

SAÚDE, PANDEMIA E POVOS DO CAMPO: análises a partir de um projeto de extensão

Luiz Paulo Ribeiro¹

Álida Angélica Alves Leal²

Maria de Fátima Almeida Martins³

Resumo

O objetivo geral deste artigo consiste em (re)conhecer as repercussões da pandemia do COVID-19 na saúde (prática social e política pública) de sujeitos e comunidades do campo nas quais alunos/as do curso de Licenciatura em Educação do Campo da Faculdade de Educação da Universidade Federal de Minas Gerais (LECampo/FaE/UFMG) trabalham e/ou residem. Esta pesquisa está articulada ao projeto de extensão “Povos do Campo e a pandemia do COVID-19”, criado em abril de 2020. Os caminhos metodológicos da investigação consistiram na aplicação de questionários com questões fechadas e abertas, respondidos por 36 estudantes na primeira etapa (final de abril/início de maio de 2020) e por 46 estudantes na segunda etapa (meados de julho de 2020). Os dados foram analisados através da análise de conteúdo e foram construídas categorias em diálogo com alguns princípios do SUS: a) práticas de saúde frente à pandemia; b) acesso e divulgação de informações; c) ações em saúde pública, que contemplou o acesso a serviços de saúde, o atendimento sistêmico e o estabelecimento de prioridades e d) relação campo-cidade. Com a interiorização do Covid-19, ficou evidente a fragilidade no sistema de saúde com centralização nos centros urbanos, evidenciando a precarização histórica dos atendimentos nas cidades pequenas e no campo. Entre outros resultados, há persistência do reduzido acesso às políticas públicas, especialmente de saúde, por povos do campo no país. Ressalte-se o lugar da luta pela Educação do Campo como estratégia em defesa da valorização dos trabalhadores rurais, da agricultura familiar, das formas de vida e desenvolvimento camponês.

Palavras-chave: Saúde; Campesinato; Pandemia; Educação do Campo.

¹ Psicólogo, Mestre em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência, Doutor em Educação. Atua como professor adjunto A2 na Faculdade de Educação da UFMG. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4278-7871> E-mail: luizribeiro@live.com

² Doutora em Educação pelo Programa de Pós Graduação Conhecimento e inclusão social na Faculdade de Educação da Universidade Federal de Minas Gerais. Professora da Faculdade de Educação da UFMG (Departamento de Métodos e Técnicas de Ensino - Geografia). Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9244-3404> E-mail: alidaufmg@gmail.com

³ Doutorado em Geografia (Geografia Humana) pela Universidade de São Paulo. Professora Titular da Universidade Federal de Minas Gerais. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9244-3404> E-mail: falmartins.ufmg@gmail.com

HEALTH, PANDEMIC AND RURAL PEOPLE: analyzes from an extension project

Abstract

This paper was interested in knowing the repercussions of the COVID-19 pandemic on the health (social practice and public policies) of subjects and communities in the field in which students of rural education degree courses of the Faculty of Education Federal University of Minas Gerais (LECampo / FaE / UFMG) work and / or reside. This research is linked to the extension project “Peasantry and the COVID-19 pandemic”, created in April 2020. The research methods consisted of the application of surveys with closed and open questions, answered by 36 students in the first stage (end of April / beginning of May 2020) and by 46 students in the second stage (mid-July 2020). The data were analyzed through content analysis and categories were constructed in dialogue with some SUS principles: a) health practices in the face of the pandemic; b) access and disclosure of information; c) public health actions, which included access to health services, systemic care and the establishment of priorities, and d) the country-city relationship. With the internalization of Covid-19, the fragility in the health system with centralization in urban centers became evident, evidencing the precarious historical assistance in small towns and in the countryside. Among other results, the reduction of access to public policies, especially health, by the rural population of the country persists. The fight for ‘Educação do Campo’ is emphasized as a strategy in defense of the valorization of rural workers, family agriculture, ways of life and rural development.

Keywords: health; peasantry; pandemic; rural education.

SALUD, PANDEMIA Y POBLACIONES RURALES: análisis desde un proyecto de extensión

Resumen

El objetivo de este artículo es (re) conocer las repercusiones de la pandemia COVID-19 en la salud (práctica social y de políticas públicas) de sujetos y comunidades en el ámbito en el que se encuentran estudiantes de la Licenciatura en Educação do Campo de la Facultad de Educación Universidad Federal de Minas Gerais (LECampo / FaE / UFMG) trabajar y / o residir. Esta investigación está vinculada al proyecto de extensión “Pueblos del campo y la pandemia de COVID-19”, creado en abril de 2020. Los métodos de la investigación consistieron en la aplicación de encuestas con preguntas cerradas y abiertas, respondidas por 36 estudiantes en la primera etapa. (finales de abril / principios de mayo de 2020) y por 46 estudiantes en la segunda etapa

(mediados de julio de 2020). Los datos se analizaron mediante análisis de contenido y se construyeron categorías en diálogo con algunos principios del SUS: a) prácticas de salud ante la pandemia; b) acceso y divulgación de información; c) acciones de salud pública, que incluyeron el acceso a los servicios de salud, la atención sistémica y el establecimiento de prioridades, y d) la relación país-ciudad. Con la interiorización del Covid-19, se hizo evidente la fragilidad en el sistema de salud con centralización en los centros urbanos, evidenciando la precaria asistencia histórica en pequeños pueblos y en el campo. Entre otros resultados, persiste la reducción del acceso a las políticas públicas, especialmente de salud, por parte de la población rural del país. Se enfatiza la lucha por la Educação do Campo como estrategia en defensa de la valorización de los trabajadores rurales, la agricultura familiar, las formas de vida y el desarrollo rural.

