

MIGRAÇÃO E SAÚDE: Os trabalhadores do corte da cana de açúcar

*Maria Sílvia de Moraes**
*Roseana Mara Aredes Priuli***

Partindo-se do pressuposto que o processo de migração pode causar doenças, o objetivo deste estudo é analisar a percepção quanto à saúde do migrante trabalhador do corte de cana de açúcar, levando em conta seu perfil socioeconômico e as dificuldades enfrentadas no Município de Mendonça, SP. A partir da aplicação de um questionário a trabalhadores migrantes ao fim da safra de 2008, este estudo mostra que o processo de migração pode desencadear doenças como o stress, o uso de álcool e outras drogas, inclusive em decorrência da fuligem e do trabalho pesado. Em conclusão, o artigo sugere que os municípios recebedores de migrantes precisam criar políticas públicas de atenção social, de saúde e de saúde mental que possam garantir seus direitos.

Palavras chaves: Migrante; Saúde; Cana de açúcar; Políticas públicas.

Introdução

O processo de urbanização ocorrido no Brasil a partir da década de 80 foi caracterizado pelo expressivo crescimento da população residente em cidades não metropolitanas em todas as regiões brasileiras, quer em municípios de pequeno ou de médio porte. Essa interiorização do crescimento populacional deveu-se em grande medida aos efeitos da crise econômica, sobretudo nas metrópoles mais industrializadas como São Paulo. Ao mesmo tempo, o crescimento da agroindústria, a urbanização

*Doutora em Sociologia pela Universidade Paulista Júlio de Mesquita Filho (2000), professora assistente da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/SP - Brasil. Departamento de Epidemiologia e Saúde Coletiva. São José do Rio Preto - SP/Brasil.

**Mestre em Ciência da Saúde pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (2005). Psicóloga da Fundação CASA – Centro de Atendimento Socioeducativo ao Adolescente- SP-Brasil. Professora contratada pela FAIMI – União das Escolas FAIMI de Mirassol-SP. São José do Rio Preto - SP/Brasil.

na fronteira, os empreendimentos voltados para a exploração dos recursos naturais criaram novas alternativas de trabalho e renda.¹

É a partir dessa configuração na dinâmica do processo de redistribuição espacial da população brasileira que se inseriu o fluxo migratório de pessoas em busca de trabalho e de melhores condições de vida para o interior do Estado de São Paulo, principalmente à procura de emprego temporário na lavoura canavieira. O Brasil é o maior produtor mundial de açúcar e álcool, com aproximadamente seis milhões de hectares de área plantada com cana de açúcar, 70% localizados no Estado de São Paulo, o que já representa cerca de 50% de toda área plantada, onde a cultura de cana tem um importante papel na economia do país, especialmente nos últimos anos.

Em virtude do processo de expansão da cana de açúcar e da produção do álcool e açúcar no Estado de São Paulo, a região de São José do Rio Preto, noroeste do Estado, recebeu fortes impactos com a implantação crescente de usinas de álcool e açúcar.

Os municípios dessa região que receberam a população trabalhadora no corte da cana apresentaram um aumento das demandas por infraestrutura urbana, principalmente na área de saúde e este aumento se deve tanto ao número de trabalhadores como pelo tipo do trabalho realizado no corte da cana. Outros municípios que hospedaram as usinas produtoras de álcool e açúcar contaram com melhorias expressivas na estrutura de emprego e arrecadação, entretanto, a região como um todo apresentou uma maior queda na qualidade do ar, principalmente no período de inverno, devido à utilização da queimada como mecanismo para a colheita.²

Uma das cidades da região de São José do Rio Preto, o município de Mendonça, abriga uma usina sucroalcooleira e, por isso, recebe migrantes para trabalhar no corte de cana. Nessa cidade são reproduzidas, a exemplo de outras localidades, condições semelhantes de moradia, meios de transporte para o deslocamento aos canaviais e também os impactos na infraestrutura de atendimento no Sistema de Saúde.

