado no dia 18/09/2008 no DOE Resolução Conjunta SMA – SAA-4 explicitando essa preocupação.

Essas iniciativas de imediato resultariam em intervenções nos **Determinantes Sociais da Saúde**, ocasionando melhora na qualidade de vida do trabalhador, reintegrando-o à sociedade. Como consequências, trariam melhor qualidade ao meio ambiente. Haveria ainda redução nas complicações respiratórias da sociedade, provocadas pelas queimadas, com interferência direta na saúde de todos os seres vivos. Mas é necessário atentar-se às propostas da CNDSS (2008, p. 148) para implantar e implementar, ou seja, inserir o processo e executa-lo. As propostas são:

- Políticas que favoreçam ações de promoção da saúde, da paz e da justiça social, buscando estreitar relações de solidariedade e confiança, construir redes de apoio e fortalecer a organização e participação das pessoas e das comunidades em ações coletivas para melhoria de suas condições de saúde e bem-estar, especialmente dos grupos sociais vulneráveis;
- Políticas que assegurem a melhoria das condições de vida da população, garantindo a todos o acesso à água limpa, esgoto, habitação adequada, ambientes de trabalho saudáveis, serviços de saúde e de educação de qualidade, superando abordagens setoriais fragmentadas e promovendo uma ação planejada e integrada dos diversos níveis da administração pública e
- Políticas macroeconômicas e de mercado de trabalho, de proteção ambiental e de promoção de uma cultura de paz e solidariedade que visem promover um desenvolvimento sustentável, reduzindo as desigualdades sociais e econômicas, as violências, a degradação ambiental e seus efeitos sobre a sociedade. Ademais, propõe-se o fortalecimento de duas outras estratégias da promoção da saúde, experimentadas com sucesso em diferentes contextos: *as escolas promotoras da saúde e os ambientes de trabalho saudáveis*.

Essas propostas devem ser encaradas pelos governos como metas a serem cumpridas a médio e curto prazo para que não seja um documento a ser esquecido por oposição de forças econômicas poderosas.

Bibliografia

- Alessi, N. P., & Navarro, V. L. (1997). Saúde e trabalho rural: o caso dos trabalhadores da cultura canavieira na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 13(Suppl. 2), S111-S121. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v13s2/1368.pdf>.
- Alessi, N. P., & Scopinho, R. A. (1994). A saúde do trabalhador da cana-de-açúcar. In N. P. Alessi, A. Palocci Filho, S. A. Pinheiro, R. A. Scopinho, & G. B. Silva (Orgs.), *Saúde e trabalho no sistema único de saúde* (pp. 121-151). São Paulo: Hucitec.
- Alves, F. (1991). *Modernização da agricultura e sindicalismo: as lutas dos trabalhadores assalariados rurais na região canavieira de Ribeirão Preto* (Tese de doutorado). Unicamp, Campinas, SP, Brasil.
- Alves, F. (2006). Por que morrem os cortadores de cana?. *Saúde e Sociedade*, 15(3), 90-98. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902006000300008>.
- Associação Paulista de Medicina. (2007, outubro). 12º Congresso Paulista de Pneumologia e Tisiologia será em novembro, São Paulo, SP, Brasil, 4. Recuperado de <http://www.apm.org.br/noticias-conteudo.aspx?id=1173>.
- Bonato, J. A. (2006, julho 7). 416 mortes em 2005 no setor sucroalcooleiro, maioria por acidentes. *Comissão Pastoral da Terra Nordeste II*. Recuperado de <https://www.cptne2.org.br/index.php/publicacoes/noticias/noticias/489-416-mortes-em-2005-no-setor-sucroalcooleiro-maioria-por-acidentes>.
- Buss, P. M. (2007). Globalização, pobreza e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(6), 1575-1589. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000600019>.
- Buss, P. M., & Pellegrini, A., Fº. (2007). A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17(1), 77-93. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>.
- Caderno +Mais. (2008, agosto 24). Riqueza e senzala. Estado mais rico do país tem casos de trabalho escravo; procurador fala em “apartheid” nos canaviais. *Folha de S. Paulo*. Recuperado de <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/mais/fs2408200813.htm>.
- Carneiro, F. F. (2005). *A saúde no campo: das políticas oficiais à experiência do MST e de famílias de “boias frias” em Unaí, Minas Gerais* (Tese de doutorado). UFMG, Unaí, MG, Brasil. Recuperado de <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/VETC-7AMN5Z/tesefernando03507.pdf?sequence=1>.
- Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. (2008). *As Causas Sociais das Iniquidades*

