

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ARARAQUARA – UNIARA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO TERRITORIAL E
MEIO AMBIENTE**

FLÁVIA RENZI MORI

**Câncer de pele em trabalhadores rurais no município de Américo Brasiliense:
Percepção e invisibilidades**

Orientadora: Dr^a. Dulce C. A.
Whitaker

**ARARAQUARA
2016**

FLÁVIA RENZI MORI

**Câncer de pele em trabalhadores rurais no município de Américo Brasiliense:
Percepção e invisibilidades**

Dissertação apresentada ao Centro
Universitário de Araraquara, como
requisito para obtenção do título de
mestre em Desenvolvimento
Territorial e Meio Ambiente.

Orientadora: Dr^a. Dulce C. A.
Whitaker

**ARARAQUARA
2016**

Ficha catalográfica elaborada pela Bibliotecária Silmara de S. Oliveira –
CRB/8ª – 8084

Mori, Flávia Renzi

M854p Câncer de pele em trabalhadores rurais no município de Américo Brasiliense: Percepção e invisibilidade . / Flávia Renzi Mori; orientador Dr^a Dulce C. A. Whitaker; co orientadora Dr^a. Vera Lúcia Silveira Botta Ferrante. -- Brasília, 2016.

68 p.

Dissertação (Mestrado - Mestrado em Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação Internacional) -- Universidade de Brasília, 2016.

1. Mestrado. I. Whitaker, Dulce C. A. , orient.
II. Ferrante, Vera Silveira Botta , co-orient. III. Título.



FOLHA DE APROVAÇÃO

NOME DO ALUNO: *Flavia Renzi Mori*

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente, curso de Mestrado, do Centro Universitário de Araraquara – UNIARA – como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestra em Desenvolvimento Territorial e Meio Ambiente.

Área de Concentração: Desenvolvimento Territorial e Alternativas de Sustentabilidade.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Dulce Consuelo Andreatta Whitaker
UNIARA – Araraquara

Prof. Dra. Ana Maria Tucci Gammaro Baldavira Ferreira
UNIARA – Araraquara

Prof. Dra. Vera Lúcia Silveira Botta Ferrante
UNIARA - Araraquara

Araraquara – SP, 28 de abril de 2016

Aos meus pais

José Roberto Mori

Dirce Aparecida Renzi Mori

Aos meus irmãos

José Roberto Mori Junior

Fabiana Mori Bovo

A minha filha

Letícia Mori de Mendonça

Aos meus amigos...

AGRADECIMENTOS

A Professora Dr^a Dulce C A Whitaker, por estar presente em minha vida acadêmica, por acolher-me e compartilhar sua experiência e seu conhecimento na área de saúde do trabalhador. Agradeço pela sua dedicação, paciência comigo, tornando-se fonte de inspiração e exemplo de profissional e mulher.

À Professora Dra. Vera Silveira Botta Ferrante pela orientação e por me incentivar a começar este mestrado, mostrando que todos nós seres humanos somos capazes.

Aos meus pais, que estão me apoiando em todas minhas decisões.

Agradeço a minha irmã que foi uma das pessoas que me ajudou em cada fase da minha vida acadêmica e me incentivou em todos os momentos difíceis.

Ao meu irmão que me acompanha em todos os momentos.

A minha filha que me impulsiona a querer progredir tanto espiritualmente como profissionalmente.

A professora Janaína Cintrão que participou das bancas e me ajudou com grande conhecimento a ampliar minha pesquisa.

A professora Ana Maria Tucci Gammara Baldavira Ferreira que aceitou participar da banca na minha qualificação.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Territorial e Meio ambiente da UNIARA, pelos ensinamentos e a Secretaria pelo auxílio.

Aos amigos de classe, pela amizade e companhia, que ao longo desses dois anos foram indispensáveis para a conclusão de nossos estudos.

À Uniara por fornecer o espaço da área de estudo.

Agradeço a todos que de uma forma ou de outra estiveram presente e me ajudaram em mais essa etapa.

Agradeço principalmente a Deus, por me dar a graça e dom da Vida.

RESUMO

O câncer de pele constitui uma das neoplasias frequentes em diversas profissões, incluindo entre elas o trabalhador nas áreas rurais. Embora não se tenha dados precisos sobre o tipo de profissão com maior incidência do câncer de pele é provável que trabalhadores em exposição excessiva ao sol, entre estes os trabalhadores rurais, correspondam aos casos críticos dessa doença. A falta de informação sobre os riscos da exposição à radiação ultravioleta e a importância da prevenção levam ao aumento da incidência do câncer de pele. Segundo a Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD), uma conscientização sobre a importância da prevenção da exposição excessiva à radiação solar, por meio do uso de protetores solares, óculos e roupas adequadas, bem como a redução do tempo de exposição direta, contribui significativamente para a redução de novos casos de câncer da pele. O presente trabalho tem como objetivo analisar, através de entrevistas nos bairros onde reside a maior quantidade de trabalhadores rurais, na cidade de Américo Brasiliense, as condições de vulnerabilidade em que se encontra esse tipo de trabalhador, face aos riscos de câncer de pele a que está sujeito pelas suas características e pelo grau de exposição ao sol decorrente da sua jornada de trabalho. Tratou-se inicialmente de uma pesquisa tipo estudo de caso, com abordagem qualitativa. Foram realizadas então nove entrevistas, sendo sete dos entrevistados indivíduos que trabalharam desde a adolescência no campo até a idade adulta, ou seja, desde crianças submetido à radiação solar e hoje se encontram em outra atividade (e um que ainda se encontra no trabalho rural). Predomina a faixa etária desses indivíduos entre 30 e 60 anos. Uma análise quantitativa foi realizada em seguida, a fim de avaliar o conhecimento das medidas preventivas e em relação à exposição ao sol e a percepção que estes indivíduos têm sobre tais riscos. Nesta segunda parte do trabalho, foram aplicados trinta e quatro formulários a cortadores de cana com sete questões relativa a suas percepções sobre o câncer de pele, cujos resultados são ao mesmo tempo sugestivos e contraditórios. Conforme se demonstra, a fala dos trabalhadores foi marcada por uma dominação ideológica, dado ao agravamento das condições relacionadas ao avanço da mecanização no agronegócio da cana, geralmente encoberto por dissimulações.

Palavras-chave: câncer de pele. foto exposição. trabalhadores rurais. percepção.

ABSTRACT

Skin cancer is one of the common cancers in various professions, including including rural workers. Although no precise data on the type of profession with the highest incidence of skin cancer is likely to workers in overexposure to the sun, among these rural workers, meet the critical cases of the disease. The lack of information about the risks of exposure to ultraviolet radiation and the importance of prevention lead to increased incidence of skin cancer. According to the Brazilian Society of Dermatology (SBD), an awareness of the importance of prevention of excessive exposure to solar radiation, through the use of sunscreens, sunglasses and appropriate clothing, as well as the reduction of direct exposure time, contributes significantly to the reduction of new cases of skin cancer. This study aims to analyze, through interviews in the neighborhoods where the majority number of rural workers in the city of Américo Brasiliense, vulnerability conditions in which it is this type of work, given the risk of skin cancer that it is subject because of its characteristics and the degree of exposure to the sun due to their workday. This is a research case study type with a qualitative approach. Were held to date nine interviews, and seven of the interviewees who worked as a teenager in the field to adulthood, ie from children subjected to solar radiation and today are in another activity and is still in rural work . The predominant age range of these individuals between 30 and 60 years. A descriptive analysis was performed to assess the knowledge of preventive measures and in relation to sun exposure and the perception that these individuals have on these risks. In the second part, was applied thirty four forms to sugar cane workers with seven questions regarding their perceptions about the skin cancer, whose results are both suggestive and contradictory. As shown, the speech of the workers has been marked by an ideological domination, given the worsening conditions related to the advancement of mechanization in agribusiness sugarcane, usually concealed by deception.

Keywords: skin cancer. photo exhibition. rural workers. perception.

Lista de Figuras

Figura 1: Localização do município de Américo Brasiliense – SP.....	20
Figura 2: Região de Araraquara e municípios vizinhos, destacando Américo Brasiliense.....	20
Figura 3: Mapa do Município de Américo Brasiliense. Setas mostrando os bairros com maior número de moradia de trabalhadores rurais.....	21
Figura 4: Usina Santa Cruz	22
Figura 5: Máquina colhedora acompanhada do transbordo.	23
Figura 6: Máquina colhedora despejando a cana no transbordo.....	24
Figura 7: Corte manual da cana crua.	28
Figura 8: Ônibus com cobertura para as refeições.....	48

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Refere-se a questão se os trabalhadores recebem orientação no trabalho em relação ao sol.	54
Tabela 2 - A questão refere-se às principais doenças que ocorrem como consequência do corte da cana.....	55
Tabela 3 - A questão refere-se às doenças que os trabalhadores consideram a mais grave.	56
Tabela 4 - A questão refere-se se os trabalhadores consideram riscos de câncer de pele para quem trabalha no corte da cana . Sim ou não. Por que?.....	57
Tabela 5 - A questão refere-se se a usina fornece Epi apropriado a proteção do câncer de pele. Sim ou não. Quais?.....	58
Tabela 6 - A questão refere-se qual cuidado se tem para evitar o câncer de pele. Sim ou não. Quais?.....	59
Tabela 7 - A questão refere-se às vestimentas usadas no trabalho.....	60
Tabela 8: Estimativas para o ano de 2014 das taxas brutas de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos de câncer, segundo sexo e localização primária (INCA, 2014).	71
Tabela 9 - Estimativas para o ano de 2014 das taxas brutas de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária. (INCA, 2014)	72
Tabela 10 - Estimativa do número de casos novos de câncer (exceto de pele não melanoma) para o ano de 2014, homens e mulheres, Brasil	73
Tabela 11 - Estimativa do número de casos novos, em mulheres, Brasil, 2014	74
Tabela 12 - Estimativa do número de casos novos, em homens, Brasil, 2014	74
Quadro 13 - Estimativa do número de casos novos, segundo sexo, Região Sudeste, 2014	75

Sumário

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA	11
CAPITULO 1 HIPÓTESE E TÉCNICAS DA PESQUISA.....	14
1.1 Hipótese da pesquisa.....	14
1.2 AS TÉCNICAS DE PESQUISA.....	15
CAPITULO 2 UNIVERSO DE PESQUISA.....	18
2.1 Américo Brasiliense e sua economia.....	18
2.2 A mecanização da colheita e seus efeitos para o trabalhador.....	22
2.3 Corte manual da cana de açúcar.....	26
CAPÍTULO 3 O CÂNCER DE PELE NO BRASIL: TENDÊNCIAS E FATORES DE RISCOS	29
3.1 Cânceres e as políticas brasileiras de prevenção e tratamento.....	29
3.2 Causas, riscos e consequências do câncer de pele.....	32
CAPITULO 4 UMA BREVE REVISÃO BIBLIOGRAFICA: SAÚDE E TRABALHO NO EITO DOS CANAVIAIS.....	38
4.1 Danos causados à saúde do trabalhador rural, devido às condições precárias de trabalho.....	38
CAPITULO 5 ANÁLISE TEÓRICA DO MATERIAL OBTIDO NAS ENTREVISTAS.....	42
5.1 Contradições entre a percepção dos entrevistados e as considerações dos pesquisadores.....	42
5.2 Aspectos ideológicos.....	46
5.3 Percepção sobre os danos causados pela exposição ao sol.....	49
5.4 As melhoras nas condições de trabalho como resultados das pressões dos sindicatos e os movimentos sociais.....	51
CAPITULO 6 RISCOS DE CÂNCER DE PELE NA PERCEPÇÃO DOS TRABALHADORES RURAIS: ANÁLISES DAS QUESTÕES QUANTITATIVAS.....	53
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	62
REFERÊNCIAS	64
ANEXO A - REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DO MÉTODO ABC PARA O AUTO EXAME DAS PINTAS E SINAIS NO CORPO E PARA DIAGNOSTICAR O TIPO DE CANCER DE PELE.....	69
ANEXO B – QUADROS REPRESENTANDO O AUMENTO DA INCIDÊNCIA DE CÂNCER DE PELE EM VÁRIAS REGIÕES DO PAÍS NO ANO DE 2014.....	71
ANEXO C - FORMULÁRIO DAS QUESTÕES.....	77

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Esta pesquisa teve como tema captar a percepção dos trabalhadores rurais sobre os riscos à saúde que se encontram em seu cotidiano profissional, principalmente no que diz respeito à exposição continuada aos raios solares, os quais podem provocar o câncer de pele.

“As condições de vida, trabalho, saúde e doença dos trabalhadores rurais no Brasil”, nos mostram uma realidade associada “com atividades rudimentares: trabalhadores empobrecidos, socialmente marginalizados, intoxicados por agrotóxicos”, exibindo dermatoses, incluindo vários tipos de câncer, inclusive o de pele, dentre outros agravos à saúde (DIAS, 2006).

Atividades econômicas ligadas ao meio rural têm grande importância em nosso país, “contribuindo com uma fatia considerável do Produto Interno Bruto (PIB) brasileiro.” (DIAS, 2006).

Contudo, os “indicadores econômicos não se refletem nos indicadores sociais, e menos ainda, nas condições de trabalho e de saúde dos trabalhadores do campo ou da degradação ambiental” (DIAS, 2006).

“Nos últimos anos observa-se um grande aumento dos números de casos de câncer de pele, principalmente em trabalhadores com exposição ao sol” (SANTOS et al, 2007). Nessa perspectiva, a decisão de pesquisar a percepção dos trabalhadores em relação aos danos decorrentes da exposição solar, surgiu ao observar o elevado número de profissionais que estão diante deste risco e também em função do aumento da incidência de câncer de pele em nossa população.

Em uma sociedade na qual as pessoas são “exploradas de forma mercantilista, a perda da capacidade produtiva, devido à doença, leva o indivíduo a se sentir desamparado socialmente”. (LINARD et al. , 2002).

“Os trabalhadores rurais, especificamente os cortadores de cana, estão expostos a constantes riscos presentes no meio de trabalho, tais como: poeira, fuligem da cana queimada, agrotóxico, exposição a animais peçonhentos, e exposição continuada ao sol” (ALMUSSA, 2011). Ou seja, afetados em sua saúde física e mental, tornam-se facilmente vítimas de doenças ocupacionais.

“Sendo assim, muitos são os riscos a que os trabalhadores estão sujeitos em decorrência de seu trabalho, que podem ser classificados em: físicos; biológicos, ergonômicos, psicossociais, mecânicos e de acidentes” (MENEGAT; FONTANA, 2010).

São vários os impactos causados pelo crescimento da cana-de-açúcar no território brasileiro. Para os cientistas sociais, o aspecto mais preocupante é o crescimento das migrações sazonais, sobretudo de trabalhadores da região Nordeste que migram para trabalhar no corte de cana nas regiões Sudeste e Centro-Oeste. Unido a esse contexto, são analisados pelos pesquisadores as condições de trabalho nos espaços dos canaviais, onde se “têm identificado alto grau de exploração da força de trabalho, através da alta produtividade exigida pelas usinas no corte manual de cana”. (Menezes; Silva; Cover, 2011).

Devido às más condições e a falta de percepção em relação aos danos que o sol pode causar a saúde, os trabalhadores podem apresentar problemas tanto físicos como psíquicos e conseqüentemente Acidentes de Trabalho (AT).

O artigo 19 da lei nº 8.213 define: “acidente de trabalho é o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa ou pelo serviço do trabalho dos segurados referidos no inciso VII do art. 11 desta lei, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho”.

“acidentes de trabalho na maioria das vezes ocorrem pelo cansaço provocado pelas horas extras, estafa crônica”, “pela alimentação e transporte deficientes, pelas precárias condições ambientais, pelo manuseio de máquinas e equipamentos que requeiram atenção redobrada, pela intensificação do ritmo de trabalho, e pelas más condições de vida e de trabalho, entre outras causas” (ALMUSSA, 2011).

Considerando as referências encontradas em relação aos impactos causados à saúde do trabalhador rural, especialmente na atividade da cana de açúcar sob diferentes aspectos, seja devido a acidentes de trabalho, seja pela intoxicação por uso de produtos químicos, ou ainda decorrentes de doenças ocasionadas pelo trabalho, entre elas o câncer de pele, este estudo revela através das entrevistas feitas com os trabalhadores, a incipiente percepção ao uso do filtro solar, o recurso de grande importância para a prevenção do câncer de pele. Segundo este estudo, foram feitas tentativas de saber a incidência do câncer de pele nesses trabalhadores, com pouco sucesso nesta investigação, pelo difícil acesso a essas informações e a pouca literatura encontrada sobre esse tema. Com base nas

entrevistas com os trabalhadores do corte da cana e as referências encontradas, observou-se que muitos trabalhadores sabem da importância do uso do filtro solar para a prevenção do câncer de pele, mas contraditoriamente não fazem uso do mesmo, ou seja, não percebem a importância dessa proteção à saúde. Essa realidade passa despercebida por órgãos responsáveis, pela vigilância em saúde, pois relatam que a própria empresa não fornece o filtro solar para o uso durante o período de trabalho em que estão expostos ao sol.

Embora o câncer da pele seja o tipo de câncer mais frequente, correspondendo a cerca de 25% de todos os tumores malignos registrados no Brasil, quando detectado precocemente apresenta alto percentual de cura (SANTOS et al., 2007).