¹ DEDECA, Claudio Salvadori; CUNHA, José Marcos Pinto. "Migração, trabalho e renda nos anos 90: o caso da Região Metropolitana de São Paulo", p. 49-66; BAENINGER, Rosana. "Migrações internas no Brasil: municípios metropolitanos e não metropolitanos", p. 535-62; Núcleo de Economia Social, Urbana e Regional (Nesur-IE/Unicamp). Caracterização e tendências da rede urbana no Brasil – estudo regional: sudeste 1998. Relatório 6. Campinas, outubro (mimeo); PACHECO, Carlos Américo. *Fragmentação da Nação*. Campinas: IE/Unicamp, 1988.

² CASTILHO, Francisco José Viçeta. *Abordagem geográfica do clima e das enfermidades em São José do Rio Preto, SP*. [dissertação]. Rio Claro: Universidade Est Paulista Júlio de Mesquita Filho, 2006.

Com uma área de 195,5 Km² e uma população de 3980 habitantes³, Mendonça possui um Índice de Desenvolvimento Humano Municipal médio de 0,771.⁴ A Administração Pública Municipal contabilizou no ano de 2008 aproximadamente 360 migrantes oriundos dos Estados de Pernambuco e Paraíba. Nessas regiões as possibilidades de trabalho são escassas, além de má remuneração, enquanto nas lavouras de cana do interior do Estado de São Paulo, há oportunidade de trabalho, de um salário mais elevado, além do registro em carteira profissional.

De acordo com alguns estudos, 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.⁵ De fato, segundo Silva e Martins, 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”⁶.

Partindo-se da perspectiva de que o fenômeno da migração engendra complexas condições socioculturais que podem desencadear doenças, a investigação desse trabalho diz respeito à caracterização socioeconômica dos migrantes trabalhadores do corte da cana e, a partir disso, à sua percepção quanto aos impactos das atividades do corte da cana para a sua saúde. Além disso, o texto visa também relacionar as dificuldades enfrentadas pelos migrantes cortadores de cana em um município brasileiro de pequeno porte do interior do Estado de São Paulo.

1. A pesquisa

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório. A cidade de Mendonça foi selecionada por tratar-se de um dos municípios da região de São José do Rio Preto que recebe a população de migrantes, bem como pelo trabalho da Pastoral do Migrante, movimento pertencente à Igreja Católica, o que facilitou o acesso aos trabalhadores.

³ Cf. www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/contagem.pdf. Acesso em: 02.06.2009.

⁴ Cf. www.tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/SP_mendonca_geral.xls. Acesso em 08.06.2009.

⁵ *Resenha Migrações na Atualidade*. Cidade: lugar de encontro ou exclusão, editorial, 2009, ano 20, n. 74, p. 3.

⁶ SILVA, Maria Aparecida de Moraes; MARTINS, Rodrigo Constante. *Trabalho e meio ambiente: o avesso da moda do agronegócio*, p. 91-106.

Em relação ao público alvo da pesquisa, dos 360 trabalhadores migrantes que chegaram a Mendonça no ano de 2008, em torno de 174 retornaram antes do final da safra, por motivos de dificuldades no trabalho, ou foram dispensados ou ficaram doentes. Assim, ao final da safra de 2008, foram contabilizados 186 migrantes no município sendo que 152 se dispuseram a responder um questionário com perguntas abertas e fechadas. As perguntas abertas foram codificadas após identificação das categorias de respostas mais frequentes. Com os dados do questionário foi construída uma base de dados que produziu as informações.

Quanto aos resultados, de acordo com os dados, a maioria dos cortadores de cana da cidade de Mendonça deslocou-se dos Estados de Pernambuco e Paraíba, representando juntos, mais de 90% do contingente de migrantes. 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, a usina contrata os cortadores no local de origem e o exame médico de admissão é realizado na própria cidade. Conforme relatos dos entrevistados, “vêm 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”.

Os dados mostram que para 33% era a primeira vez que migraram para a cidade a fim de trabalhar no corte de cana, sendo que 69% já tinham migrado anteriormente. O deslocamento não se deu por motivo de desemprego já que aproximadamente 54% trabalhavam como agricultor ou com atividades ligadas à terra, e 24,3% em atividade ligada ao comércio (Tabela 1). Há quem alegue a precariedade do trabalho e o baixo salário como motivo da migração.

Tabela 1. Distribuição de migrantes, trabalhadores do corte de cana, segundo funções anteriores, na cidade de Mendonça, SP, 2008.