em Saúde no Brasil. / Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. Recuperado de http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/relatorio_cndss.pdf.

Dowbor, T. P. (2008). *O trabalho com determinantes sociais da saúde no Programa Saúde da Família do Município de São Paulo* (Tese). Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Freitas, R. M. V. de. (2007). Resenha de Estatísticas Vitais do Estado de São Paulo. *SPDemográfico*, 8(1), 1-4. Recuperado de http://www.seade.gov.br/produtos/midia/spdemografico/SPDemog_julho07.pdf.

Hashizume, M. (2006, abril 18). Relatório revela explosão de mortes por causas indiretas. *Repórter Brasil*. Recuperado de <http://reporterbrasil.org.br/2006/04/relatorio-revela-explosao-de-mortes-por-causas-indiretas/>

Hugo, V. (2007, maio 30). Ministério público confirma: cortador de cana morre em São Paulo por ter trabalhado 70 dias sem folga. *World Socialist Web Site*, Brasil. Recuperado de <https://www.wsws.org/pt/2007/may2007/por1-m30.shtml>.

Marx, K. (1975). *O Capital*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

Navarro, V. L. (1991). *Violência do trabalho: condições de vida e trabalho dos trabalhadores do ramo em Uraí - PR*. (Dissertação de mestrado). Unesp, Araraquara, SP, Brasil

Organização Mundial da Saúde. (1978). Declaração de Alma-Ata. *Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*. Cazaquistão, URSS. Recuperado de <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declaração-Alma-Ata.pdf>.

Organização Mundial de Saúde. (1986). Carta de Ottawa. *1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Ottawa, Canadá. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf.

Organização mundial da saúde. (2005). *Ação sobre os Determinantes sociais da saúde: aprendendo com experiências anteriores*. Genebra: Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde. Recuperado de <https://docplayer.com.br/7499003-Acao-sobre-os-determinantes-sociais-da-saude-aprendendo-com-experiencias-antiores.html>.

Paixão, M. J. P. (1994). *No coração do canavial: estudo crítico da evolução do complexo agroindustrial sucro-alcooleiro e das relações de trabalho na lavoura canavieira – estudo comparativo em 12 estados do Brasil*. (Dissertação de mestrado). UFRJ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Rosen, G. (1980). *Da polícia médica à medicina social ensaios sobre a história da assistência médica*. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

Silva, M. A. de M. (1999). *Errantes do fim do século*. São Paulo: Unesp Editora.

Silva, M. A. de M. (2006). Mortes e acidentes nas profundezas do ‘Mar de Cana’ e dos Laranjais Paulistas. *Revista InterfacEHS*. Recuperado de <http://www3.sp.senac.br/hotsites/blogs/InterfacEHS/wp-content/uploads/2013/07/art1-2008-2.pdf>.

Smith, A. (2009). *A Riqueza das Nações - Uma Investigação Sobre a Natureza*. São Paulo: Madras.

Sydow, E., Mendonça, M. L., & Melo, M. (2008). Direitos Humanos e a Indústria da Cana. *Rede Social de Justiça e Direitos Humanos*. Recuperado em <http://www.riosvivos.org.br/arquivos/1045651.pdf>.

Toledo, M. (2005, setembro 18). Tecnologia faz boia-fria trabalhar mais. *Folha de São Paulo*, Campo. Recuperado de <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/dinheiro/fi1809200515.htm>.