Segundo a Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD), uma conscientização sobre a importância da prevenção da exposição excessiva à radiação solar, por meio do uso de protetores solares, óculos e roupas adequadas, bem como a redução do tempo de exposição direta, contribui significativamente para a redução de novos casos de câncer da pele (SBD, 2006).

A legislação que regula e promove a saúde do trabalhador rural existe, mas observam-se negligências dos empregadores, da vigilância em saúde e na aplicação das leis pelos gestores da saúde.

Um estudo sobre a saúde do trabalhador rural pode ampliar conhecimentos para a prevenção de agravos e para a promoção da saúde. Este estudo é uma tentativa de conhecer e compreender as condições de vulnerabilidade em que se encontra esse tipo de trabalhador face aos riscos de câncer de pele a que está sujeito pelas suas características e pelo grau de exposição ao sol decorrente da sua jornada extensa de trabalho.

Vários estudos relacionados ao tema apontam para os fatores de riscos e desgastes físicos e psíquicos, os quais expressam os perigos de danos à saúde destes trabalhadores.

CAPITULO 1 HIPÓTESE E TÉCNICAS DA PESQUISA

Mediante o exposto devemos situar os objetivos que nortearam a presente pesquisa que foram:

Condições de trabalho relatadas e percebidas pelos trabalhadores rurais, principalmente em relação aos riscos do câncer de pele, no município de Américo Brasiliense, Estado de São Paulo.

Procuramos: Identificar as formas usadas de prevenção do CA¹ pelo grupo;

- Verificar o histórico familiar relacionado à patologia do grupo pesquisado;
- Analisar a percepção dos trabalhadores acerca da saúde e doenças derivadas do trabalho.

1.1 Hipótese da pesquisa.

Hipótese da pesquisa: As condições de trabalho do corte da cana são propícias à incidência do câncer de pele, uma vez que não há prevenção adequada desse perigo para esse tipo de população.

Para testar a hipótese usamos as seguintes técnicas: Observação direta com diário de campo, a partir de conversa informal, no local de moradia desses trabalhadores. Anotamos em caderno de campo a descrição dos vestuários, os sintomas sentidos ao longo da jornada, problemas cotidianos da vida e das condições de trabalho da cidade.

Tratou-se inicialmente de uma pesquisa tipo estudo de caso, com abordagem qualitativa, na cidade de Américo Brasiliense, com trabalhadores rurais que tivessem ou não câncer de pele, por meio da aplicação de entrevistas. Foram aplicados em seguida formulários com questões fechadas e semi abertas para avaliar: se eles conhecem os riscos da exposição continuada ao sol (percepção adequada); se há algum tipo de prevenção; se os trabalhadores tem plena consciência da importância do uso do filtro solar em suas jornadas de trabalho. Segundo informação de uma enfermeira funcionária do Hospital Estadual de Américo Brasiliense (HEAB), o qual atende pacientes de toda a microrregião de Araraquara com diversos tipos de doença, o

¹ Câncer

ambulatório Médico de Especialidades Américo Brasiliense (AME), realiza Campanha Nacional do Câncer de Pele, levando aos pacientes, informação, diagnóstico e tratamento de qualidade e gratuitamente. Haveria condições de ter uma amostra representativa, a partir da autorização do hospital a pesquisa poderia ser feita através da avaliação de prontuários médicos dos pacientes, tendo estes como atividade o trabalho no campo. Apesar de o hospital estar localizado em Américo Brasiliense, atende às cidades das imediações, portanto existia a perspectiva de depois de cumprido o critério das amostras, os registros não serem apenas dos trabalhadores rurais de Américo, mas também de outras regiões próximas de Américo Brasiliense. Seriam realizadas entrevistas com trabalhadores ativos em diferentes situações e estágio da doença, podendo apresentar uma amostra conciliada através das entrevistas nos bairros e os prontuários do hospital. Seriam avaliados nessa pesquisa lesões pré-malignas e diagnósticos confirmados de câncer de pele em indivíduos que residem em Américo Brasiliense.

Ocorreu alteração na metodologia em relação à pesquisa ser realizada no hospital estadual de Américo Brasiliense (HEAB) como consta no texto, pois, devido a problemas burocráticos, não foi possível avaliar as amostras dos prontuários médicos dos pacientes. Este dado não é desprezível, merece registro, pois é sintomático em relação aos obstáculos que certos grupos institucionais opõem à pesquisa científica.

Portanto a pesquisa se realizou a partir de dados extraídos das entrevistas com indivíduos que trabalham ou já trabalharam no corte da cana, na usina Santa Cruz onde se investigou, a questão da percepção em relação à exposição continuada ao sol.

1.2 As técnicas de pesquisa.

A pesquisa foi realizada no município de Américo Brasiliense no próprio domicílio dos entrevistados. Entrevistas abertas, com sete indivíduos, sendo 6 dos entrevistados sujeitos que trabalharam desde a adolescência no campo até a idade adulta. Ou seja, desde criança foram submetidos à radiação solar e hoje se encontram em outra atividade. A faixa etária desses indivíduos está entre 35 e 60 anos. Somente um dos entrevistados permanece nesse ramo de atividade, sendo

sua idade 35 anos. A busca por esses indivíduos foram feitas aleatoriamente, a partir de indicações dos moradores da cidade que conheciam tais entrevistados.

Em relação ao gênero, as entrevistas foram feita com quatro homens e três mulheres. Referente à cor da pele, 3 dos entrevistados masculinos apresentam pele clara e um é moreno. Já entre as mulheres, uma tem pele clara, uma morena e outra negra. Sendo que os dois entrevistados masculinos de pele clara apresentam o câncer de pele. Um dos fatores críticos considerado como riscos para o desenvolvimento dessas neoplasias é justamente a pele clara (POPIM et al., 2008).

Além dessas entrevistas, foram aplicados 34 questionários com trabalhadores que estão no presente momento no ramo de atividade do corte da cana. Foram questões fechadas, visto que a abrangência do instrumental utilizado para direcionar as entrevistas com os trabalhadores assegurou o levantamento de uma base de dados suficiente para manter as análises pretendidas nessa pesquisa. A aplicação do questionário foi feita no próprio local de trabalho durante os intervalos de descanso destes. A amostra aleatória constou de quatorze trabalhador de 24 a 35 anos, treze de 36 a 46 anos e sete de 47 a 56 anos.

A cor da pele está representada por 3 categorias:

Categoria 1 – moreno/pardo - 32 trabalhadores.

Categoria 2 – Negra com - 1 trabalhador

Categoria 3 – Branco - 1 trabalhador

Estamos conscientes da insuficiência da amostra, mas com ela pretendemos apenas avaliar tendências e foi o que conseguimos no momento, dada a insuficiência também de dados. Tal insuficiência se deve às transformações que estão ocorrendo no setor, com a mecanização do corte, o que nos deixa pequena margem de pesquisa no universo pretendido.

Consideramos ainda outra insuficiência, no que se refere às questões de gênero. Não adiantamos o tema porque não haveria tempo (os prazos para uma dissertação são apertados). Mas a guisa de sugestão para outras pesquisas é possível supor que:

- O sexo masculino, pelas características sexistas da população brasileira estaria mais sujeito ao problema enquanto o sexo feminino até pela maior vaidade e cuidados com a saúde sofre menos com esse problema.

- A preferência por homens – mulheres discriminadas na contratação sugere complexidade na construção da hipótese. Em pesquisas posteriores deve-se verificar se há diferença nas relações de gêneros: Se as mulheres, mais cuidadosas com a pele teriam uma percepção mais adequada dos riscos.

Aplicar 34 questionários em tempo curto tal como ocorreu, devido às mudanças que foram sugeridas durante o período de apresentação no desenvolvimento da tese, exigiu estratégias diferenciadas. Tivemos a ideia de pedir auxílio a um dos sujeitos da pesquisa.

Elizete que trabalha como motorista do ônibus que leva os Epis até o local onde estão os cortadores da cana nos concedeu uma entrevista. Solidária, aplicou os questionários durante o período de trabalho, nos intervalos de descanso desses trabalhadores. Os questionários foram entregues nas mãos de cada um e recolhido pela própria Elizete. Isso em tempo de dois dias. Assim, recolhidos ela me entregou e pude concluir minha pesquisa com essa grande ajuda. Importante registrar essa estratégia porque, segundo os especialistas em metodologia da pesquisa científica, nem todas as previsões de projetos encontram condições de se realizar. Ao pesquisador cabe descobrir novos caminhos e contornar problemas. Foi o que fizemos.

CAPÍTULO 2. UNIVERSO DA PESQUISA

2.1 Américo Brasiliense e sua economia.

Américo Brasiliense, localizada na região central do Estado de São Paulo, pertence à microrregião de Araraquara. Possui área territorial de 122,738 Km². Sua população segundo o censo 2010 é de 34.478 habitantes. A cidade é praticamente continuação de Araraquara, com apenas 10,6km de distancia entre elas, que provoca a articulação de uma população pendular (IBGE, 2014).

A cidade está situada no Planalto Ocidental Paulista, desfrutando de uma suave topografia, com altitudes médias em torno de 700 metros, permitindo um fácil escoamento das águas pluviais. Está, portanto, livre de enchentes. Rodeada por um mar de cana e com uma população flutuante de trabalhadores rurais da cana, apresenta população adequada a este tipo de pesquisa.

A história do município de Américo Brasiliense começa em 1854, quando as famílias Xavier Machado e Martiniano de Oliveira iniciaram na região a cultura do café.

A construção das primeiras casas do povoado ocorreu pela família de Manoel Antônio Borba e pela iniciativa do Coronel Antônio de Toledo Pizza. Foi elevado ao Distrito do Município de Araraquara em 1922, com o nome de Américo Brasiliense, homenageando o paulista Américo Brasiliense de Almeida e Melo, republicano e abolicionista, presidente do Estado da Paraíba e Rio de Janeiro e Governador de São Paulo.

A Lavoura cafeeira promoveu grande impulso à cidade, que desde aquela época contava com água encanada, luz elétrica, atendimento médico e outros melhoramentos.

A partir de 1920, a crise do café causou grande retração no seu desenvolvimento, transformando as fazendas em pastagem e causando a migração das famílias para outras cidades. O progresso econômico se reiniciou com a instalação de usinas de cana de açúcar e indústrias metalúrgicas, a partir de 1943.

No início da década de 60, os políticos da época lutavam pela emancipação político - administrativa do município. Nomes como o de Caetano Nigro, Paulo Abi-Jaudi, Salvador Carmen Romania, Secundo Della Rovere, João Alves Carneiro,

João Onofre, Aroldo Bombo, Antonio Pavan, Novenio Pavan, Benedito Nicolau de Marino se destacam no processo.

Em 21 de março de 1965, foi instalado, sob a presidência do Senhor Doutor Francisco Loffredo Junior, Meritíssimo Juiz de Direito da 1ª Vara e Diretor do Fórum da Comarca de Araraquara, o município de Américo Brasiliense.

A cidade tem sua economia local concentrada na produção de açúcar e álcool que é todo produzido no Engenho Santa Cruz dos Coronéis da família Ometto, a qual controla a cidade econômica, social e politicamente.

Nos últimos anos o setor sucroalcooleiro enfrenta uma grave crise. Endividamento, perda da competitividade diante da gasolina e até problemas climáticos afetaram os usineiros (BORDA; GOMES; REZENDE, 2014).

Américo Brasiliense é chamada “Cidade Doçura” pelo fato da atividade canieira predominar no município. Está localizada no município a Usina Santa Cruz (figura 4), fundada em 1945 que está entre as 15 maiores usinas do país, considerando o volume de cana moída. Atende ao mercado nacional e internacional de açúcar e álcool e seus subprodutos energéticos. (IBGE, 2014).

Além da Usina de cana de açúcar encontram-se no município, importantes setores de saúde, como o Hospital Estadual de Américo Brasiliense (HEAB) (que atende pacientes de toda a microrregião de Araraquara) e também a Fábrica de Remédios do Governo do Estado (Furp).

A figura 1 nos mostra a localização do município de Américo Brasiliense/SP e a figura 2 a região de Araraquara e os municípios vizinhos, destacando o município de Américo Brasiliense – SP.

Figura 1: Localização do município de Américo Brasiliense – SP.



Fonte: <http://www.nossosaopaulo.com.br/MunicipiosDeSaoPaulo.htm>

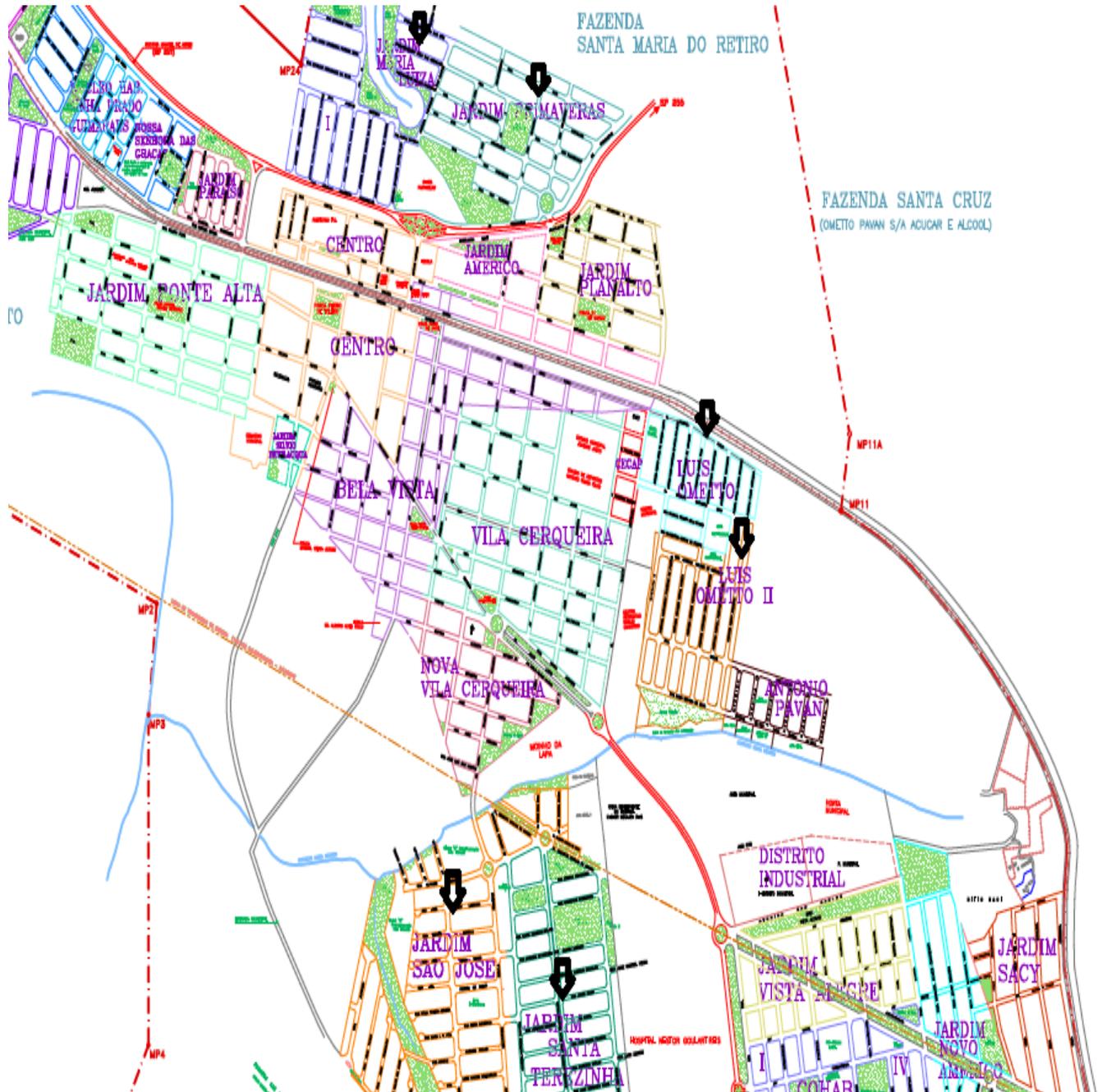
Figura 2: Região de Araraquara e municípios vizinhos, destacando Américo Brasiliense.



Fonte: http://www.sesvesp.com.br/contrate_comissao_mapa.cfm?codigo=2

A figura abaixo se refere ao mapa do município de Américo Brasiliense/SP, destacando os bairros com maior número de moradias de trabalhadores rurais.

Figura 3: Mapa do Município de Américo Brasiliense. Setas mostrando os bairros com maior número de moradia de trabalhadores rurais.



Fonte: http://www.americobrasiliense.sp.gov.br/site/?page_id=1841

Figura 4: Usina Santa Cruz



Fonte: <http://www.maquetes.arq.br/maquete-usina-santa-cruz.htm>

2.2 A mecanização da colheita e seus efeitos para o trabalhador.

Nas últimas décadas, o intenso processo de mecanização da colheita da cana de açúcar compõe um cenário bem diferente daquele observado nas décadas anteriores no tocante aos padrões de implementação da mão de obra empregada no setor sucroalcooleiro.

A mecanização na agroindústria iniciou-se em 2007. Hoje as colhedadeiras já são responsáveis pela maior parte da colheita da cana.