Funções Anteriores	Frequência	Porcentagem
Atividade da construção civil	7	4.6%
Atividade ligada a terra	82	53.9%
Atividade ligada ao setor terciário	37	24.3%
Em branco	26	17.1%
Total	152	100.0%

Fonte: Tabulação própria

A par dessa questão, grande parte dos migrantes entrevistados afirma a importância do registro profissional em carteira já que a maioria tinha trabalho temporário e sem registro ou trabalhava nas próprias terras da família que se assemelha mais com agricultura de subsistência.

De acordo com um entrevistado: “só trabalhava em época de movimento na cidade, não tinha registro”. Um jovem disse: “na minha cidade trabalhava como empacotador do 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”.

Com relação às características sociodemográficas, 54% dos migrantes que vieram para o corte da cana em Mendonça estavam em união, 57% tinham filhos, e a grande maioria (78%) não trouxe seus familiares. Praticamente a metade (49,3%) cursou o primeiro grau durante 4 anos; 18,4% completaram o primeiro grau; 19,1% cursaram o segundo grau e 11,2% não frequentaram escola.

Em relação ao trabalho no canavial, 57% relatou que a maior dificuldade no trabalho é a fuligem. Muitos ainda se lembraram da presença de animais peçonhentos, do calor, do cansaço e esforço físico.

Quanto às dificuldades ligadas à usina relataram a falta de orientação no trabalho, as pressões exercidas pelos fiscais e por produtividade foram as mais lembradas (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição de migrantes, trabalhadores do corte de cana, segundo dificuldades no corte de cana na cidade de Mendonça, SP, 2008.

Dificuldades no Corte de Cana	Frequência	Porcentagem
Cansaço	12	7.9%
Corte de Cana	89	58.6%
Pressão	9	5.9%
Remuneração	7	4.6%
Acesso ao sistema de saúde	4	2.6%
Não tem dificuldades	30	19.9%
Total	152	100.0%

Fonte: Tabulação própria

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.

Em relação ao preconceito dos moradores, 78% consideram “que há muito preconceito”. De acordo com as informações reveladas pelos

trabalhadores, 76% telefonam semanalmente para seus familiares “o que diminui a saudade e solidão”.

Em relação à saúde, os dados mostram, conforme a tabela abaixo, que embora boa parte dos trabalhadores cortadores de cana considere sua saúde boa (52%), uma parte (59,62%) utilizou de serviços médicos da Unidade Básica de Saúde (UBS) no ano de 2008.

Tabela 3. Distribuição de migrantes, trabalhadores do corte de cana, segundo estado de saúde, na cidade de Mendonça, SP, 2008.

Estado de Saúde	Frequência	Porcentagem
Ruim	2	1.3%
Razoável	34	22.4%
Boa	79	52.0%
Muito boa	36	23.7%
Em branco	1	0.7%
Total	152	100.0%

Fonte: Tabulação própria

Sobre as condições de saúde, um entrevistado respondeu: “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”.

Quanto à questão do apoio social que a comunidade recebedora poderá ofertar à população migrante, 87% afirmaram que na cidade de Mendonça acontece o trabalho da Pastoral do Migrante desenvolvido pela paróquia local. O trabalho visa o suporte assistencial com a realização de eventos religiosos, visitas domiciliares, encontros de acolhida e de partida buscando integrá-los à cidade.

2. Avaliação dos resultados

Podemos observar que a migração devido ao corte da cana na cidade de Mendonça representou um adicional de aproximadamente 10% no total da população do município (o município contava em 2008 com 3.980 habitantes e chegaram 360 cortadores de cana). Considerando que as cidades são complexas e nelas coexistem grupos com visões de mundo diferente, a chegada do migrante com outro modo de vida causou certo desconforto entre os habitantes. Esse sentimento, em parte, é proveniente do fluxo migratório de caráter provisório, em que os migrantes permanecem em torno de 10 meses (período da safra) e na

maioria das vezes mantém os costumes do local de origem, o que, por um lado, favorece o enfraquecimento dos laços sociais que solidificam o processo identitário e as relações sociais de pertencimento na cidade e, por outro, faz com que o migrante não dissolva os seus laços com o local de origem. Isso, se por um lado ajuda na adaptação do trabalho (suporte do grupo), gera preconceito entre os moradores da cidade conforme um entrevistado: “todo o migrante é chamado de Paraíba”.

Não é por acaso que Silva e Martins salientam que “os critérios de regionalidade paulista e não paulista são reapropriados pela ideologia étnico/racial que aprofunda as divisões entre os trabalhadores, segmentos, segundo a procedência geográfica e escamoteando a categoria étnico/ racial”⁷.

Sob uma perspectiva sociológica, a migração é um processo social que vai além dos mecanismos de atração e repulsão no plano econômico, e, se insere em uma ampla mudança social, cultural e psicossocial, tanto individual quanto coletiva, dentro do desenvolvimento da sociedade moderna. Desse modo, as migrações, dentro do processo de mobilização social, são necessárias e funcionais para a modernização da sociedade dos países em desenvolvimento.⁸

Também Durham chama a atenção para a importância da migração como única alternativa para a mobilidade social dos que residem nas regiões agrícolas tradicionais. Além disso, trata-se de um componente fundamental da tradição cultural brasileira. Mais do que necessária do ponto de vista do desenvolvimento econômico capitalista ou da modernização da sociedade, a migração é parte da cultura brasileira como caminho para a mobilidade social do indivíduo.⁹

Para Brito, alguns indivíduos para melhorar de vida necessariamente têm que mudar-se. A movimentação no espaço geográfico equivale a uma movimentação no espaço social, cujas implicações relacionam-se com a divisão social do trabalho e com diferentes ações voltadas para aquisição de bens e serviços. Assim, a migração não é só em função da miséria, mas da necessidade de melhoria social que só se realiza se o indivíduo migrar.¹⁰

No presente levantamento, esses migrantes são pessoas jovens, pertencentes a famílias com pouca renda e sem perspectiva de trabalho

⁷ *Ibidem.*

⁸ GERMANI, Gino. *Sociologia de la modernización.*

⁹ DURHAM, Eunice. *A caminho da cidade.*

¹⁰ BRITO, Fausto. “As migrações internas no Brasil: um ensaio sobre os desafios teóricos recentes”.

no local de origem e que muitas vezes migram para adquirir produtos que se tem como ideal, como por exemplo, uma motocicleta.

A par das considerações acima, o último autor afirma que a redução do ritmo de aceleração da urbanização, a partir de 1980, assim como do crescimento das grandes cidades e aglomerados metropolitanos refletem as transformações profundas por que passam a economia e a sociedade brasileira. A intensa internacionalização da economia e a consequente reestruturação produtiva modificaram o processo de acumulação de capital, mesmo sem ter alterado os desequilíbrios regionais e as desigualdades sociais.¹¹

Dessa maneira, pondera Brito, as migrações deixaram de ser positivas e necessárias para o desenvolvimento do capitalismo e para a modernização da sociedade. Emerge uma sociedade urbana mais competitiva, menos solidária, aumentando os mecanismos de discriminação e de exclusão dos pobres, com redução da capacidade de geração de empregos. Descolou-se a mobilidade espacial da mobilidade social, inaugurando um novo padrão migratório. A migração desnecessária do ponto de vista da economia, descolada das possibilidades de ascensão social, tornou-se negativa para o indivíduo. A racionalidade econômica e social que antes era favorável à migração, no novo padrão migratório aponta no sentido do risco que ela envolve atualmente.¹²

3. A saúde do migrante

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 stress emocional e interferir na saúde geral do indivíduo.¹³

¹¹ *Ibidem.*

¹² *Ibidem.*

¹³ GODWIN, Kim Yeoun Soo; BECHTEL, Gregory. "Stress among migrant and seasonal farmworkers in rural Southeast North Carolina", p. 271-78; SILVA, Miguel Antonio de Melo; QUEIROZ, Marcos de Souza. "Somatização em migrantes de baixa renda no Brasil", p. 31-39; RODRIGUES, Norma et alii. "Acculturative stress inventory for adults of mexican origin (MAIS)", p. 451-61; HOVEY, Joseph D.; MAGANÁ, Cristina. "Exploring the mental health of Mexican migrant farmworkers in the Midwest. Distress and suggestions for preventions and treatment", p. 493-513; ACHOTEGUI, Joseba. "Emigrar en situación extrema: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises)", p. 39-52.