A colheita mecanizada difere do corte manual, apresentando várias funções, das quais algumas exigem mais esforço mental e outras, esforço físico. Por exemplo, os cargos de operador de colheitadeiras, de tratorista e de motorista de caminhão, apesar de não exigirem esforço físico, exigem constante atenção dos trabalhadores. Em contrapartida, o sujeito que ocupa a função de engate e desengate precisa de força física para desempenhar o trabalho. (VERGINIO, 2014).

Contudo, os trabalhadores da colheita mecanizada, apresentam problemas de saúde tanto quanto os trabalhadores do corte manual.

Segundo Verginio (2014), apesar dos cargos que exigem esforços físicos, na colheita mecanizada prevalecem os cargos nos quais o esforço mental se faz presente com maior relevância.

O corte mecanizado requer a utilização de meios e instrumentos de trabalho, tais como caminhões e tratores transbordo², caçambas ou gaiolas para conter a cana cortada, caminhões-tanque para água e para combustível, além das colhedeiiras. A figura 5 apresenta a máquina colhedora acompanhada do transbordo, ambos em atividade.

Figura 5: Máquina colhedora acompanhada do transbordo.



Fonte: Arquivo da pesquisadora.

Verginio (2014, p.48) afirma que “o nível de informatização da mecanização do corte da cana também reflete na seleção dos trabalhadores, a qual exige do trabalhador qualificação técnica para operar os computadores de bordo [...]” cujo controle implica tensão e stress.

No estado de São Paulo, em especial na região de Ribeirão Preto, a mecanização se encontra em estágio avançado e tem gerado polêmica entre os profissionais de diferentes grupos sociais, saúde, meio ambiente.

² O transbordo é uma caçamba onde será depositada a cana cortada pela colhedeira, que após ser preenchida será levada ao caminhão transportador, para em seguida ser transportada para a usina.

Tendo como finalidade a extinção das queimadas no estado de São Paulo, onde se encontram os maiores produtores de açúcar e álcool do país, foi estabelecida a Lei Estadual nº 1.241, de 2002, que estabeleceu um cronograma para a colheita da cana crua em todas as áreas mecanizáveis até 2021, permitindo que as áreas menores do que 150 ha efetuem queimadas até 2031 (GALBIERI, SIMÕES, 2013). A figura abaixo mostra carregadeira mecânica despejando cana no transbordo.

Figura 6: Máquina colhedora despejando a cana no transbordo.



Fonte: Arquivo da pesquisadora.

Em relação ao rendimento e à segurança no trabalho, o corte manual da cana é posto em cheque. Com a introdução de colhedoras mecânicas, os trabalhadores assalariados rurais, se ressentem com a diminuição do lugar ocupado no trabalho.

Do ponto de vista do rendimento e da segurança no trabalho, é prejudicial para o trabalhador o corte manual da cana crua. A alternativa que se coloca é a mecanização dessa atividade laboral. É questionável que a mecanização da colheita da cana contribua para reverter o perfil de adoecimento dos trabalhadores rurais (SCOPINHO et al, 1999).

Em relação às condições do ambiente de trabalho, a colhedora não contribui para diminuir as cargas do tipo físico, químico e mecânico, porque as máquinas nem sempre possuem cabines fechadas e climatizadas. Os trabalhadores realizam

turnos, pois as colhedoras operam sem interrupções, acompanhando o ritmo das moendas (SCOPINHO, 2003).

Para Scopinho (2003), as doenças dos operadores de colhedora mecânica são semelhantes às do cortador manual da cana-de-açúcar. Entre os operadores ocorrem as doenças psicossomáticas, relacionados aos turnos e o surgimento de patologias que afetam os sistemas neurológicos, cardiovascular e gastrointestinal. Já no cortador manual, os acidentes são provocados pelo manuseio de instrumentos de trabalho e doenças devido a exaustão.

Segundo Galbieri e Simões (2013), a continuidade do processo de mecanização da colheita causará grande desemprego no setor. Estima-se que devido ao Protocolo Agroambiental, antes de 2020, não exista mais corte manual no estado de São Paulo e prevê-se também que entre, 2006 e 2020, o quadro de empregados nesse estado na indústria canavieira se reduza de 260.000 para 146.000 trabalhadores, mesmo com a geração de mais de 20.000 novos postos (CGEE, 2008).

Em relação à saúde do trabalhador, segundo Scopinho (2003), existe uma legislação vigente, pela qual cabe ao empregador proporcionar os recursos necessários para a realização de diagnósticos que possibilitam o conhecimento e o acompanhamento periódico da saúde do trabalhador. O Sesmt (Serviço especializado em engenharia e em medicina do trabalho) se encarrega do registro sistemático das alterações na saúde do trabalhador. Esses dados devem traduzir-se em estudo epidemiológico que promova o desenvolvimento de programas de vigilância em saúde do trabalhador, com atenção especial em certos trabalhadores como idosos, mulheres, portadores de necessidades especiais e grupo de risco específico, de acordo com a função desenvolvida na empresa.

No entanto, mesmo com esse serviço de medicina e segurança no trabalho, nas usinas-destilarias ainda está centrada a ideia do uso dos equipamentos de segurança individuais (EPIs) para prevenir acidentes e doenças (SCOPINHO, 2003). Para essas empresas a saúde está separada da segurança. A saúde significa oferecer serviços próprios ou conveniados, com a realização de consultas médica, tratamentos odontológicos, às vezes até psicológicos, sendo que esses não são gratuitos, pois o empregado paga o convênio, o que significa, para os trabalhadores, um gasto em saúde (SCOPINHO, 2003).

Aos empresários, portanto impõe-se a obrigatoriedade de fornecer os EPIs e de constituir e conveniar serviços especializados de medicina e segurança no trabalho para atender aos trabalhadores. Na prática esse serviço se ocupa em selecionar trabalhadores hágedos e produtivos. Segundo Scopinho (2003) embora esses serviços de saúde das empresas estejam sujeitos à fiscalização estatal, eles são por elas controlados e funcionam desarticulados do sistema oficial de saúde.

Nesse contexto, as causas do adoecimento dos trabalhadores rurais vêm sendo discutidas na agenda de políticas públicas. Sobretudo no que representam os direitos dos trabalhadores, esta agenda tem se mostrado um pouco escassa ao tratar dos problemas que os trabalhadores rurais enfrentam.

2.3 Corte manual da cana de açúcar.

Para realizar o corte manual, o trabalhador precisa de esforço físico e habilidade no manejo de seu instrumento de trabalho, o podão. Mas a questão das condições físicas é fundamental para essa atividade.

O canavial é dividido em quadras que também recebem o nome de talhão. Cada quadra é composta por ruas de cana plantadas paralelamente. “Essas linhas são agrupadas em forma de eitos composto por cinco linhas de cana”. (FARIA, 2012).

No corte manual da cana o trabalhador corta cinco ruas paralelas, onde se define a largura do eito³ que será cortado por ele, aproximadamente seis metros, no entanto, o comprimento do eito dependerá do esforço despendido pelo cortador na efetivação do trabalho e é medido ao final da jornada pelo apontador; a partir de tal aferição, o trabalhador é informado sobre a quantidade de metros lineares cortados durante a jornada. “Para cada metro linear a Usina estabelece um valor monetário, assim, a remuneração do cortador de cana está diretamente relacionada à quantidade de cana que consegue cortar. Em outras palavras, o trabalhador recebe por produção”. (VERGINIO, 2014).

³ Grande espaço físico agrícola, lavoura com grande metragem longitudinal.

O valor do metro de cada talhão⁴ é atribuído pela usina depois que a cana é pesada nas balanças, localizadas distante dos eitos.

“O trabalhador, quando recebe por produção, tem o seu pagamento atrelado ao que ele conseguiu produzir ao longo do dia” (ALVES, 2006). Deste modo, o trabalhador acredita que obterá maiores salários e conseqüentemente melhores condições de vida. Com isso, o cortador tende a intensificar o ritmo do trabalho.

Segundo Silva (1999) as empresas também se utilizam de outros mecanismos para intensificar o ritmo do trabalho. Por exemplo, o estímulo à competição entre os cortadores de cana por meio da fixação de tabelas na entrada dos alojamentos com os registros diários relativos à quantidade de cana cortada por trabalhador. Ao final da semana, calcula-se a média da produção de cada cortador e se estabelece um *ranking* entre os trabalhadores. Tal mecanismo tem como propósito estimular a competição entre os trabalhadores e desenvolver padrões de produtividade.

O “bom cortador de cana” segundo Silva (1999) constitui na formação de indivíduos moldados para a produtividade e controle psicossocial e moral, dotado de valores ideológicos, ou seja, sujeito obediente que aceita as regras sem contestação.

Para as empresas o “bom cortador de cana” deve ser migrante da região nordestina do Brasil, sexo masculino. As dificuldades de sobrevivência em suas regiões de origem, certamente, explicam, em grande medida, a submissão do migrante ao processo de normatização imposto pelas usinas e, principalmente, ao intenso ritmo de trabalho (Silva, 1999).

O pagamento por produção na colheita manual da cana é um dos principais mecanismos responsáveis pelo aumento da intensificação do trabalho, o que provoca a perda da capacidade de trabalho ou até a morte dos cortadores de cana por excesso de trabalho.

⁴ O talhão é a área onde é plantada a cana, e esta delimitada por vias onde trafegam os caminhões e as máquinas agrícolas (VERGINEO, 2011).

Figura 7: Corte manual da cana crua.



Fonte: Arquivo da pesquisadora.

CAPÍTULO 3. O CÂNCER DE PELE NO BRASIL: TENDÊNCIAS E FATORES DE RISCOS

3.1 Cânceres e as políticas brasileiras de prevenção e tratamento.

A história do câncer no Brasil começou no início do século passado. O câncer começava a despontar nos países desenvolvidos considerando a doença com a maior taxa de mortalidade. Enquanto esse fator era crescente, as endemias ocupavam a atenção das políticas de saúde no Brasil. As primeiras iniciativas para controle de câncer no Brasil começaram no início do século XX, para diagnóstico e tratamento.

A falta de conhecimento da etiologia promovia pouca ênfase na prevenção da doença, o que levou os especialistas a se preocuparem em maior grau com a prevenção e o diagnóstico precoce.

Neste período, “o câncer e muitas outras doenças assolavam a cidade do Rio de Janeiro. Para evitar o aumento, o governo criou medidas de assistência à saúde: serviços públicos e da vigilância sanitária”. (BARRETO, 2005).

Segundo INCA (Instituto Nacional do Câncer) em 1922 foi criado, através de iniciativas privadas, “impulsionando políticas de profilaxia do câncer no Brasil” (INCA, 2014), o Instituto de Radium, em Belo Horizonte, primeiro centro destinado à luta contra o câncer no país, no qual o paradigma de “incurável” poderia ser modificado para “recuperável”.

Os países desenvolvidos principalmente França e Alemanha, nos anos 1920, apresentavam políticas anticâncer que influenciaram pesquisadores a pensar o tratamento do câncer como um processo sanitário a ser gerenciado pelo Estado.

Somente na década de 30, devido ao aumento da mortalidade por doenças crônico-degenerativas, inclusive o câncer, ocorreu investimento na construção de um aparato hospitalar para estudo e tratamento do câncer. Foi criado o chamado “Instituto Nacional do Câncer, no Rio de Janeiro, órgão técnico encarregado do diagnóstico e tratamento dos doentes, instruindo outros médicos, como acontece até hoje”. (BARRETO, 2005)

Em 1937, Getúlio Vargas assina o decreto-lei nº 378 criando o Centro de Cancerologia, no Serviço de Assistência Hospitalar do Distrito Federal, no Rio de Janeiro, embrião do Instituto Nacional de Câncer, que seria inaugurado no ano seguinte pelo próprio Getúlio Vargas e Mario Kroeff, já no período do Estado Novo.

Somente em 23 de setembro de 1941, o projeto anticâncer ganharia caráter nacional, com a criação do Serviço Nacional de Câncer (SNC) destinado a organizar, orientar e controlar a campanha de câncer em todo o país.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) definição de saúde é completo bem estar físico, mental e social, deixando de consistir apenas ausência de doença. Essa informação foi utilizada pelo SNC como estratégia da prevenção, para obtenção do diagnóstico precoce da doença.

As políticas de câncer, a partir de 1951, tornaram-se visíveis entre a população e entre os legisladores, que garantiram o suporte orçamentário adequado para a expansão da campanha anticâncer no Brasil e a conclusão do hospital-instituto central (INCA), sede do SNC, no Rio de Janeiro, inaugurado em agosto de 1957 por Juscelino Kubitschek e Ugo Pinheiro Guimarães. (INCA, 2014).

O fortalecimento do SNC, fez com que os autores da política anticâncer comesçassem a pensar na epidemiologia do câncer levando em consideração as condições ambientais, a extensão territorial e os contrastes do país. Esse período traria como contribuição às políticas de controle do câncer, a produção de soluções alternativas perante a realidade econômica do país.

O progresso do SNC e conseqüentemente do INCA levaria, a partir de 1965, ao planejamento de reuniões anuais de representantes das organizações vinculadas à campanha anticâncer visando uma política unificada.

“O Plano Nacional de Saúde, formulado pelo ministro Leonel Miranda, transferiria o INCA, braço executivo do SNC, para o Ministério da Educação. Essa nova dinâmica deixava à iniciativa privada um rentável campo de incursão médico-cirúrgica”. (INCA, 2014)

A interrupção autoritária das políticas anticâncer, que haviam colhido consenso entre o público e o privado, fortalecendo o privado em detrimento do público, resultariam, em 1970, na decadência do INCA e na extinção do SNC, transformado pelo Decreto nº 66.623 em Divisão Nacional de Câncer, de caráter técnico-normativo, administrada de Brasília e vinculada à Secretaria de Assistência Médica (INCA, 2014 p.15).

A década de 80 marcaria o início de um período de crescimento e recuperação do INCA, como órgão fundamental para a política de combate ao câncer no Brasil. Desde então, se dá uma ação contínua, de “âmbito nacional, abrangendo em forma de programas, vários aspectos do controle do câncer”. (INCA, 2014)

A partir de 2000 o Ministério da Saúde publica a portaria 3.535, que regulamenta o “Projeto Expande” atribuindo ao INCA a coordenação, com o fim da implantação de centros de oncologia em hospitais gerais, para a expansão da oferta de serviços. Já em 2003, com uma nova direção, o INCA se compromete com as premissas do Sistema Único de Saúde (SUS), com ampliação da garantia de qualidade de acesso aos serviços, através de ações do Programa de Controle aos diversos tipos de câncer, incluído o câncer de pele.

Em fins de 2005, o Ministério da Saúde lança a Política de Atenção Oncológica através da Portaria GM/MS 2.439 de oito de dezembro, reconhecendo o câncer como um problema de saúde pública e criando a Rede de Atenção Oncológica, uma rede de trabalho cooperativo para o controle do câncer, com a participação do Governo Federal, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, universidades públicas e particulares, serviços de saúde e centros de pesquisa, assim como de organizações não governamentais e a sociedade em geral (INCA, 2014).

Segundo informações do INCA (2014), ao longo dos últimos 18 anos, em cumprimento ao compartilhamento de informações e experiências desenvolvidas, acontecem na sociedade brasileira previsões à estimativa de casos novos de câncer, para prover gestores, serviços de saúde, universidades, centros de pesquisa e sociedades científicas com informações atualizadas que possam subsidiar um maior conhecimento sobre a ocorrência da doença na população brasileira em diferentes regiões.

Nesse contexto através de toda a evolução da história do câncer e todas as instituições envolvidas nesse serviço de combate e prevenção, o problema no Brasil ganha relevância pelo perfil epidemiológico que essa doença vem apresentando e com isso promove uma abertura nas agendas política e técnica de todas as esferas de governo. A importância do conhecimento dessa doença permite estabelecer

prioridades e criar recursos para a modificação desse cenário na população brasileira.

O Brasil vem sofrendo mudanças em seu perfil demográfico, consequência, entre outros fatores, do processo de urbanização populacional, da industrialização e dos avanços da ciência e da tecnologia. A essas novas características da sociedade brasileira, unem-se os novos estilos de vida e a exposição, ainda mais intensa, a fatores de risco próprios do mundo contemporâneo. (INCA, 2014)

Devido às mudanças relacionadas ao comportamento das pessoas e ao meio ambiente, ocorrem alterações no perfil de morbimortalidade, “diminuindo a ocorrência das doenças infectocontagiosas e colocando as doenças crônico-degenerativas como novo centro de atenção dos problemas de doença e morte da população brasileira”. (INCA, 2014).

3.2 Causas, riscos e consequências do câncer de pele.

O câncer pode ser definido como:

O câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 tipos diferentes de doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células anormais com potencial invasivo. Além disso, sua origem se dá por condições multifatoriais. Esses fatores causais podem agir em conjunto ou em sequência para iniciar ou promover o câncer (carcinogênese). O desenvolvimento da maioria dos cânceres requer múltiplas etapas que ocorrem ao longo de muitos anos. Assim, alguns tipos de câncer podem ser evitados pela eliminação da exposição aos fatores determinantes. Se o potencial de malignidade for detectado antes de as células tornarem-se malignas, ou numa fase inicial da doença, tem-se uma condição mais favorável para seu tratamento e, conseqüentemente, para sua cura. (INCA, 2014)

O crescente aumento do câncer no país chama a atenção, pois inúmeros casos novos, às vezes acompanhados do diagnóstico e tratamento, têm como consequência, a morte.