Saúde e doença são fenômenos complexos que dependem do modo de vida e do universo social e cultural em que está imersa determinada população. Estudos demonstram a influência que exercem o universo social e cultural sobre a adoção de comportamentos de prevenção ou de risco e sobre a saúde.

É fundamental compreender e considerar as maneiras de pensar e de agir das pessoas com relação aos seus problemas de saúde para que intervenções de saúde tenham resultados eficientes.¹⁴

A explicação técnico-biomédica nem sempre seja suficiente para explicar o processo de saúde e doença, pois 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 implica em saberes que escondem os limites da capacidade física (atividade de trabalho árdua) e dificuldades locais (como o preconceito, condições de moradia, o sentimento de saudade) em função da superação da questão financeira.

Apesar das mudanças ocorridas na área da saúde, com a implantação do SUS (Sistema Único de Saúde), a prática da saúde segue o modelo tradicional, isto é, só é reconhecido o saber médico. Os programas de saúde partem do pressuposto de que a informação cria uma transformação automática dos comportamentos da população frente às doenças, negligenciando o universo sócio-cultural específico dessa referida população. Os autores citados na nota 13 salientam que muitas enfermidades só nos são acessíveis por meio da mediação cultural, daí que a cultura fornece elementos para a adequação social das populações a diferentes programas de saúde.

De acordo com vários estudos, conforme relatos dos trabalhadores rurais migrantes o maior estressor foi a dificuldade em permanecer afastado dos membros familiares seguido de um estilo de vida móvel, barreiras linguísticas, recursos financeiros insuficientes, trabalho legalizado e inseguro e questões ocupacionais. Drogas, álcool e preocupações quanto ao acesso aos cuidados de saúde foram elencados como fontes adicionais significativas de stress. As investigações revelaram ainda que as condições ocupacionais tais como a exigência de muitas horas de trabalho e o esforço físico empreendido, consistiam em importantes variáveis estressoras enquanto que a preocupação para com o acesso aos cuidados

¹⁴ UCHÔA, Elizabeth; VIDAL, Jean Michel. "Antropologia Médica: Elementos Conceituais e Metodológicos para uma abordagem da Saúde e da Doença".

de saúde foi elencada como fonte adicional significativa de predição do nível de estresse dos trabalhadores.

É necessário salientar que o trabalho do corte da cana de açúcar realizado no Brasil há séculos, é reconhecidamente penoso, expondo os trabalhadores a diversos riscos para a saúde. As condições de trabalho persistem prejudiciais para a saúde, com notícias recorrentes de doenças e óbitos pouco esclarecidos, além de efeitos nas cidades onde ocorre o corte de cana, seja pela presença de poluentes gerados pela queima da palha da cana, como por aspectos sócio-econômicos e de infraestrutura inadequada à sazonalidade do trabalho.

Estudos revelam também que a queima da palha da cana tem efeitos nocivos à saúde dos trabalhadores e da população exposta, risco relativo de internações hospitalares por doenças respiratórias em crianças e adolescentes.¹⁵

Corroborando com essas evidências, dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) mostram que, no município de Mendonça, 75 de 100 crianças com menos de um ano de idade e 50 das 100 crianças entre um e quatro anos, internadas no ano de 2007, apresentaram problemas do aparelho respiratório.¹⁶

Um estudo realizado em 2003 na cidade de São José do Rio Preto mostrou também que populações residentes em áreas menos favorecidas sob o aspecto urbano apresentaram maior risco de morte por homicídio. O estudo cita como prováveis causas a maior concentração populacional, os domicílios pequenos e os bairros onde não existem ou são precários os equipamentos sociais como áreas de lazer e esporte.¹⁷

A Constituição Federal Brasileira de 1988 regulamentou o Sistema Único de Saúde (SUS), lei nº. 8080, cujo pressuposto é a atenção integral à saúde a toda a população brasileira. Norteados pelo princípio da descentralização, o SUS atua por meio do chamado processo de municipalização das ações de saúde onde os municípios são responsáveis por estruturar os serviços de atenção à saúde, que eram antes desenvolvidos pelo poder central. A chamada Constituição cidadã fortaleceu o poder

¹⁵ ARBEX, Marcos Abdo et alii. "Assessment of the effects of sugar cane plantation burning on daily counts of inhalation therapy"; *IDEM*. "Air pollution from biomass burning and asthma hospital admissions in a sugar cane plantation area in Brazil", p. 395-400; CANÇADO, José Eduardo Delfini et alii. "The impact of sugar cane burning emissions on the respiratory system of children in the elderly".

¹⁶ Cf. www.tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/SP_mendonca_geral.xls. Acesso em: 08.06.2009.

¹⁷ Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). Departamento de Epidemiologia e Saúde Coletiva. Mortalidade Infantil em São José do Rio Preto. SP. Boletim Epidem, 2002. n. 2.

local e institucionalizou a participação e o controle social na elaboração, implementação e avaliação de políticas públicas. Entende-se o controle social como a capacidade que a sociedade organizada tem de intervir nas políticas públicas, interagindo com o Estado na definição e na elaboração dos planos de ação do município. Entretanto, o desenvolvimento urbano e econômico do Brasil combinou fluxo migratório com segregação territorial e descontinuidade das políticas públicas, tornando complexa a operacionalização desse modelo.¹⁸

Com relação à assistência médica, remete-se ao complexo sistema de saúde e a utilização que vem sendo marcado por um caráter privatista, restringindo o acesso e a utilização dos serviços de saúde para o conjunto da população, contrariando os preceitos constitucionais de universalidade, equidade e igualdade dos direitos à saúde.

Assim, o sistema de saúde historicamente tem reiterado seu caráter privatista e excludente em que a prática é palco das consequências de uma relação desigual entre os setores público e privado. O primeiro, voltado para uma população mais pobre e o segundo, para aqueles que podem adquirir serviços de saúde no âmbito do mercado, formando uma clientela privada, cuja prestação de serviços privilegia cuidados individuais, estabelecendo uma medicina clínica fortemente centrada no exame, no diagnóstico e na terapêutica individuais, além do uso de alta tecnologia.

Soma-se às condições assinaladas, uma sociedade civil fragilizada porque despreparada para uma participação cidadã e democrática onde se insere o protagonista migrante, o qual pressiona a demanda de saúde do município gerando uma assimetria entre serviços prestados e necessidades da população. O exemplo pode ser observado pelos relatos dos trabalhadores do corte de cana, quando dizem que, no horário em que eles não estão trabalhando, a unidade de saúde está fechada e, caso sintam alguma dor, ingerem remédios, sem receita médica, comprados na farmácia.

O descompasso entre demanda e oferta de serviços se traduz na cidade de Mendonça, na existência de uma unidade básica de saúde; três consultórios de clínica básica; dois de clínica-indiferente e um odontológico cujos serviços prestados são de natureza ambulatorial, diagnose e terapia. Quanto aos recursos humanos, há quatro médicos (clínico geral, ginecologista obstetra, médico da família e pediatra); três cirurgiões dentistas, um enfermeiro e dois fisioterapeutas, um psicólogo,

¹⁸ COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo. *Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços*; GERSCHMAN, Silvia. "Municipalização e inovação gerencial. Um balanço da década de 1990".

dois auxiliares de enfermagem e um técnico de enfermagem. Os procedimentos ambulatoriais se limitam quase que na totalidade aos procedimentos de atenção básica, sendo que aqueles especializados ficam por conta de fisioterapia.¹⁹

Sobre a questão acima, autores salientam que o medicamento representa uma extensão e substituição do médico, principalmente em uma conjuntura em que o acesso é dificultado, além de jornais e revistas mostrarem a utilização de medicamentos para além de fins terapêuticos. As reportagens incentivam o consumo indevido, atribui às medicações valores simbólico de curas milagrosas, além de uma estratégia de persuasão na lógica do mercado da saúde.²⁰

A par das considerações acima, abordagens visando à estruturação de programas e políticas públicas são importantes para dar respostas ao atendimento das necessidades e para a melhoria da qualidade de vida das populações envolvidas. Além disso, é necessário que os governos municipais criem condições à participação da população e invista em capacitação de seus agentes, além de produzir informações para tornar as estruturas de gestão cada vez mais permeáveis às reivindicações da sociedade.

Analisando as condições de segurança no trabalho do corte da cana, apenas 9% declararam que sofreram acidente de trabalho, porém, dos 57 entrevistados, 53% afirmaram conhecer alguém que sofreu acidente no corte da cana e 74% declaram conhecer alguém que apresentou algum tipo de doença devido ao corte de cana. É interessante observar que os entrevistados parecem se colocar como expectadores dos riscos que esse tipo de trabalho impõe dirigindo aos outros as mazelas dessa atividade.