“O câncer é uma doença, sinônimo de morte, pois as marcas ficam arraigadas às pessoas. É um problema de saúde acompanhado da discriminação e, muitas vezes, rejeição social, desde o âmbito familiar até as atividades produtivas” (LINARD

et al. , 2002), no qual o indivíduo além de estar psicologicamente abalado, enfrenta dificuldades de tratamento médico.

Para o trabalhador rural, a exposição ao sol se torna um “agravante para a saúde, sendo necessário usar cremes com filtro solar superior a 15 FPS (fator de proteção solar), chapéu de palha, roupas compridas e óculos escuros; evitar horário de pico solar entre dez da manhã e três da tarde”. (MENEGAT; FONTANA, 2010). O fato é que os agricultores trabalham durante o dia e tem uma carga horária longa, muitas vezes sem a devida proteção, tornando essa população suscetível ao desenvolvimento do câncer de pele.⁵

A pele é o maior órgão do corpo humano. É dividida em duas camadas: uma externa, a epiderme, e outra interna, a derme. A pele protege o corpo contra o calor, a luz e as infecções. Ela é também responsável pela regulação da temperatura do corpo, bem como pela reserva de água, vitamina D e gordura (OKUNO; VILELA, 2005).

As neoplasias cutâneas estão relacionadas a alguns fatores de risco, sendo bem estabelecido que a exposição solar excessiva e sem proteção, seja um das principais causas para o seu desenvolvimento. Há uma forte correlação entre o câncer da pele e a radiação ultravioleta (RUV), que é uma radiação componente do espectro eletromagnético e que alcança em grande parte, a troposfera terrestre. O tipo de dano causado ao DNA mitocondrial por este tipo de radiação já é conhecido, correspondendo a uma "assinatura" da exposição à RUV (OKUNO; VILELA, 2005).

O câncer de pele tem como principal fator etiológico a radiação UV. Esta é considerada mutagênica, por induzir a formação de foto produtos no material genético, que se não reparados antes da divisão celular, os genes responsáveis pelo controle do ciclo celular podem se alterar, “desestabilizando a fisiologia normal da célula”. (BECKER et al., 2010).

Uma função importante da epiderme que é a camada mais superficial da pele é promover uma proteção contra as agressões do ambiente, incluindo a radiação UV.

⁵ Alguns estudos geram polêmicas em relação ao fato da importância da exposição ao sol sem proteção para a síntese de vitamina D em nosso organismo. Estudos com pessoas de peles claras com maior incidência ao câncer de pele demonstram a capacidade de produzir vitamina D com pequenas exposições. Isso oferece ao médico segurança para indicar foto proteção em indivíduos de risco para câncer de pele, principalmente em idosos. (MAIA; MAEDA; MARÇON, 2007). Ao que se parece ocorre aqui uma artimanha do capitalismo dos grandes laboratórios para forçar o consumo de vitamina D (Dados obtidos em encontro de orientação).

A ação dos raios UV na pele é um processo complexo que está associado às reações químicas e morfológicas. As alterações na epiderme envolvem espessamento da camada espinhosa e retificação da junção dermo-epidérmica.

Os queratinócitos⁶ começam a demonstrar resistência à apoptose e podem sobreviver por um tempo maior, possibilitando, dessa maneira, o acúmulo de alterações do DNA e alterações em proteínas, o que facilita o processo da carcinogênese (SGARBI; CARMO; ROSA, 2007).

“A radiação UV é um potente carcinógeno que provoca dano ao ácido desoxirribonucleico (DNA), diretamente ou através dos radicais livres” (SGARBI; CARMO; ROSA, 2007). “Altas doses de radiação UV prejudicam a integridade tecidual levando a uma resposta inflamatória intensa que culmina na ulceração da epiderme e, com conseqüente perda da barreira de proteção”. (SGARBI; CARMO; ROSA, 2007).

O raio UV que atravessa a camada de ozônio presente na atmosfera sofre influências que podem aumentar ou diminuir sua intensidade até atingir a nossa pele. “Poluentes da atmosfera, bem como a água em suspensão podem diminuir sua intensidade, enquanto a reflexão da luz no terreno pode aumentar”. (SGARBI; CARMO; ROSA, 2007).

Na pele os efeitos bioquímicos da radiação solar são causados principalmente pelas radiações UVA e UVB.

“A radiação UVA que corresponde a mais de 90% da radiação solar, tem maior comprimento de onda, baixa quantidade de energia UV e provoca pigmentação próxima à superfície da pele, causando ressecamento e o envelhecimento precoce. A radiação UVB tem um comprimento de onda menor e a quantidade de energia maior que a radiação UVA, causando pigmentação profunda, ressecamento, envelhecimento precoce e câncer de pele. Seus efeitos são mais acentuados do que a radiação UVA. Já a radiação UVC causa maior dano à pele, porém não atravessa a camada de ozônio (SGARBI; CARMO; ROSA, 2007).

Devido à destruição da camada de ozônio⁷, a incidência de raios UVB, intrinsecamente relacionados ao câncer de pele, vem aumentando progressivamente,

⁶ Também conhecidos como ceratinócitos, são células diferenciadas que compõem o tecido epitelial e invaginações da epiderme para derme

⁷ Camada de ozônio situa-se numa faixa de 10 a 35 Km da estratosfera. O oxigênio absorve a radiação UV-C, formando o Ozônio que por sua vez absorve a radiação UV-B. Essa capa protetora

permitindo inclusive que a radiação UVC, se aproxime mais da atmosfera terrestre (POPIM et al., 2008).

O câncer induzido pelo raio UV depende das características da exposição ao sol, se intermitente ou cumulativa, e da frequência de queimaduras solares sofridas (RIBEIRO, 2010).

Vários fatores têm sido atribuídos como riscos para o desenvolvimento dessas neoplasias, tais como: cor de pele, horário de exposição ao sol, residir em um país tropical, fazer uso de imunossupressão crônica (POPIM et al., 2008).

As pessoas com exposição prolongada ao sol, por exemplo, os agricultores, constituem um grupo de maior risco, e com o avanço da idade, a possibilidade de desenvolver câncer de pele se agrava ainda mais. Outros grupos de pessoas que trabalham expostos ao sol também devem constituir grupo de risco para essas neoplasias, tais como trabalhadores de construção civil, carteiros, marinheiros, entre outros (POPIM et al., 2008). Pessoas de pele clara, olhos claros, também apresentam um grande de risco, pois se queimam facilmente.

O câncer de pele tem distribuição universal e pode ser classificado em três tipos:

Carcinomas basocelulares (células basais) – são os mais frequentes, sendo responsáveis por 80% dos casos de câncer de pele não melanoma. Este se origina na camada mais profunda da epiderme. As lesões aparecem nas áreas mais expostas da pele, como face de pessoas com pele clara. Seu surgimento tem relação direta com a exposição acumulativa da pele à radiação solar durante a vida. Pode ocorrer em áreas do corpo exposta à radiação solar de forma intermitente. (RIBEIRO, 2010)

Carcinomas espinocelulares ou epidermoide (células escamosas), têm origem na camada média da epiderme e é menos comum que o basocelular. Também ocorre nas áreas de exposição ao sol. Pode-se desenvolver em qualquer local da pele ou até em outras regiões como a língua ou revestimento da boca (RIBEIRO, 2010). “Os carcinomas basocelular e epidermoide são também conhecidos como câncer de pele não melanoma, tipo mais frequente de câncer de pele e câncer mais frequente na população de pele clara”. (INCA, 2014)

diminui a chegada dos raios UV à superfície, o ozônio evita consequências graves da radiação UV tais como feridas na pele, câncer e mutação degenerativa. A camada de ozônio serve como uma proteção aos raios ultravioletas que é a principal causadora do câncer de pele (SANTOS, 2007).

Melanomas – considerados como os mais raros e agressivos tumores de pele, resultado da transformação maligna dos Melanócito. Pode iniciar como um pequeno tumor pigmentado sobre a pele normal, mais frequentemente em áreas exposta ao sol ou a partir de nevos pigmentados pré-existentes. Ao contrário de outras formas de câncer de pele, o melanoma produz metástases rapidamente para partes distintas do corpo (RIBEIRO, 2010).

O câncer de pele melanoma é menos frequente do que os outros tumores de pele. Também é mais frequente em populações de pele clara e expostas à radiação solar. Indivíduos de pele escura possuem menor risco de apresentá-lo. Seu prognóstico é bom para os tumores localizados, enquanto, para melanomas metastáticos, é reservado”. (INCA, 2014).

Segundo a Sociedade Brasileira de Dermatologia, a conscientização a respeito da prevenção, por meio do uso de protetores solares, de roupas adequadas e a redução da exposição ao Sol, contribuem decididamente para a redução de novos casos do câncer da pele, uma vez que a foto proteção é fundamental para redução dos riscos do desenvolvimento do câncer da pele.

O objetivo deste trabalho de mestrado é partir da percepção que se tem em relação ao câncer de pele, que ocorre principalmente em pessoas que se expõem demasiadamente ao sol. No grupo de risco para tal doença destaca-se o trabalhador rural, em virtude da fotoexposição excessiva durante anos de trabalho e à falta de informação a respeito dos riscos da exposição à radiação ultravioleta. Este estudo foi realizado na cidade de Américo Brasiliense/SP, onde prevalecem moradias de trabalhadores das Usinas de álcool e empresas de laranja.

Nos trabalhadores rurais destacam-se inúmeros problemas de saúde e o câncer de pele, como problema de saúde pública é, portanto, merecedor de grande atenção por parte do profissional da área da saúde, incluindo os médicos dermatologistas e as esteticistas, os quais por trabalhar nos cuidados da pele, podem contribuir para o controle da doença por meio de ações de promoção de saúde, prevenção e detecção precoce.

Embora o câncer de pele venha aumentando em todo o país, existem poucos trabalhos na literatura sobre a incidência de câncer de pele em trabalhadores rurais e o tipo de profissão com maior incidência de câncer de pele. É esperado que a classe dos agricultores correspondesse a um grupo de risco, em virtude da foto

exposição excessiva e a falta de informação sobre os riscos da exposição à radiação ultravioleta.

No Brasil, o câncer de pele não melanoma é o tumor mais incidente em ambos os sexos. É provável que exista um sub-registro dessa neoplasia, em função do subdiagnóstico. Consequentemente, as estimativas das taxas de incidência e dos números esperados de casos novos em relação a esse tipo de câncer devem ser consideradas como estimativas mínimas. (INCA, 2014)

Segundo Inca (2014) esperava-se 98.420 casos novos de câncer de pele não melanoma nos homens e 83.710 nas mulheres no Brasil, em 2014. Esses valores correspondem a um risco estimado de 100,75 casos novos a cada 100 mil homens e 82,24 a cada 100 mil mulheres.

O câncer de pele não melanoma é o mais incidente em homens nas regiões Sul (159,51/100 mil), Sudeste (133,48/100 mil) e Centro-Oeste (110,94/ 100 mil). Nas regiões Nordeste (40,37/100 mil) e Norte (28,34/100 mil), encontram-se na segunda posição. Nas mulheres, é o mais frequente em todas as regiões, com um risco estimado de 112,28/ 100 mil no Sudeste, 99,31/ 100 mil no Centro-Oeste, 86,03/ 100 mil no Sul, 46,68/ 100 mil no Nordeste e 24,73/100 mil no Norte (INCA, 2014).

Quanto ao melanoma, sua letalidade é elevada, porém sua incidência é baixa (2.960 casos novos em homens e 2.930 em mulheres). As maiores taxas estimadas em homens e mulheres encontram-se na região Sul.

CAPÍTULO 4. UMA BREVE REVISÃO BIBLIOGRÁFICA: SAÚDE E TRABALHO NO EITO DOS CANAVIAIS.

4.1 Danos causados à saúde do trabalhador rural, devido condições precárias de trabalho.

Os agravos à saúde do trabalhador rural, fatores de riscos e desgastes são uma triste realidade em pleno século XXI, despercebidas perante muitos. Estes desgastes atingem a integridade física, mental e social do trabalhador rural em diferentes funções do seu corpo. Vejamos como isso ocorre na região que serve de foco a esta pesquisa.

Na região de Araraquara/SP destacam-se as usinas de cana-de-açúcar como uma das principais atividades industriais agrícolas.

Segundo estimativas da Pastoral do Migrante, mais de 200 mil trabalhadores no período da safra da cana, laranja e café no Estado de São Paulo, são migrantes. Pelo fato de serem temporários, muitas vezes não são computados pelas estatísticas dos órgãos oficiais. Este fato denota a invisibilidade desta mão-de-obra, agravada pelas relações de trabalho baseadas na terceirização. Nos últimos anos, tem havido muitas denúncias de trabalho em condições análogas à de escravo na região de Ribeirão Preto. Geralmente os registros de trabalho escravo são feitos em lugares distantes da região sudeste, nas chamadas áreas de fronteira agrícola, portanto, a variável geográfica é, com muita frequência, vista como um dos determinantes da explicação das relações escravistas (SILVA, 2010, p.213).

Segundo Silva (2010), vários dados extraídos dos registros/denúncia, demonstram os danos causados ao trabalhador devido à exploração desta força de trabalho, ultrapassando os limites físicos, ocasionando mortes nos canaviais. Ainda no período de 2004 a 2007, houve 21 mortes, registradas pela Pastoral dos Migrantes, provocadas supostamente pelo excesso de esforço, uma verdadeira overdose do trabalho. Condições alimentares insuficientes, causadas pelos baixos salários, calor excessivo, elevado consumo de energia, em virtude de ser um trabalho extremamente extenuante, pela imposição de quantidade diária de cana

cortada, cada vez mais crescente. Este tem sido o definidor do aumento da produtividade do trabalho, principalmente a partir da década de 1990, quando as máquinas colhedoras de cana passaram a ser empregadas em números crescentes. Esta imposição atinge não somente os migrantes, como também os trabalhadores locais. As mortes também ocorrem ao longo do tempo, não havendo registros.

Doenças como câncer, provocadas pelo uso de veneno ou seja os agrotóxicos, fuligem da cana, além de doenças respiratórias, alérgicas, da coluna, as quais, por falta de recursos financeiros para a compra de remédios são dificilmente tratadas. Tal situação conduz à morte física ou social de muitos trabalhadores, cuja exaustão impede-os de continuar no mercado de trabalho (SILVA, 2010).

Segundo a pesquisadora Maria Aparecida de Moraes Silva (2010), professora livre docente da Universidade Federal de São Carlos, a busca por maior produtividade obriga os cortadores de cana a colher até 15 toneladas por dia. Esse esforço físico encurta o ciclo de trabalho na atividade. “Nas atuais condições, passaram a ter uma vida útil de trabalho inferior à do período da escravidão” (SILVA, 2010).

O salário por produção, adotado pelas empresas, tem contribuído para que o trabalhador ultrapasse a meta de produtividade imposta pelas usinas, já que promove um grande desgaste energia. Tais condições de trabalho tem sido um agravante aos corpos e mentes levando ao adoecimento, a exclusão social e mortes. Essas “condições de trabalho têm sido denunciadas por pesquisadores, movimentos e pastorais, bem como pelo Ministério Público e Delegacias do trabalho”. (Menezes; Silva; Cover, 2011).

A resistência em relação às mulheres no trabalho do corte da cana segundo Moraes vem sendo alterada numa perspectiva nas quais poucos estão sendo destinadas a determinadas atividades nos canaviais.

O atual processo de reconfiguração, ademais da intensificação da exploração da força de trabalho, traz no seu bojo uma “nova” divisão sexual do trabalho, baseada nos velhos critérios como força física (homens), cuidado, responsabilidade, delicadeza (mulheres). Trata-se de uma lógica pautada na segregação sexual, segundo a qual, as mulheres recebem salários mais baixos que os homens e, muitas vezes, são lesadas quanto aos direitos trabalhistas. Enquanto os homens são empregados pelas usinas, segundo as normas contratuais da vigência da safra, geralmente em torno de 10 meses,

as mulheres são contratadas em turmas por empreiteiros que as conduzem de uma atividade a outra, de acordo com o ciclo das diferentes culturas. São turmas de trabalhadoras “volantes”, que alimentam o mercado de trabalho sazonal, rotativo e circular, sob “novas vestes”. Desse modo, combinam-se dois processos: a masculinização e etnificação no corte da cana, e a feminização de certas atividades nos canaviais e em outras culturas agrícolas (SILVA, 2011, p.30 - 31).

O setor canavieiro, no entanto, é um grande empregador de mão de obra e frequentemente associado a impactos ambientais, tais como degradação dos solos, poluição dos centros urbanos, poluição dos mananciais, poluição da atmosfera, emitindo elevadas emissões de gases, causadores do efeito estufa, o que acontece normalmente com a queimada na colheita, além do impacto sobre a fauna, pois grande número de animais silvestres encontra abrigo nos canaviais.

Em São Paulo são queimados anualmente 2,5 milhões de hectares de cana, o que representa 10 por cento da área do estado. Durante o pico da safra, o Governo de SP acusou um volume de 1200 comunicações de queima de canavial por dia. “... o princípio que estamos trabalhando é que hoje sendo um dano ambiental comprovadamente difundido, estamos nos preocupando com isso, afirmou Ricardo Viegas, coordenador do Etanol Verde, programa ambiental do estado de S. Paulo”. (LANGOWSKI, 2007).

Segundo Arbex et al. (2000 e 2004), nos meses de abril a novembro, grandes extensões da cana plantada são queimadas para facilitar o corte e a colheita e proteger os trabalhadores de animais peçonhentos, que aparecem nessas plantações. Contribuem então anualmente para o aumento da poluição atmosférica nas regiões de cultivo da cana-de-açúcar e nas cidades próximas às queimadas.

As substâncias poluentes derivadas da queima de cana-de-açúcar e que provocam diversos problemas de saúde, principalmente os respiratórios são:

(...) monóxido de carbono (CO), dióxido de nitrogênio (NO₂), dióxido de enxofre (SO₂), material particulado (PM₁₀) e ozônio (O₃). Esses poluentes, uma vez presentes no ar, ainda podem interagir química e fisicamente entre si, de modo a gerar derivados (CETESB, 2006).

Encontraram-se associações significativas entre os níveis diários de material particulado (PM₁₀), monóxido de carbono (CO), dióxido de nitrogênio (NO₂) dióxido de enxofre (SO₂) e ozônio (O₃) com vários problemas de saúde, em especial os respiratórios (MAURO, 2012)

De todos os poluentes gerados pela queima da cana, o material particulado (PM10) é o mais estudado, em virtude de apresentar maior toxicidade. Ele é formado por partículas muito finas, capazes de atingir as partes mais distais do sistema respiratório. Tais partículas transpõem a barreira epitelial, atingindo o interstício pulmonar e causando processos inflamatórios. Estudos sugerem que o material particulado apresenta agentes oxidantes intracelulares que seriam a resposta inicial e que agiriam como fator estimulante da inflamação (ARBEX, 2000).

O material particulado compreende de uma mistura de partículas em suspensão no ar, de variável tamanho, composição e origem. A origem desse material é outro fator que também influencia na resposta do organismo, sendo de origem industrial ou veicular. (BARBOSA, 2010)

Arbex (2007), em um estudo de série temporal, realizado na região de Araraquara, destacou que durante o período de queima de cana de açúcar ocorreu um aumento de 11,6% o número de admissões hospitalares por asma.

Outro agravo à saúde que requer atenção é o câncer de pele nos trabalhadores que se expõe ao sol. Outras evidências associam ao desenvolvimento do câncer de pele à exposição ocupacional a compostos químicos.

O Arsênico é um composto químico que está associado ao desenvolvimento do câncer de pele quando exposto a radiação solar e os trabalhadores rurais que estão em contato com pesticidas que contem arsênicos pode desenvolver tal doença (CEZAR-VAZ et al., 2015).

CAPITULO 5. ANÁLISE TEÓRICA DO MATERIAL OBTIDO NAS ENTREVISTAS

5.1 Contradições entre a percepção dos entrevistados e as considerações dos pesquisadores.

Nesse tópico analisamos algumas referências que mostram os impactos do trabalho rural do corte da cana de açúcar, uma vez que os danos causados à saúde do trabalhador refletem no físico e na mente. Esses reflexos são apontados por pesquisadores. As entrevistas, no entanto apresentam grandes contradições.

Alves (2006) aponta o motivo das mortes e doenças devido ao excesso de trabalho, pois a remuneração dos trabalhadores no corte é por produção induzindo o trabalhador a intensificar tal ritmo. A esse respeito, vejamos o que diz a entrevistada Enilcéia (40 anos), atualmente ajudante de lavanderia e que tem como trabalho lavar os Epis⁸ e entregar aos funcionários, isso dentro da própria empresa. Foi cortadora de cana durante 8 anos e relata que antes o trabalho era diferente do atual.

Na minha época já era ônibus, mas já não tinha banheiro montado, hoje já tem banheiro com papel higiênico, ducha higiênica, hoje é tudo diferente. De primeiro a gente levava a água, hoje tem água gelada, tem geladeira. E eu peguei a mudança, naquela época já tinha Epis há oito anos. A jornada de trabalho é das sete as dez, depois é descanso, almoço, pegava as onze até às três e meia. (informação verbal)⁹

Observa-se aqui, nos relatos da entrevistada, uma contradição com os pesquisadores: segundo Silva (2010), ocorrem mortes por exaustão e overdose de trabalho e segundo a entrevistada a jornada de trabalho é de oito horas, o que contradiz a questão da exploração nas horas de trabalho. Ou seja, as horas trabalhadas não se torna exaustivas aos trabalhadores, segundo Enilcéia.

A pesquisadora Elizabeth Costa Dias (2006), aponta os fatores de risco que envolvem os trabalhadores rurais os quais são expostos às agressões mecânicas pelo uso de ferramenta, tratores, serras elétricas, foices, facões, além de agentes de natureza física, como a radiação solar, temperatura extremas, frio, calor, agrotóxico,

⁸ EPis - Equipamentos de proteção individual.

⁹ Entrevista com Enilcéia, ex-cortadora de cana, em Abril de 2015.

picadas de animais peçonhentos, longas jornadas de trabalho, ciclo de trabalho intenso.

(...) hoje não trabalho mais no sol, mas quando eu trabalhava no corte eu sempre fui meia encanada, então eu sempre usei protetor solar, sempre usei os lenços no rosto, chapéu de palha... pra mim era vaidade, na verdade eu não queria que manchava a pele, não queria que arranhava o rosto com as folhas de cana.

(...) a única coisa é meu braço que incha que é a mão que abraça a cana, quando eu cortava cana ele formigava, depois que eu parei, ela é meio inchado direto, às vezes mais outros dias menos, mas não sinto dor. (informação verbal)¹⁰

Mas com o depoimento acima (da mesma), observa-se a questão do uso do filtro solar e a agressão que devido ao peso da cana pode ter causado o problema citado na sua entrevista, mostrando contraposição e dados que confirmam pesquisadores em relação às exposições a agressão mecânica.

Segundo Menegat e Fontana (2010), os riscos à saúde do agricultor ocorrem de várias formas, incluindo câncer de pele.

Além da exposição aos agrotóxicos, são riscos que exercem influência danosa na estabilidade da saúde do agricultor: acidentes com animais, acidentes com ferramentas, máquinas implementos, exposição a ruídos e vibrações, às radiações solares, às partículas de grãos, a agentes infecciosos e parasitários, entre outros, ocasionando doenças/agravos como câncer de pele, câibras, síncope, exaustão por calor, envelhecimento precoce, câncer de pulmão, intoxicações, lombalgias, agravos psicossociais, aumento da pressão arterial, distúrbios do sono, bronquite crônica, asma, pneumonias, e, nos casos de gravidez, má formação fetal e abortos. Sendo assim, muitos são os riscos que os trabalhadores estão sujeitos em decorrência de seu trabalho, que podem ser classificados em: físicos; biológicos, ergonômicos, psicossociais, mecânicos e de acidentes (MENEGAT; FONTANA, 2010 p. 52).

Elizete, 49 anos, uma das entrevistadas que atualmente é motorista do ônibus que fornece os Epis aos trabalhadores, descreve como era antigamente o trabalho do corte da cana, (há 25 anos) e como se encontra nos dias atuais. Além da questão do uso do filtro solar, também abordado.

A empresa fornece, fornece tudo, menos o protetor, a roupa também fornece, a luva, botina. De primeiro minha mãe cortava uns panos velhos, faziam um quadrado de luva pra cortar a cana, a cana era

¹⁰ Entrevista com Enilcéia, ex-cortadora de cana, em Abril de 2015.

queimada, aquele negócio preto da cana, aquele melaço, era assim minha mãe fazia uma luva quadrada, m saquinho de plástico e outra luva por cima. Aquilo ficava duro, era um sofrimento... eu sofri na roça viu. (...) antigamente não tinha nenhuma proteção, na verdade não tinha não. Atualmente que veio melhorando e melhorou muito. Protegia-me, com chapéu, lenço, mas não usava protetor solar, nem lembro se existia na época. Naquela época não, não tinha propaganda é.... os médicos falando na televisão. A gente, na época minha mãe costurava, então ela fazia camisa manga longa. Era tênis, você vê, hoje em dia é aquelas botinas com ponteira de ferro, de aço, para não cortar o pé, mas naquela época era conga. A gente começava 7 horas, saía da roça depois das 4. (informação verbal)¹¹

Vale ressaltar aqui com depoimento acima, as contradições entre os pesquisadores (Menegat e Fontana, 2010), por exemplo, em relação à citação da entrevistada, a qual afirma a melhora das condições de trabalho nos dias atuais.

Na fala abaixo, o questionamento na entrevista foi em relação à percepção da importância do uso do filtro solar pelos companheiros de trabalho da Elizete: se ela sabia dizer se usavam ou não o filtro solar e a importância de se proteger do câncer de pele.

(...) não sei, porque a usina não fornece o protetor, agora eu compro o meu. Muitos passam, você as vezes vê pessoas de pele morena com o rosto branco e aquilo ali você sabe que é protetor. Alguns a gente vê, mas não são todos não. Os funcionários não usam protetores não, mas não que eles não tenham consciência. (informação verbal)¹²

O discurso revelou a falta de importância atribuída ao filtro solar que ainda existe por inúmeros trabalhadores e a falta de interesse das empresas em relação a esse tipo de proteção.

Em outra entrevista, temos seu Odair Joaquim (59 anos), que trabalhou 40 anos no sol. Entre suas atividades no corte da cana e na indústria, esteve sempre exposto ao sol. Relatou a ocorrência de câncer de pele, o que descobriu aos 45 anos de idade. Hoje trabalha em outra atividade: motorista dos veículos da prefeitura municipal de Américo Brasiliense.

(...) no sol eu trabalhei uns 5, 6 anos na lavoura mesmo, cortando cana e depois eu trabalhei na usina dos 15 aos 16 anos até os 54

¹¹ Entrevista com Elizete, ex-cortadora de cana de Américo Brasiliense, em Abril de 2015.

¹² Entrevista com Elizete sobre o uso do protetor solar, em Abril de 2015.

anos. (...) eles¹³ não davam os equipamentos, eu fui, fui me adaptar a usar o protetor depois, uns 10 anos atrás depois que a coisa ficou mais séria, aí eu uso até hoje. Tem umas dificuldades porque ele¹⁴ receitava um protetor, se ia comprar ele é um pouquinho caro, mas hoje você não está encontrando mais, então estou me adaptando, agora na prefeitura que eu trabalho de motorista eles dão o protetor, eu não sei qual o grau de proteção que tem aí, mas eu uso o meu também. (...) não nunca tive essa orientação em usar protetor. De jeito nenhum. Só depois que fui ao médico que eles me falaram que eu tinha que usar protetor a vida toda ou no sol, ou só no mormaço você tem que usar porque vai agravar mais. (informação verbal)¹⁵

Neste relato, destaca-se a questão da falta de percepção do uso do filtro solar e a falta de fornecimento dos equipamentos de proteção em tempos idos, obrigatoriamente fornecidos pela empresa nos dias de hoje. Cumpre lembrar que hoje há leis para tal fornecimento.

Alves (2006) aponta o excesso de trabalho como o motivo da morte desses trabalhadores e indica a forma de remuneração do trabalho do cortador de cana, ou seja, o pagamento por produção, como uma das principais características dessa atividade laboral, responsável por induzir o trabalhador a intensificar o ritmo de trabalho.

Emílio Sebastião, atualmente aposentado, cortou cana durante 25 anos. Seu trabalho atual é na prefeitura. Seu relato confirma que, antigamente quanto maior a quantidade de cana cortada, maior seria o salário, mas nega a questão do corte ser causa de morte ou doença, pois afirma que antigamente havia atendimento médico e nunca obteve problema de saúde relacionado ao tipo de trabalho.

Outra questão em relação à conscientização do uso dos fotoprotetores, que utiliza somente agora em seu trabalho, sendo que a prefeitura fornece. Relata que no corte da cana não usava e até os dias atuais a empresa responsável pelo corte de cana não fornece.

Saía seis horas de casa e começava trabalhar as sete, ia até as nove e ia almoçar. Aí já pegava no facão e ia cortar cana porque quanto mais cortava era melhor.
A gente levava água, facão, tudo. Depois de um tempo ela começou a dar, facão, luva, roupa e lima. Não tinha Epis. Hoje já tem banheiro, lixeira pra não jogar lixo na terra, o ônibus tem o lugar pra esticar a

¹³ Eles representam a usina onde trabalhava na época.

¹⁴ Aqui refere-se ao médico que cuida do câncer de pele.

¹⁵ Entrevista com Elizete, ex cortadora de cana sobre uso de protetor solar, em abril de 2015.

lona, pra colocar as mesas as cadeiras, tem água gelada no ônibus ele dão os EPis. Pode perguntar pra quem corta cana hoje. É que hoje tem muito maquinário né...

Nunca tive nenhuma doença relacionada ao corte de cana, nunca tive nada, nem nunca me cortei.

Quando alguém se machucava tinha uma condução, ou chamava o administrador, ou um caminhão que tava por ali, catava a pessoa e levava.

Nos tínhamos tratamento médico, sempre gostei de trabalhar na usina, de cortar cana.

Eu sempre trabalhei de manga comprida, lenço e chapéu, não usava protetor, ninguém usava. Hoje eu uso, a prefeitura fornece, é só pedir, eles não dão assim.... mas tem que pedir. Hoje a gente sabe que tem que usar, explica né... Hoje eu tenho consciência vendo na tv. Eu conheço um homem que morreu de câncer de pele que trabalhava na cana.

Hoje eu sei que a usina fornece tudo, mas acho que o protetor não.

Hoje é diferente. Aquele tempo a gente cortava cana e tinha que amarrar. Era sofrido, queimava ou cortava a paia. Hoje só tem uma turma que corta onde a máquina não corta e onde tem muita pedra. (informação verbal)¹⁶

Através dos relatos descritos dos entrevistados e das citações dos pesquisadores, ocorrem contradições em relação às condições em que se encontram os cortadores da cana, no que diz respeito à saúde do trabalhador.

Em relação à importância do uso do filtro solar, nenhum pesquisador citou esse aspecto, mas as entrevistas sugerem a falta desta em relação à questão em debate.

5.2 Aspectos ideológicos.

O setor canavieiro tem grande contribuição na economia do país e um grande apoio do governo. Mudanças ocorridas atualmente refletem de forma significativa na vida dos trabalhadores e no desenvolvimento de suas atividades. “Tais mudanças foram percebidas por eles, acerca das transformações, com o decorrer dos anos, em seu processo de trabalho no corte manual e sobre a progressão da mecanização da colheita”. (FARIA, 2012).

Com o processo de mudança na produtividade no setor sucroalcooleiro ocorreram inúmeras transformações no trabalho do corte da cana, principalmente no

¹⁶ Entrevista com Emílio Sebastião, ex- cortador de cana, sobre equipamentos e proteção solar, em Maio de 2015.

que diz respeito à percepção sobre a mecanização da colheita no processo de trabalho. O número de áreas do corte da cana ficou reduzido, sendo somente as áreas onde as máquinas não conseguem acesso como as áreas de declive.

O uso das colhedoras mecânicas, no entanto, contribui para a diminuição do rendimento do cortador manual, pois sobram canas de pior qualidade (tombadas e em terrenos acidentados), geralmente localizadas onde a máquina não consegue operar. Nessas condições, o cortador fica sujeito a limitações econômicas e ergonômicas severas (SCOPINHO, 1999).

Contudo para os cortadores que vivem uma condição ideológica agregada ao medo do desemprego, as condições são melhores que as do passado. Podemos observar através da verbalização de trabalhadores que atuam em outra atividade, mas já foram cortadores de cana.

(...) toda vida eu trabalhei em lavoura, cortei cana, apanhei laranja e 5 anos eu trabalhei na saída que ai não era, mas o resto da minha vida eu trabalhei no campo”. Hoje meu trabalho é assim... eu não levo o pessoal, mas eu vou até eles, fica um ônibus lá em cada frente, são 8 frentes, o meu ônibus tem 9.000litros de água, ai eu vou lá naquele ônibus, eu vejo se aquele ônibus está em ordem, porque no meu ônibus tem também um armário que tem todos os EPis pra eles que estão lá e o deles que estão lá tem outro armário, então eu tenho uma chave, eu vou lá eu abro o armário deles e vejo se esta faltando algum EPi, isso não pode estar faltando lá pra eles porque se vai uma vistoria lá é uma multa muito grande pra empresa, então eu reponho se tiver falta de água gelada eu abasteço, então é assim eu fico rodando” (Elizete 49 anos, motorista do ônibus dos Epis) (informação verbal)¹⁷

O relato abaixo, segundo a mesma entrevistada, sobre a questão dos Epis, mostra a percepção em relação ao trabalho de hoje:

Na época que era os empreiteiros não tinha Epis, agora sim a usina fornece, eu não lembro pra te dizer de quando a usina começou depois que saiu o sindicato, com as coisas todas, eles passaram a cobrar. (informação verbal)¹⁸

Segundo a descrição abaixo, a mesma entrevistada relata o processo de melhorias em relação às condições em que os trabalhadores se encontram.