Impulsionados ainda pela premissa de que o processo migratório pode engendrar doenças físicas e psicológicas, a pesquisa mencionada também realizou uma investigação sobre a presença de reações de stress físico e psicológico, identificável em fases, na população selecionada de migrantes trabalhadores rurais do corte da cana e em um grupo controle de trabalhadores de outros setores da cidade de Mendonça, no período da pré-safra (1ª Fase) e período pós-safra (2ª Fase). Participaram da 1ª Fase 112 migrantes trabalhadores do corte da cana (safristas) e 109 controles. Da 2ª Fase participaram 80 safristas e 77 controles.

¹⁹ Cf. www.tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/sp_mendonca_geral.xls. Acesso em: 08.06.2009.

²⁰ LOPES, Noêmia Mendes. "Automedicação, saberes e racionalidades leigas em saúde"; NASCIMENTO, Marilene Cabral. "Medicamentos, comunicação e cultura".

Para a avaliação dos sintomas de stress foi aplicado o Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de LIPP, nos dois grupos, safristas e controle, nas duas Fases. A partir de uma análise estatística descritiva dos dados os resultados preliminares mostraram que no período antes da safra (Fase1) uma parte (65,79%) dos trabalhadores (safristas) não apresentou sintomas de stress sendo que ocorreu em 34,21%.

No período depois da safra (Fase 2), a metade apresentou stress(53,92%) contra 46,08%) que não apresentaram. Podemos observar que após um período de oito meses de trabalho no corte da cana de açúcar houve um aumento na porcentagem de portadores de stress. Tal evidência não ocorreu no grupo controle.

Quanto ao nível de stress no grupo safrista (Fase1) com sintomas de stress, os dados mostraram que a maioria portava o nível de resistência, assim como na Fase 2, entretanto os níveis de quase-exaustão e exaustão foram mais altos. Para o grupo controle a grande maioria apresentou o nível de resistência. Quanto ao tipo de stress (físico, psicológico, físico e psicológico), os resultados do grupo safrista, antes e após safra, mostraram que ocorreu a predominância dos sintomas psicológicos, igualmente para o grupo controle. Os resultados preliminares revelam, portanto, evidências de que migrantes trabalhadores do corte da cana apresentaram sintomas de stress, doença esta que deverá ser foco de atenção dos órgãos competentes.

De todas as maneiras, por um lado, consideramos que a migração populacional sazonal, como o presente caso, será sempre uma alternativa de busca de melhoria de condições de vida nos moldes capitalistas. 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 partilhadas por toda a comunidade. E, a partir de uma perspectiva realista da questão, podemos dizer que não há vítimas, nem pobres coitados, nem algozes, mas, indivíduos inseridos em uma lógica capitalista. Em síntese, os municípios recebedores dos cidadãos migrantes precisam criar e implantar políticas públicas municipais, de saúde, de saúde mental, sociais, trabalho, lazer e de cultura que possam garantir os direitos sociais de que são detentores.

Finalmente, é relevante considerar, para a compreensão do novo, a dimensão política do processo migratório, o que implica em levar em conta que a liberdade de movimento é um pré-requisito do indivíduo e não do mercado. Trata-se, portanto, da liberdade no seu plano político entendendo-se que é fundamental garantir o direito das pessoas à mobilidade, além dos estritos caminhos que o mercado lhe impõe. No

caso do Brasil, se o direito à mobilidade espacial for resguardado, também o direito de mobilidade social deverá ser. Em outras palavras, a liberdade de movimento deve estar articulada na perspectiva da justiça, ao direito de melhoria nas condições de vida.²¹