¹⁷ Entrevista com Elizete 49 anos motorista do ônibus dos Epis e ex-cortadora de cana, em Abril de 2015.

¹⁸ Entrevista com Elizete, ex cortadora de cana sobre as condições de trabalho nos dias de hoje, em Abril de 2015.

(...) eles tem que ter um conforto naquele ônibus, tem banheiro, ele é sanitário, tem a parte que é a vivencia n/é? As mesas, os bancos, é bem organizado. (informação verbal)¹⁹

Abaixo figura mostrando os ônibus onde os trabalhadores fazem suas refeições.

Figura 8: Ônibus com cobertura para as refeições.



Fonte: Arquivo da pesquisadora.

Segue um discurso relatando a questão ideológica vivida pelos trabalhadores.

(...) não tinha nada disso, tem água gelada, banheiro, nós passamos a pegar marmita na usina, melhorou bastante. Hoje eles dão a marmita e tem dois horários de almoço, como são 43 pessoas nós fazemos um horário as 10, almoça as 10 ai fica uma hora de descanso e volta as 11, ai o das 11 vem e volta ao meio dia, bom demais! Tem toldo no ônibus, que é uma barraca que eles puxam, com mesa, cadeira e ai a gente come lá embaixo (...). Melhorou bastante, agora é assim: tem a água gelada que teve uma época que não tinha, a água gelada é potável, tem a água natural de lavar a

¹⁹ Entrevista com Elizete, ex cortadora de cana sobre melhorias aplicadas no trabalho atualmente, em Abril de 2015.

mão, o rosto, tem um banheiro que não tinha, hoje tem o ônibus próprio que tem banheiro. Tem um termômetro que marca a temperatura no decorrer do dia, se chegar a 35, 39, 40 graus a gente já para, fica sentado até esperar o horário de vir embora, e às 9 horas nós temos 10 minutos, quando for 2 horas nós temos 10 minutos de novo e quando o sol está muito quente, eles exigiram e pediram pro nosso líder (...) (informação verbal)²⁰

As entrevistas que foram realizadas com os indivíduos que no presente momento não se encontram nesse ramo de atividade, relatam que antigamente não havia informação sobre os riscos da exposição prolongada ao sol em relação ao câncer de pele. Não tinham equipamentos de proteção que hoje as próprias empresas são obrigadas a fornecer e nem consciência da importância do uso do filtro solar. A única proteção era o chapéu e as roupas de manga longa.

5.3 Percepção sobre os danos causados pela exposição ao sol.

A constante contradição entre o discurso do trabalhador e as denúncias dos pesquisadores merece explicações a partir do conceito de ideologia, tal como proposto por Marx e Engel (1998). Os trabalhadores que participaram dessa pesquisa constituem-se de certo modo uma sobrevivência (digamos assim) da massa de cortadores manuais eliminados pela mecanização. Essa quantidade relativamente pequena permite à usina satisfazer regulamentações recentes sobre essa atividade. Tais medidas criam uma ilusão de condições excelentes, já que comparadas ao “tempos idos” as coisas melhoraram muito.

Assim a partir das avaliações das transcrições das entrevistas, foi possível identificar a questão ideológica encontrada nos relatos dos trabalhadores no que se refere às melhoras das condições de trabalho, seguido de uma avaliação sobre a percepção de tais trabalhadores em relação à questão da necessidade do uso do filtro solar para prevenção dos riscos à saúde.

A afirmação pode ser comprovada com a fala de um dos entrevistados seu Odair, relatando as condições que trabalhavam antigamente.

²⁰ Entrevista com Eliosvaldo Nascimento, cortador de cana, sobre a ideologia dos trabalhadores, em Maio de 2015.

Não eles não davam os equipamentos, eu fui me adaptar a usar o protetor depois, uns 10 anos atrás depois que a coisa ficou mais séria, aí eu uso até hoje.

Dona Maria: Não, não forneciam EPis, a gente comprava a luva, usava o boné, tênis que a gente usava, não tinha nada. A gente que comprava.

Emílio: Nos levava a comida, a gente levava moringa d'água. Nos que comprava tudo. Depois houve umas greves aí a usina dava. Depois começou ceder facão, roupa e lima. Não tinha os equipamentos de proteção, só a luva que eles davam, mas eu nunca gostei de trabalhar de luva. (informação verbal)²¹

Relataram que a extensão da jornada de trabalho era até 12 horas.

A gente chegava na roça por volta das 7 horas da manhã, e não tinha horário até umas cinco e pouco seis, porque a gente trabalhava por empreita e quanto mais a gente trabalhava mais a gente ganhava, a gente não tinha um salário fixo, se a gente não cortasse um metro de cana a gente não ganhava nem um tostão, gente tinha que produzir pra ganhar, não tinha salário fixo, se você cortasse 10 metros de cana era isso que você ganhava. E a cana era assim: quanto mais em pé, fina era um tanto, pra ganhar tinha que ser cana forte, pesada porque era por tonelada. Era por peso, então não era assim toda cana era um preço fixo não, dependia da pesagem. (informação verbal)²²

Além do câncer de pele, observado em alguns entrevistados, outras doenças aparecem nos depoimentos.

Tive desgaste na coluna, eu tive que parar de cortar cana devido ao problema de coluna, a gente perde a força no braço, tinha que abraçar a cana, pegar aquele monte, aí eu parei e dei preferência a laranja, porque não tinha que ficar agachando e levando nas costas 27 quilos então eu não aguentava mais aí fui apanhar laranja. (informação verbal)²³

Segundo informação dos entrevistados, tanto o que se encontra trabalhando no corte da cana quanto os que não estão em atividade, hoje houve uma grande melhora em relação às condições de trabalho. As empresas fornecem equipamentos de proteção, água gelada e potável, banheiro, termômetro que marca a temperatura no decorrer do dia, local para almoçar, fornece marmitta, horário de descanso de 10 minutos no período da manhã e tarde.

²¹ Entrevista com Odair, ex - cortador de cana, sobre as condições de trabalho corte da cana, em Abril de 2015.

²² Entrevista com Odair, ex - cortador de cana, sobre a carga horária no corte da cana, em Abril de 2015.

²³ Entrevista com Dona Maria, ex-cortadora de cana, sobre ocorrência de outras doenças causadas pelo trabalho no corte de cana, em Maio de 2015.

Em relação ao uso do filtro solar os entrevistados relatam que a maioria dos trabalhadores se submete ao uso, pois tem a consciência da importância, mas este não é fornecido pela empresa e os próprios trabalhadores o compram. Neste ponto das entrevistas, um procedimento analítico faz a crítica com relação à necessidade de fornecimento do filtro solar pela empresa – crítica esta que não está no discurso dos trabalhadores. Conforme já observado, a fala dos trabalhadores sofre dominação ideológica do capital, eles não percebem que embora haja filtros solares relativamente baratos, eles nem sempre estariam ao alcance de um chefe de família com despesas mais urgentes e que teria que adquirir o produto para a esposa e alguns filhos. Ou seja, como se sentir confortável usando filtro sem fornecê-lo a família? Temos que levar em conta ainda o caráter sexista da sociedade brasileira na qual os homens são considerados fortes e imunes aos problemas desse tipo.

Todos os relatos dos entrevistados foram marcados pela dominação ideológica em relação à melhora das condições relacionadas ao avanço da mecanização no agronegócio da cana na região de Ribeirão Preto, usando um discurso que vai à contra mão das críticas feitas pelos principais pesquisadores, que relatam mortes por exaustão, abusos de controle na cana mecanizada e horários inadequados: entre eles Scopinho (2013), Silva (2011), Verginio (2011).

Estão sobre o domínio da ideologia porque não trabalham mais no corte da cana, a memória não resgata tanto sofrimento.

5.4 As melhoras nas condições de trabalho como resultados das pressões dos sindicatos e os movimentos sociais.

Nos anos 90 segundo Scopinho (2000), o processo produtivo era marcado por intensidade do ritmo e da jornada, por acidentes e mortes por excesso de trabalho, por perdas salariais devido ao processo de adoção de tecnologias para a colheita mecanizada.

Nota-se que a partir desse período de reestruturações produtivas, o setor sucroalcooleiro passa a se ampliar motivados pela crescente procura do etanol no mercado mundial.

Neste cenário reestruturado, os trabalhadores se adequam as novas formas de organização, dinâmicas e flexíveis, decorrente do grande avanço financeiro das atividades. “Todavia, combinam-se ao trabalho mecanizado e terceirizado formas manuais no cultivo e colheita da cana de açúcar, historicamente praticadas e conhecidas por sua precariedade”. (TEIXEIRA; SALATA, 2013).

A prática da terceirização citada acima não é nova nesse setor. Durante décadas ela existiu, mas com outra denominação: os chamados “gatos” e os agenciadores que contratavam os trabalhadores para o corte manual.

Neste contexto de mudança da forma do trabalho dos cortadores de cana e a eliminação dos postos de trabalho para o corte manual, surgiram estratégias sindicais²⁴. Uma delas diz respeito à participação em acordos para a melhoria das condições de trabalho do corte manual, que deu origem em 2009, ao Compromisso Nacional²⁵, e as parcerias entre empresas e sindicatos tendo como objetivo a qualificação dos trabalhadores do corte. Assim os trabalhadores da área rural, operadores de maquinários, motoristas e demais ocupações, buscam se fortalecer através dos sindicatos dentre eles a FETAESP e FERAESP (TEIXEIRA; SALATA, 2013).

A Federação dos Trabalhadores na Agricultura Familiar do Estado de São Paulo (Fetaesp) é um órgão de segundo grau, fundado em 29 de julho 1962, por iniciativa dos dirigentes dos sindicatos de trabalhadores rurais dos municípios de Juquiá, Lins, Porto Feliz, Guariba e Assis, com a colaboração da Federação dos Círculos Operários do Estado de São Paulo. A partir da fundação e reconhecimento da Fetaesp pelo Ministério do Trabalho, houve um vertical desenvolvimento da organização e representação dos trabalhadores rurais paulistas, onde em pouco mais de um ano a Federação já tinha uma centena de sindicatos filiados, com representação de aproximadamente 800 mil trabalhadores em sua base. (FATAESP, 2011)

A Fetaesp foi uma importante ferramenta conquistada ao longo dos anos pelos trabalhadores rurais, a qual garantiu o progresso do que hoje é denominado Movimento Sindical dos Trabalhadores e Trabalhadores Rurais.

A Fetaesp objetiva atuar de modo a valorizar seus aspectos distintos e promover ações que beneficiem os trabalhadores de forma micro e macro regional.

²⁴ Há a Federações no Estado de São Paulo que representam os trabalhadores assalariados rurais. A FETAESP (Federação dos Trabalhadores da Agricultura do Estado de São Paulo), ligada à CONTAG e a FERAESP (Federação dos Empregados Assalariados Rurais do Estado de São Paulo).

²⁵ Disponível em: <<http://www.secretariageral.gov.br/compromissos-nacionais/canadeacucar>>. Acesso em: 18 Dez. 2015.

No final da década de 70, foram instituídos os chamados Grupos Regionais que, desde então, atuam de forma consistente para garantir uma agricultura presente, com trabalhadores cada vez mais satisfeitos com sua atividade. (FETAESP, 2015). Segundo Teixeira; Salata (2013), as considerações sobre a nova dinâmica deste setor nos remetem tanto à nova forma de valorização do capital nesta região agrícola, quanto a uma mudança na dinâmica do uso da força de trabalho dela decorrente. Os dados colhidos junto aos sindicatos apresentam pouca efetividade dessa fiscalização por parte das instituições representativas dos trabalhadores rurais. Mas hoje se observam novas formas de trabalho manual na cana de açúcar.

Ao longo dos anos, o trabalho nessa atividade vem sofrendo mudanças com crises nas estratégias dos sindicatos, devido à ausência de um projeto político definido e organizado.

Diante disso, os cortadores de cana se encontram em um lugar incerto, conforme as determinações do Compromisso Nacional. Portanto caberia acompanhar as perspectivas de mudanças para os trabalhadores rurais com o crescimento da mecanização.

CAPÍTULO 6. RISCOS DE CÂNCER DE PELE NA PERCEPÇÃO DOS TRABALHADORES RURAIS: ANLISES DAS QUESTÕES QUANTITATIVAS

Tal como previsto na introdução a pesquisa quantitativa foi necessária, na tentativa de captar a percepção adequada ou não, dos trabalhadores sobre os riscos que sofrem pela longa exposição ao sol, o que não ficava claro nas entrevistas.

Vejamos agora seus resultados.

Tabela 1 - Refere-se à questão se os trabalhadores recebem orientação no trabalho em relação ao sol (Anexo C) [Tipo de orientação].

CATEGORIAS	FREQUÊNCIA	%
Cat. 1 - que contemplam o protetor solar agrupado ao uso de Epis constituídos por roupas adequadas.	26	78,78
Cat. 2 - que contemplam proteção com roupas mas sem levar em conta protetor solar.	5	15,15
Cat. 3 - não revelam compreensão da questão proposta	2	6,07
Total	33*	100

Fonte: Dados da pesquisa.

* Em alguns casos questões deixadas em branco não foram aproveitadas.

* 100% respondem sim.

Os dados referente a tabela 1 sugerem, que os trabalhadores têm percepção da necessidade de uso do protetor solar, já que em 26 casos (78,78%) contemplam o protetor. Entre as roupas, estas são fornecidas pela usina e são as seguintes: Touca, chapéu e camisa de manga longa.²⁶

Apenas em 5 casos (15,15%) os sujeitos da pesquisa não apontam o protetor solar. E apenas em 2 casos, o que é pouco significativo, não houve compreensão da questão proposta pelo instrumento da pesquisa.

²⁶ Além dessas roupas citadas pelos sujeitos , segunda Elizete funcionária da empresa onde sua função é levar os Epis até o trabalhadores, além do chapéu , da camisa de manga longa e da touca, a empresa fornece também: óculos de sol, calça, botina, luva e perneira.

Tabela 2 - A questão refere-se às principais doenças que ocorrem como consequência do corte da cana (Anexo C).

CATEGORIAS	FREQUÊNCIA	%
Cat. 1 - que contemplam apenas		
As doenças da coluna	35	43,20
Cat. 2 - que contemplam especificamente		
as doenças como bursite e tendinite.	30	37,0
Cat. 3 - que contemplam		
outras doenças.	16	19,80
TOTAL	81	100

Fonte: Dados da pesquisa.

Os dados mostram que as principais doenças adquiridas pelos trabalhadores no corte da cana são as da coluna, sendo que 35 (43,20%) dos entrevistados a citam, enquanto 30 (37%) citam bursite e tendinite. Os outros 16 casos (19,8%) contemplam outras doenças. Com isso, é possível pensar que o câncer de pele não é, para os trabalhadores, a principal doença adquirida no trabalho: Assim, a percepção dos riscos de câncer de pele existe, mas fica contraditoriamente “apagada” pelo sofrimento maior que deriva da exploração do trabalho provocada pela intensidade dos ritmos. Afinal, o câncer é doença silenciosa e no caso curável. As dores apontadas, de doenças que consideram incuráveis, vão na direção do que apontam os pesquisadores e que a ideologia teimou em negar²⁷.

²⁷ Neste caso, as frequências das doenças apontadas ultrapassam o número de trabalhadores.

Tabela 3 - A questão refere-se às doenças que os trabalhadores consideram a mais grave (Anexo C).

CATEGORIAS	FREQUÊNCIA	%
Cat. 1 - que contemplam a doença na coluna	33	56,9
Cat. 2 - Porque não tem cura e outros ou não entenderam a questão.	15	25,9
Cat. 3 - que contemplam as doenças de bursite	07	12,0
Cat. 4 - que contemplam doenças como a de chagas	03	5,2
TOTAL	58	100

Fonte: Dados da pesquisa.

Os dados sugerem que os trabalhadores consideram a doenças da coluna como a principal causada nesse tipo de trabalho, sendo 33 casos (56,9%). Em 15 casos (25,9%) não entenderam a questão. Outras doenças como bursite 7 casos (12%), doença de chagas 3 casos (5,2%) são apontado pelo sujeito. Vão se confirmando, portanto, as observações dos estudiosos sobre o sofrimento do trabalhador na atividade estudada.²⁸

²⁸ Também nesta questão, o total de resposta ultrapassa o número de trabalhadores, daí a incongruência dos dados.

Tabela 4 - A questão pergunta se os trabalhadores consideram riscos de câncer de pele para quem trabalha no corte da cana . Sim ou não. Por que? (Anexo C).

CATEGORIAS	FREQUÊNCIA	%
Cat. 1 - que contemplam ficar muito tempo exposto ao sol.	16	47
Cat. 2 - que contemplam o não uso dos equipamentos de proteção.	10	29,4
Cat. 3 que não entenderam a questão e não responderam.	6	17,7
Cat. 4 - incompreensíveis	2	5,9
TOTAL	34	100

Fonte: Dados da pesquisa.

Os dados sugerem que os trabalhadores tem a percepção de que há riscos de câncer de pele nesse tipo de trabalho, já que os 34 sujeitos responderam sim.

Em 16 casos (47%) apontam a exposição excessiva ao sol como fator de risco. Em relação ao motivo dos riscos 10 (29,4%) dos casos aponta o não usar os equipamentos de proteção um agravante para tal doença. Não entenderam a questão 6 casos (17,7%). Em 2 (5,9%) dos casos a resposta está incompreensível. Aa maior parte dos entrevistados contraditoriamente não apontam a importância do uso do protetor solar. Entenderam que os Epis seriam suficientes ou simplesmente não responderam por não entenderem a questão? Esta contradição nos intrigou e tentaremos esclarecê-la no final da análise.

Tabela 5 - A questão refere se a usina fornece Epis apropriado a proteção do câncer de pele. Sim ou não. Quais (Anexo C).

CATEGORIAS	FREQUÊNCIA	%
Cat. 1 - que contemplam o uso de camisa de manga longa, chapéu e touca ariber.	23	69,69
Cat. 2 - que contemplam camisa de manga longa, protetor solar.	6	18,18
Cat. 3 - que contemplam os Epis completo.	3	9,09
Cat. 4 - que não entenderam a questão.	1	3,04
TOTAL	33 *	100

Fonte: Dados da pesquisa.

Os dados sugerem que os trabalhadores consideram que a usina fornece os equipamentos apropriados para a proteção do câncer de pele já que os 34 participantes responderam sim.

Os tipos de proteção que eles mais consideram apropriadas seriam a camisa de manga longa, chapéu e a touca, apontados em 23 (69,69%) dos casos. O uso de filtro solar e camisa de manga longa é considerado apenas por 6 (18,18%) casos. Já os Epis estão em 3 (9%) casos. Não entenderam a questão 1 (3%) casos.

*Um dos trabalhadores não respondeu a questão

Podíamos considerar que há um desinteresse em relação à importância do filtro solar para a proteção contra os riscos de câncer de pele, tanto pelos trabalhadores ou pela própria empresa que não o fornece?

Tentaremos resolver adiante essa questão.

Tabela 6 - A questão refere-se a qual cuidado se tem para evitar o câncer de pele. Sim ou não. Quais (Anexo C).

CATEGORIAS	FREQUÊNCIA	%
Cat. 1 - que contemplam o uso de protetor solar	18	56,25
Cat. 2 - que contemplam camisa de manga longa, protetor solar.	9	28,1
Cat. 3 - que contemplam o uso de protetor solar e chapéu	2	6,25
Cat. 4 - que contemplam o uso de chapéu de palha, EPis e protetor solar.	2	6,3
Cat. 5 - não entenderam a questão	1	3,1
TOTAL	32 *	100

Fonte: Dados da pesquisa.

Os dados apontam que a maioria dos sujeitos se protege contra o câncer de pele, pois os 34 casos afirmaram proteger-se para evitar o câncer de pele.

*Dois dos entrevistados não respondeu a questão da tabela.

Em 18 (56,25) casos, sendo estes a maioria, contempla-se o uso de protetor solar, o que nos mostra que a percepção e a questão da importância do uso do filtro solar se faz presente na maioria.

Já 9 (28,1) contemplam o uso de camisa de manga longa e protetor solar e 2 (6,3%) casos o uso de chapéu de palha, EPis e protetor solar. Em outro 2 casos (6,25%) usam protetor solar e chapéu.. Em 1 (3,1%) caso apenas a questão não foi entendida ,2 casos (6,25%) usam protetor solar e chapéu.

Analisando esses dados observamos um numero significativo em relação ao uso do protetor solar, já que em quase todas as categorias ele se faz presente, o que nos leva a observar que existe uma contradição na percepção dos trabalhadores no que diz respeito à importância de se aplicar o filtro solar.

Tabela 7 - A questão refere-se às vestimentas usadas no trabalho (Anexo C).

CATEGORIAS	FREQUÊNCIA	%
Cat. 1 - que contemplam camisa, pernas, chapéu, sapato, óculos, e luva	28	84,84
Cat. 2 - que contemplam calça, camisa, botina, chapéu.	4	12,12
Cat. 3 - que contemplam calça, camisa e luva.	1	3,04
Total	33	100

Fonte: Dados da pesquisa.

Os dados sugerem que as vestimentas usadas durante o trabalho protegem contra os perigos em relação aos ferimentos e as roupas protegem além de ferimentos a ação os raios solares na pele. Mas nenhuma das categorias citadas

reivindica o uso do protetor solar que é o instrumento mais importante para a proteção contra o câncer de pele.

Aqui precisamos assumir limitações desse estudo: um pequeno número de casos e um formulário pouco extenso aplicado para além do projeto inicial, na tentativa de captar fenômeno de difícil apreensão.

Assim, o experimento apenas sugere tendências, mas uma análise mais acurada pode extrair pistas interessantes desses dados, o que faremos em artigo já iniciado.

O texto será ampliado, mas, por ora tentaremos resolver a contradição mais evidente – verdadeiro paradoxo que nos encaminha para os paradigmas da Nova Ciência: os trabalhadores, ao mesmo tempo reconhecem e desconhecem a importância do filtro solar. O paradoxo se explica a partir da consciência mais aguda de um corpo marcado pelas dores.

Resumindo: ousamos afirmar que o calor do sol não lhes parece tão inclemente quanto o sofrimento provocado pelas dores em seus corpos marcados por um trabalho exaustivo em ritmos que contrariam a programação da natureza para as atividades dos seres humanos.

Daí que problemas relativos às inflamações como hérnia de disco, bursite e tendinites sejam mais evidentes do que os riscos de uma doença que ainda não apresentam.

O mais importante desta pequena enquete junto aos cortadores é que suas respostas confirmam observações dos pesquisadores sobre as consequências dos abusivos ritmos de trabalho impostos pela usina sobre seus corpos dilacerados pelas dores nas colunas, musculares e tendões.

CONSIDERAÇÕES FINAIS.

A pesquisa relacionou os possíveis fatores de riscos para o desenvolvimento do câncer de pele, especialmente a radiação solar. Foi investigada a percepção dos trabalhadores rurais em relação ao perigo da exposição continuada ao sol, às condições de trabalho atual e pregressa, incluindo, a jornada de trabalho e as condições genéticas que podem estar envolvidas no desenvolvimento do câncer de pele.

Através das entrevistas, realizadas com os trabalhadores do corte de cana da cidade de Américo Brasiliense, o conteúdo dessa dissertação vem nos mostrar uma realidade muitas vezes dominada pela questão ideológica, somada a tantos outros estudos, os quais revelam o quanto esse tipo de trabalho rural prejudica a saúde do trabalhador.

Considerando que o câncer de pele é uma doença desenvolvida pela grande exposição ao sol e principalmente em indivíduos de peles claras, observou-se nessa pesquisa a dificuldade em encontrar indivíduos com tal diagnóstico. Os que apresentaram a doença são os de peles claras, que trabalharam muitos anos no sol e relataram que vários membros da família tiveram o câncer de pele, ou seja, a questão genética se faz relevante nesse caso.

Outro ponto em destaque refere-se à percepção em relação à importância do uso do filtro solar para prevenção do câncer de pele. Observamos que atualmente os trabalhadores sabem da importância e através das entrevistas verificou-se que alguns trabalhadores usam o filtro solar. Isso devido a informações adquiridas pela mídia e não pela empresa. No entanto, a empresa não se torna responsável pelo fornecimento do filtro solar.

Também pudemos avaliar que houve uma certa melhora nas condições desse tipo de trabalho rural, em contradição com a concepção de diferentes autores que tratam dessa temática. Questões quantitativas, no entanto, endossam as análises dos pesquisadores.

Para os trabalhadores, a melhoria nas condições de trabalho está fortemente sendo aplicada pela empresa e a falta de fornecimento do filtro solar para eles não

se torna um agravante. Ou seja, eles compram o filtro sem questionar a empresa sobre tal fornecimento. Quando compram.

O uso dos Epis foi muito mencionado pelos trabalhadores, pois mesmo com a existência de outros riscos, para os trabalhadores, o fornecimento desse material se torna suficiente à segurança.

Os relatos dos trabalhadores ainda apontam as melhoras em relação à jornada de trabalho, ao fornecimento de água gelada, local para se fazer as refeições, banheiro e hora para o descanso.

Dessa forma, notamos a percepção do trabalhador nas mudanças ocorridas, e que para eles garantem uma melhor condição de trabalho.

Com base nos resultados, observamos que tal melhora não se aplica na prevenção do câncer de pele, já que a empresa não fornece o objeto de maior importância para a proteção, o filtro solar.

Apesar dos trabalhadores perceberem e muitos usarem o filtro solar, consideramos que ainda prevalece a falta de cuidado em relação a tal doença, tanto pelo trabalhador como pela empresa.

A utilização do filtro solar muitas vezes se dá por mera vaidade e não pela conscientização da devida proteção. Essa vaidade pode ser atribuída principalmente ao sexo feminino, mas não houve tempo para investigá-la.

Contudo, mais informações sobre a importância do uso do filtro solar para a prevenção do câncer de pele, devem ser efetuadas para que as autoridades públicas saibam que existe a necessidade de pensar e investir em uma estratégia de fiscalização em todas as empresas com relação ao fornecimento e a necessidade de conscientização de empregadores, dos próprios trabalhadores e da sociedade como um todo, a respeito do pouco conhecimento que se observa sobre as consequências físicas que esse tipo de trabalho provoca.

Através deste estudo pudemos constatar ainda que os EPIS não evitam as principais doenças que afetam o corpo do trabalhador. Ao contrário criou-se uma situação paradoxal, que conseguimos captar, ampliando nosso estudo e que fornece pistas para desmascarar a ideologia da melhoria das condições do corte na região, principalmente em relação ao câncer de pele.

Referências

ALMUSSA, A. **Um estudo das condições de vida e de trabalho e sua relação com a saúde entre trabalhadores rurais do município de sertãozinho/sp.** 2011. 151 f. Dissertação (Mestrado área de conhecimento: Psicologia e Sociedade) - Faculdade de Ciência e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista de Assis, 2011.

ALVES, F. Por que morrem os cortadores de cana? **Saúde e Sociedade**, v. 15, n. 3, p. 90-98, set.-dez. 2006.

_____. Processo de Trabalho e Danos à Saúde dos Cortadores de Cana. **Revista de Gestão Integrada em Saúde do Trabalho e Meio Ambiente**, v.3, n.2, Artigo 2, abr-agosto, 2008.

ARBEX, M.A.; BOHM, G.M.; CONCEIÇÃO G.M.S.; BRAGA, A.L. Assessment of the effects of sugar cane plantation burning on daily counts of inhalation therapy. **J Air Waste Manag Assoc.** 50:1745-1749, abril 2000.

ARBEX, A. M.; CANÇADO, J. E. D.; PEREIRA, L. A. A.; BRAGA, A. L. F.; SALDIVA, P. H. N. Queima de biomassa e feitos sobre a saúde. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, 30, 2, 158-175, fev. 2004.

ARBEX, M. A.; MARTINS, L. C.; OLIVEIRA, R. C de.; PEREIRA, L. A. A.; ARBEX, F. F.; CANÇADO, J. E. D, SALDIVA, P. H.; BRAGA, A. L. F.; **Air pollution from biomass burnig and asthma hospital admissions in a sugar cane plantation área in Brazil.** J Epidemiol Community health. 2007; 61(5): 395-400

BARBOSA, C. M. G., **Avaliação Cardiovascular e Respiratória em um Grupo de Trabalhadores Cortadores de cana de açúcar queimada no Estado de São Paulo.** 2010. 128f. Tese (Doutorado Programa de Pneumologia) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2010.

BARRETO, E. M. T. Acontecimentos que fizeram a história da oncologia no Brasil: Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Revista Brasileira de Cancerologia**, Barretos, v. 51, n. 3, p. 267 - 275, mai. 2005.

BECKER, T. C. A.; BAPTISTA, F.; SOAVE, J. S.; WELER, M. A.; LACERDA, M. A. M. de; ALVES, V. S.; INÁCIO, F. D. Perfil epidemiológico dos portadores de câncer de pele da comunidade dos municípios da região de Campo Mourão. **Saúde e Biologia**, Campos Mourão, v.5, n.1, p.51-58, jan./jun. 2010.

BORDA, J. C.; GOMES, C.; REZENDE, F. **Setor sucroalcooleiro enfrenta uma das maiores crises da história.** G1, São Paulo, 22 jul. 2014. Disponível em: <g1.globo.com/jornal-da-globo/noticia/2014/07/setor-sucroalcooleiro-enfrenta-uma-das-maiores-criises-da-historia.html>. Acesso em: 31 ago. 2014.

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Vigilância à Saúde do Trabalhador Canavieiro (VISAT-CANAVIEIRO).** CVS. Disponível em:

<http://www.cvs.saude.sp.gov.br/prog_det.asp?te_codigo=19&pr_codigo=10>. Acesso em 13 jul. 2014.

CEZAR-VAZ, M. R; BONOW, C. A; PIEXAK, D.R; KOWALCZYK, S; VAZ, J. C; BORGES, A.M. Câncer de pele em trabalhadores rurais: conhecimento e intervenção de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem Usp**, Rio Grande do Sul, v. 49, n. 4, p. 564-571. 2015

CGEE. Centro de Gestão e Estudos Estratégicos. **Bioetanol de cana-de-açúcar: Energia para o Desenvolvimento Sustentável**. Organização BNDS; CGEE: Rio de Janeiro, 2008.

COMPANHIA DE TECNOLOGIA DE SANEAMENTO AMBIENTAL – CETESB [página na Internet]. Secretaria de Estado do Meio Ambiente, 1996-2007 [citado em setembro de 2007]. Disponível em: <http://www.cetesb.sp.gov.br/Ar/ar_saude.asp>. Acesso em: 09 de março de 2016. **Caderno Saúde Pública** [periódico na Internet], dezembro 2006, 22(12):)

DIAS, E. C. Condições de vida, trabalho, saúde e doenças dos trabalhadores rurais no Brasil. **Saúde do trabalhador rural – RENAST**, 2006. Disponível em: <http://www.medicina.ufmg.br/dmps/2006/saude_trabalhador_rural.pdf>. Acesso em: 9 jul. 2014.

FARIA, I. D. **Saúde mental e trabalho rural no processo de reestruturação produtiva de uma empresa do setor sucroalcooleiro em minas gerais – Brasil**. 2012. 137f. Dissertação (Mestrado área de concentração em Saúde do Trabalho) Universidade Federal e Minas Gerais, 2012.

FETAESP - Federação dos Trabalhadores na Agricultura do Estado de São Paulo | Desenvolvido por: Guteweb, 2011. Disponível em: <<http://www.fetaesp.org.br/fetaesp/index.php/component/content/category/8-a-fetaesp>>. Acesso em: 13 Dez. 2015

Grivicich, I.; Regner, A.; Rocha, B. R. Morte Celular por Apoptose. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 53, n. 3, p. 335-343, jan. 2007

GALBIERI, R; SIMÕES, A. F. Impactos socioambientais da mecanização da lavoura da cana de açúcar no Brasil. **Revista de desenvolvimento econômico**, Salvador, v. 15, n. 27, p. 89 - 95, Jun. 2013.

IBGE. **São Paulo: Américo Brasiliense**. Cidades@. Disponível em: <cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=350170&search=||infoгр%E1ficos:-informa%E7%F5es-completas>. Acesso em: 09 jul. 2014

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Coordenação de prevenção e vigilância. **Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2014.

LANGOWSKI, E. **Queima da cana: Uma prática usada e abusada**. 2007.

LINARD, A. G; SILVA, F. A. D; SILVA, R. M. da. Mulheres submetidas a tratamento para o câncer do colo uterino – percepção de com o enfrentam a realidade. **Revista brasileira de cancerologia**, Ceará, v. 48, n. 4, p. 493 – 498. 2002.

MAIA, M.; MAEDA, S. S.; MARÇON, C. Correlação entre fotoproteção e concentrações de 25 hidroxí-vitamina D e paratormônio. **Anais Brasileiro de Dermatologia**, São Paulo, v. 82, n.3, p. 233-237, jul. 2007.

MAIMOME MAQUETES. **Maquete usina Santa Cruz**. Disponível em: <<http://www.maquetes.arq.br/maquete-usina-santa-cruz.html>>. Acesso em: 09 jul. 2014.

MARX, K. ENGELS, F. **A Ideologia Alemã**. 2. Ed. São Paulo: Martins Fonte, 1998.

MAURO, C. C. **Queimadas E Saúde: Uma Investigação Entre Faltas Escolares E Incidência Das Queimadas Da Cana- De-Açúcar No Município De Araraquara**. 2012, 99f. Tese (Desenvolvimento Regional e Meio ambiente) – Centro Universitário de Araraquara, Uniara, 2012.

MENEGAT, R. P.; FONTANA, R. T. Condições de trabalho do trabalhador rural e sua interface com o risco de adoecimento. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, Rio Grande do Sul, v. 9, n. 1, p. 52 - 59, Jan/Mar. 2010.

MENEZES, A. M.; SILVA, S. M.; COVER, M. Os impactos da mecanização da colheita de cana-de-açúcar sobre os trabalhadores migrantes. **Ideias Unicamp**, Campinas, v.2, n. 1, p. 59 – 87, nova série, 1º semestre. 2011.

OKUNO, E.; VILELA, M. A. C. **Radiação ultravioleta: características e efeitos**. 1. ed. São Paulo: Editora Livraria da Física, 2005.