Bibliografia

- ARBEX, Marcos Abdo *et alii*. "Air pollution from biomass burning and asthma hospital admissions in a sugar cane plantation área in Brazil", in *J Epidemiol Community Health*, v. 61, 2007, p. 395-400.
- BAENINGER, Rosana. "Migrações internas no Brasil: municípios metropolitanos e não metropolitanos", in *Anais do II Encontro Nacional Sobre Migração*, Ouro Preto, 1999, p. 535-362.
- BRITO, Fausto. "As migrações internas no Brasil: um ensaio sobre os desafios teóricos recentes". Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, 2009. Disponível em: www.ence.ibge.gov.br/c/document_library/get_file?uuid=372914de-2447-4554-8cdf-39be99c368e3&groupId=37690208.
- _____. "Urbanização, Metropolização e Mobilidade Espacial da População: Um breve ensaio além dos números", in *Taller Nacional sobre "Migración interna y desarrollo em Brasil: diagnóstico, perspectivas y políticas"*. Brasília, 2007.
- CANÇADO, José Eduardo Delfini *et alii*. "The impact of sugar cane-burning emissions on the respiratory system of children in the elderly", in *Environment Health Perspectives*, v. 114, n. 5, 2006, p. 725-729.
- COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo. *Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços*. São Paulo: Cortez, 2003.
- CUNHA, José Marcos Pinto; DEDECCA, Claudio Salvadori. "Migração e trabalho na Região Metropolitana de São Paulo nos anos 90: uma abordagem sem preconceito", in *Rev Bras Est Pop*, v. 17, n. 1/2, 2000, p. 97-118.
- DEDECCA, Claudio Salvadori; CUNHA, José Marcos Pinto. "Migração, trabalho e renda nos anos 90: o caso da Região Metropolitana de São Paulo", in *Rev Bras Est Pop*, v. 21, n. 1, 2004, p. 49-66.
- DURHAM, Eunice. *A caminho da cidade*. São Paulo: Editora Perspectiva, 1984.
- GODWIN, Kim Yeoun Soo; BECHTEL, Gregory A. "Stress among migrant and seasonal farmworkers in rural Southeast North Carolina", in *The Journal of Rural Health*, v. 20, n. 3, 2004, p. 271-78.
- GERMANI, Gino. *Sociologia de la modernización*. Buenos Aires: Paidós, 1970.
- GERSCHMAN, Silvia. "Municipalização e inovação gerencial. Um balanço da década de 1990", in *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, 2001, p. 417-434.
- HOVEY, Joseph D.; MAGANÁ, Cristina. "Cognitive, affective, and physiological expressions of anxiety symptomatology among Mexican migrant farmworkers: predictors and generational differences", in *Community Mental Health Journal*, v. 38, n. 3, 2002, p. 223-37.

²¹ SILVA, Maria Aparecida de Moraes; MARTINS, Rodrigo Constante. "Trabalho e meio ambiente: o avesso da moda do agronegócio".

- LOPES, Noémia Mendes. "Automedicação, saberes e racionalidades leigas em saúde", in *Revista Crítica de Ciências Sociais*, n. 78, Ed. Centro de Estudos Sociais, Coimbra: PT, 2007, p. 119-130.
- NASCIMENTO, Marilene Cabral. "Medicamentos, comunicação e cultura", in *Rev Ciência e saúde coletiva*, v. 10, 2005, p. 179-193.
- SILVA, Maria Aparecida de Moraes; MARTINS, Rodrigo Constante. "Trabalho e meio ambiente: o aveludo da moda do agronegócio", in *Lutas e resistências*, v. 1, 2006, p. 91-106.
- SILVA, Miguel Antonio de Melo; QUEIROZ, Marcos de Souza. "Somatização em migrantes de baixa renda no Brasil", in *Psicol & Soc*, v. 18, n. 1, 2006, p. 31-39.

Abstract

Migration and health: sugarcane workers

Based on the assumption that the process of migration can cause diseases, the aim of this study is to analyze the perception on the health of sugarcane migrant workers, taking into account their socioeconomic profile and the difficulties faced in the city of Mendonça, SP, Brazil. Based on a questionnaire answered by migrant workers at the end of the 2008 harvest, this study shows that the migration process can trigger diseases, such as stress and the use of alcohol and other drugs, as a result of soot and heavy lifting. In conclusion, the article recommends that local recipients of migrants create public policies for social assistance, besides health and mental health care, in order to guarantee their rights.

Keywords: *Migrants; Health; Sugarcane; Public policy.*

Recebido para publicação em 06/08/2011.

Aceito para publicação em 13/09/2011.

Received for publication in August, 06th, 2011.

Accepted for publication in September, 13th, 2011.