PAIVA, L. R.; ROBERTO, C. **Crise no setor sucroenergético: "O tempo fechou as vezes"**. Cana Online. 2014. Disponível em: <<http://www.canaonline.com.br/conteudo/crise-no-setor-sucroenergeticoo-tempo-fechou-de-vez.html#.VAO0WPnlZy4>>. Acesso em: 31 ago. 2014.

POPIM, R. C.; CORRENTE, J. E.; MARINO, J. A. G.; SOUZA, C. A. de. Câncer de pele: uso de medidas preventivas e perfil demográfico de um grupo de risco na cidade de Botucatu. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 4, p. 1131 - 1136. 2008.

PORTAL NOSSO SÃO PAULO. **Municípios de São Paulo**. Disponível em: <<http://www.nossosaopaulo.com.br/MunicipiosDeSaoPaulo.htm>>. Acesso em: 09 jul. 2014.

PREFEITURA MUNICIPAL DE AMÉRICO BRASILIENSE. Mapas e ruas. Disponível em: <http://www.americobrasiliense.sp.gov.br/site/?page_id=1841>. Acesso em : 09 jul. 2014.

RIBEIRO, C. **Cosmetologia Aplicada a Dermoestética**. 2. ed. São Paulo: Phamaboks, 2010.

SACHUK, M.I.; SILVA, P.R. Estudo das mudanças na ergonomia e qualidade de vida no trabalho no ajuste da carreira de ex-cortadores de cana de açúcar da região noroeste do Estado do Paraná. In: VIII CONVIBRA ADMINISTRAÇÃO – **Congresso Virtual Brasileiro de Administração**, 2010. Disponível em: <www.convibra.com.br>. Acesso em: 30 ago. 2015.

SANTOS, E.T.A. **Educação Ambiental na Escola: Conscientização da Necessidade de Proteção da Camada de Ozônio**. 2007. 51f. Monografia apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Educação Ambiental. Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), 2007

SANTOS, J. O. dos; SANTOS, A. R.; SOUZA, S. O. de; LIMA, L. L. de; COSTA, E. F. da; OLIVEIRA, P. T. M. S. de. Avaliação do nível de informação quanto à prevenção do câncer de pele em trabalhadores rurais do município de Lagarto, Sergipe. In: **Congresso de pesquisa e inovação da rede norte nordeste de educação tecnológica**, 2., 2007, João Pessoa. 2007.

SCOPINHO, R. A.; EID, F.; VIAN, C. E. F.; SILVA, P. R. C. da. Novas tecnologias e saúde do trabalhador: a mecanização do corte de cana de açúcar. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p.147-161, jan-mar, 1999.

SCOPINHO, R. A. Qualidade total, saúde e trabalho: uma análise das empresas sucroalcooleiras paulistas. **Revista de Administração Contemporânea**, Curitiba, v.4, n.1, p.93-112, jan./abr. 2000.

SCOPINHO, R. A. **Vigiando a vigilância: saúde e segurança no trabalho em tempos de qualidade total**. 1. ed. São Paulo: Annablume, 2003.

SESVESP. Sindicato das Empresas de Segurança Privada, Segurança Eletrônica e Cursos de Formação do Estado de São Paulo. **Mapa de localização**. Disponível em: <http://www.sesvesp.com.br/contrate_comissao_mapa.cfm?codigo=2>. Acesso em: 09 jul. 2014.

SGARBI, F. C.; CARMO, E. D; ROSA, L. E. B. Radiação ultravioleta e carcinogênese. **Revista Ciência Médica**, Campinas, v. 16, n. 4 - 6, p. 245 - 250, jul/dez. 2007.

SILVA, M. A. de M. **Errantes do fim do século**. São Paulo: Unesp, 1999.

SILVA, M. A. M. A degradação social do trabalho e da natureza no contexto da monocultura canavieira paulista. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 12, n. 24, p. 196 - 240, maio./ago. 2010.

SILVA, M. A. M. O trabalho oculto nos canaviais paulistas. **Perspectivas**, São Paulo, v. 39, p. 11-46, jan./jun. 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. Análise de dados das campanhas de prevenção ao câncer da pele promovida pela Sociedade Brasileira de Dermatologia de 1999 a 2005. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 6, p. 533 - 539, nov/dez. 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. **Câncer de pele**. Portal da Sociedade Brasileira de Dermatologia. Disponível em: <<http://www.sbd.org.br/doencas/cancer-da-pele/>>. Acesso em: 22 fev. 2014.

TEIXEIRA, G. S; SALATA, R. Velhos dilemas, novos desafios: Novas formas de trabalho, terceirização e representação sindical no meio rural paulista. **Caderno de campo. Programa de pós graduação em ciências sociais**. Araraquara, n.17, p. 103- 112, 2013.

VERGINIO, C.J. **Trabalhadores empregados na colheita da cana-de-açúcar: uma análise da condição de segurança alimentar**. 2011.146f. Tese (Desenvolvimento Regional e Meio ambiente) – Centro Universitário de Araraquara, Uniara, 2011.

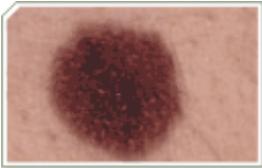
ANEXO A – Representação gráfica do método ABC para o autoexame das pintas e sinais no corpo e para diagnosticar o tipo de câncer de pele.

ASSIMETRIA

Assimétrico: Maligno

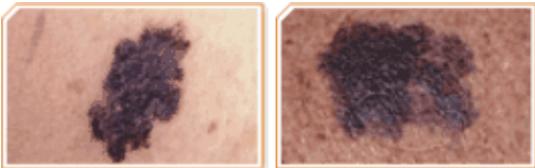


Simétrico: Benigno

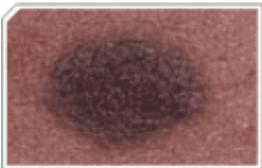


BORDA

Borda irregular: maligno

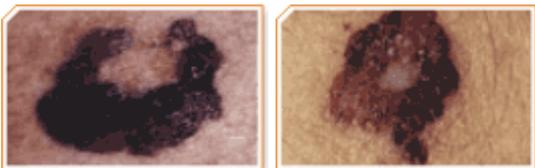


Borda regular: benigno



COR

Dois tons ou mais: maligno



Tom único: Benigno

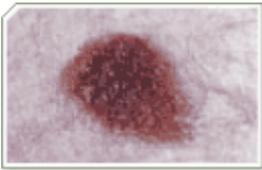


DIMENSÃO

Superior a 6mm: provavelmente maligno



Inferior a 6mm: provavelmente benigno



FONTE: Sociedade Brasileira de Dermatologia. Disponível em: <http://www.sbd.org.br/doencas/cancer-da-pele/>acesso> em: 22/06/2014.

ANEXO B – Quadros representando o aumento da incidência de câncer de pele em várias regiões do país no ano de 2014.

Tabela 8: Estimativas para o ano de 2014 das taxas brutas de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos de câncer, segundo sexo e localização primária (INCA, 2014).

Localização Primária da Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos							
	Homens				Mulheres			
	Estados		Capitais		Estados		Capitais	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Próstata	68.800	70,42	17.540	82,93	-	-	-	-
Mama Feminina	-	-	-	-	57.120	56,09	19.170	80,67
Colo do Útero	-	-	-	-	15.590	15,33	4.530	19,20
Traqueia, Brônquio e Pulmão	16.400	16,79	4.000	18,93	10.930	10,75	3.080	13,06
Cólon e Reto	15.070	15,44	4.860	22,91	17.530	17,24	5.650	23,82
Estômago	12.870	13,19	2.770	13,07	7.520	7,41	2.010	8,44
Cavidade Oral	11.280	11,54	2.220	10,40	4.010	3,92	1.050	4,32
Laringe	6.870	7,03	1.460	6,99	770	0,75	370	1,26
Bexiga	6.750	6,89	1.910	8,91	2.190	2,15	730	2,97
Esôfago	8.010	8,18	1.460	6,76	2.770	2,70	540	0,00
Ovário	-	-	-	-	5.680	5,58	2.270	9,62
Linfoma de Hodgkin	1.300	1,28	410	5,72	880	0,83	420	8,64
Linfoma não Hodgkin	4.940	5,04	1.490	6,87	4.850	4,77	1.680	7,06
Glândula Tireoide	1.150	1,15	470	1,76	8.050	7,91	2.160	9,08
Sistema Nervoso Central	4.960	5,07	1.240	5,81	4.130	4,05	1.370	5,81
Leucemias	5.050	5,20	1.250	5,78	4.320	4,24	1.250	5,15
Corpo do Útero	-	-	-	-	5.900	5,79	2.690	11,24

Pele Melanoma	2.960	3,03	950	4,33	2.930	2,85	1.150	4,57
Outras Localizações	37.520	38,40	9.070	42,86	35.350	34,73	8.590	36,49
Subtotal	203.930	208,77	51.100	241,30	190.520	187,13	58.710	248,46
Pele não Melanoma	98.420	100,75	19.650	92,72	83.710	82,24	22.540	95,26
Todas as Neoplasias	302.350	309,53	70.750	334,08	274.230	269,35	81.250	343,85
* Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10								

FONTE: INCA, 2014

Tabela 9 mostra a incidência de câncer de pele na Região Sudeste.

Tabela 9 - Estimativas para o ano de 2014 das taxas brutas de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária. (INCA, 2014)

Localização Primária da Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos							
	Homens				Mulheres			
	Estados		Capitais		Estados		Capitais	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Próstata	35.980	88,06	10.360	104,03	-	-	-	-
Mama Feminina	-	-	-	-	30.740	71,18	10.830	96,76
Colo do Útero	-	-	-	-	4.370	10,15	1.550	13,76
Traqueia, Brônquio e Pulmão	7.580	18,51	2.070	20,81	4.960	11,48	1.610	14,44
Cólon e Reto	9.270	22,67	3.090	30,98	10.590	24,56	3.150	28,13
Estômago	6.130	14,99	1.370	13,76	3.540	8,20	1.040	9,21
Cavidade Oral	6.320	15,48	1.250	12,56	2.110	4,88	530	4,80
Laringe	3.750	9,17	730	7,46	240	0,55	180	1,57

Bexiga	4.090	10,00	1.200	12,02	1.090	2,55	400	3,56
Esôfago	3.860	9,45	780	7,82	1.230	2,86	250	2,22
Ovário	-	-	-	-	2.840	6,58	1.190	10,58
Linfoma de Hodgkin	580	1,41	180	10,58	460	1,08	210	15,66
Linfoma não Hodgkin	2.540	6,21	780	7,79	2.790	6,47	930	8,38
Glândula Tireoide	170	0,43	210	2,01	3.410	7,89	1.250	11,14
Sistema Nervoso Central	2.150	5,28	650	6,55	1.980	4,60	640	5,71
Leucemias	2.210	5,42	580	5,77	1.940	4,50	620	5,58
Corpo do Útero	-	-	-	-	3.280	7,58	1.860	16,60
Pele Melanoma	1.310	3,19	530	5,32	1.510	3,49	750	6,70
Outras Localizações	16.430	40,21	4.530	45,49	17.270	39,99	4.740	42,43
Subtotal	102.370	250,51	28.310	284,07	94.350	218,55	31.730	283,78
Pele não Melanoma	54.540	133,48	14.850	148,98	48.470	112,28	17.860	159,69
Todas as Neoplasias	156.910	383,97	43.160	433,07	142.820	330,82	49.590	443,51
* Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10								

Fonte: INCA, 2014

Quadro 10 mostrando a estimativa de casos novos de câncer de pele melanoma em homens e mulheres no ano de 2014.

Quadro 10 - Estimativa do número de casos novos de câncer (exceto de pele não melanoma) para o ano de 2014, homens e mulheres, Brasil

• Casos Novos: 394.450
• 48 % - Homens: 190.580
• 52% - Mulheres: 203.930
• Casos novos com pele não melanoma: 576.580

Fonte: MS/INCA/ Estimativa de Câncer no Brasil, 2013 MS/INCA/CGPV/Divisão de Vigilância e Análise de Situação.

Quadro 11 mostrando a estimativa de novos casos de câncer de pele melanoma em mulheres no ano de 2014.

Quadro 11 - Estimativa do número de casos novos, em mulheres, Brasil, 2014

Localização	Casos Novos	%
Primária		
Mama feminina	57.120	20,8%
Cólon e Reto	17.530	6,4%
Colo do útero	15.590	5,7%
Traqueia, Brônquio e Pulmão	10.930	4,0%
Glândula Tireoide	8.050	2,9%
Estômago	7.520	2,7%
Corpo do útero	5.900	2,2%
Ovário	5.680	2,1%
Linfoma não-Hodgkin	4.850	1,8%
Leucemias	4.320	1,6%
Sistema Nervosos Central	4.130	1,5%
Cavidade Oral	4.010	1,5%
Pele Melanoma	2.930	1,1%
Esôfago	2.770	1,0%
Bexiga	2.190	0,8%
Linfoma de Hodgkin	880	0,3%
Laringe	770	0,3%
Todas as Neoplasias sem pele*	190.520	
Todas as Neoplasias	274.230	

*Todas as neoplasias, exceto pele não melanoma.

Fonte: MS/INCA/ Estimativa de Câncer no Brasil, 2013 MS/INCA/CGPV/Divisão de Vigilância e Análise de Situação.

Quadro 12 mostrando a estimativa de novos casos de câncer de pele melanoma em homens o ano de 2014.

Quadro 12 - Estimativa do número de casos novos, em homens, Brasil, 2014

Localização Primária	Casos Novos	%
Próstata	68.800	22,8%
Traqueia, Brônquio e Pulmão	16.400	5,4%
Cólon e Reto	15.070	5,0%
Estômago	12.870	4,3%
Cavidade Oral	11.280	3,7%
Esôfago	8.010	2,6%
Laringe	6.870	2,3%
Bexiga	6.750	2,2%

Leucemias	5.050	1,7%
Sistema Nervoso Central	4.960	1,6%
Linfoma não-Hodgkin	4.940	1,6%
Pele Melanoma	2.960	1,0%
Linfoma de Hodgkin	1.300	0,4%
Glândula Tireoide	1.150	0,4%
Todas as Neoplasias sem pele*	203.930	
Todas as Neoplasias	302.350	

*Todas as neoplasias exceto pele não melanoma.

Fonte: MS/INCA/ Estimativa de Câncer no Brasil, 2013 MS/INCA/CGPV/Divisão de Vigilância e Análise de Situação.

Quadro 13 mostrando os casos novos de câncer de pele segundo o sexo na região sudeste no ano de 2014.

Quadro 13 - Estimativa do número de casos novos, segundo sexo, Região Sudeste, 2014

Masculino		
Localização	Casos Novos	%
Primária		
Próstata	35.980	22,9%
Cólon e Reto	9.270	5,9%
Traqueia, Brônquio e Pulmão	7.580	4,8%
Cavidade Oral	6.320	4,0%
Estômago	6.130	3,9%
Bexiga	4.090	2,6%
Esôfago	3.860	2,5%
Laringe	3.750	2,4%
Linfoma não-Hodgkin	2.540	1,6%
Leucemias	2.210	1,4%
Sistema Nervoso Central	2.150	1,4%
Pele Melanoma	1.310	0,8%
Linfoma de Hodgkin	580	0,4%
Glândula Tireoide	170	0,1%
Todas as Neoplasias sem pele	102.370	
Todas as Neoplasias	156.910	

Feminino

Localização	Casos Novos	%
Primária		
Mama feminina	30.740	21,5%
Cólon e Reto	10.590	7,4%
Traqueia, Brônquio e Pulmão	4.960	3,5%
Colo do útero	4.370	3,1%
Estômago	3.540	2,5%
Glândula Tireoide	3.410	2,4%
Corpo do útero	3.280	2,3%
Ovário	2.840	2,0%
Linfoma não- Hodgkin	2.790	2,0%
Cavidade Oral	2.110	1,5%
Sistema Nervoso	1.980	1,4%
Central		
Leucemias	1.940	1,4%
Pele	1.510	1,1%
Melanoma		
Esôfago	1.230	0,9%
Bexiga	1.090	0,8%
Linfoma de Hodgkin	460	0,3%
Laringe	240	0,2%
Todas as Neoplasias	94.350	
sem pele		
Todas as Neoplasias	142.820	

*Todas as neoplasias exceto pele não melanoma.

Fonte: MS/INCA/ Estimativa de Câncer no Brasil, 2013 MS/INCA/CGPV/Divisão de Vigilância e Análise de Situação.

ANEXO C – Formulário das questões

Nome: _____

Sexo: _____ Idade: _____

Raça/ Cor da pele: _____

(autoidentificação)

1) No seu trabalho você recebe orientação para a proteção em relação ao sol?

 Sim Não

Que tipo de orientação? _____

2) Quais as principais doenças que ocorrem como consequência do corte da cana? Cite 3.

3) Quais das doenças do corte da cana você considera a mais grave? Porque?

4) Você considera que há riscos de câncer de pele para quem trabalha no corte da cana?

 Sim Não

Porque: _____

5) A usina oferece EPI apropriado a proteção contra o câncer de pele?

() Sim

() Não

Quais? _____

6) Você toma algum tipo de cuidado para evitar o câncer de pele?

() Sim

() Não

Qual? _____

7) Descreva as vestimentas que você usa nesse trabalho.