Palavras-clave: salud; campesinado; pandemia; educación rural.

INTRODUÇÃO

A história do início da pandemia do Covid-19 é partilhada e conhecida, uma doença provocada pelo SARS-CoV-2, identificada pela primeira vez em Wuhan, na China (RIBEIRO *et al.*, 2020; AMIRI e AKRAN, 2020; SRA, SANDHU e SINGH, 2020). De contágio acelerado, essa doença rapidamente ampliou este raio ao redor do mundo, principalmente por não terem sido cessadas as formas de circulação de pessoas, especialmente por via aérea. Após a configuração de uma situação pandêmica pela Organização Mundial de Saúde (OMS), surgiu a necessidade de reconhecer as repercussões do Covid-19 em diferentes âmbitos.

Em 05/05/2020, em um boletim da Fiocruz (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2020), pesquisadores alertaram, a partir da análise dos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que a doença ganhava uma tendência à interiorização. Pensando a partir da primeira ocorrência no Brasil, em São Paulo, no mês de fevereiro de 2020, o processo de interiorização aconteceu rapidamente, bastando apenas dois meses para chegar a essas cidades. Dois aspectos merecem destaque nesse processo: a velocidade do contágio e, associado a este, e de forma inversa, as medidas de controle social.

Como indicado pela OMS, as medidas de isolamento social vêm sendo as mais eficazes até que se encontre a vacina.

Pensando ainda que, no momento, a relação entre espaço-tempo torna-se crucial para o controle da doença e de seu espalhamento e, entendendo que o isolamento social tem sido a medida mais assertiva, esta redefine os usos dos espaços e tempos, implicando num reordenamento da vida social. Para compreender o evento da pandemia a partir de como ele vem demarcando espacialmente as coisas e as relações no mundo, recorreremos a Milton Santos (1996) quando remete à territorialidade como um acontecer histórico e que:

[...] em cada momento, há sempre um mosaico de subespaços, cobrindo inteiramente a superfície da terra e cujo desenho é fornecido pelo curso da história: a escala deixa de ser uma noção geométrica para ser condicionada pelo tempo. (SANTOS, 1996, p. 133)

Por ser o processo pandêmico de alcance generalizado, poderíamos falar de algo democrático, porém, o que se tem é um processo revelador das fraturas sociais e das desigualdades quanto ao acesso aos serviços de saúde para a população mais vulnerável ao redor do mundo. Por outro lado, se pensarmos na relação campo-cidade e, tendo a doença adentrado para as médias e pequenas cidades e para o campo, a pandemia evidencia como a distribuição desses serviços é centralizada nas grandes e médias cidades.

Com o trânsito contínuo de contágio em direção aos interiores (MARTINUCI, LIMA, *et al.*, 2020), observamos a ausência de garantias de atenção à saúde, em sua integralidade e especificidade, especialmente nas cidades menores, em sua maioria, desprovidas de uma estrutura de saúde. A título de exemplo, citamos a inexistência, nessas localidades, de um respirador artificial, equipamento essencial nos casos mais graves da doença.

Com a exigência de uma estrutura hospitalar complexa que, em grande medida, só é encontrada e instalada nas zonas urbanas, como nas metrópoles e nas cidades polos regionais, as pequenas cidades e o campo ficam descobertos, ou, por assim dizer, cria-se uma dependência necessária da rede de

atendimentos dos grandes centros, que, por sua vez e de alguma forma, são impactados.

De forma estrita, observando o estado de Minas Gerais, lócus deste estudo, localizado na região Sudeste do Brasil, Batella e Miyazaki (2020) dizem que o estado é um dos maiores do país em extensão e população (cerca de 20 milhões de habitantes) e que se estrutura como a unidade da federação que mais possui municípios (853 cidades) com diferentes portes demográficos e importâncias em suas regiões. Ademais, não se pode negar que grande parte dos municípios mineiros tem uma intrínseca relação com o campo e as ruralidades, seja pela história de sua configuração do campo, com presença importante da agricultura familiar, seja pela ligação com a produção de *comodities*.

Tendo tais aspectos em vista, este artigo propõe-se a fazer um reconhecimento de questões atinentes à pandemia em um contexto específico, a partir de dados coletados em um projeto de extensão, possibilitando respostas à seguinte pergunta: como a saúde (como prática social e como acesso à políticas públicas) dos povos do campo e suas comunidades foram afetadas pela pandemia? Nossa hipótese inicial é de que este é um desafio mais acentuado para os sujeitos do campo por demandar novas organizações e dinâmicas para a vida social.

SAÚDE E POPULAÇÕES DO CAMPO

Falar de saúde vai muito além de apenas uma superação dos estados de adoecimento. A exemplo disso, ressaltamos o conceito de saúde proposto pela Organização Mundial de Saúde como “a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity⁴” (Unsupported source type (DocumentFromInternetSite) for source Wor06.).

⁴ Tradução nossa: Um completo estado de bem estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade.

Ou seja, é um conceito que abarca concepções multidimensionais, diferentes estratégias e formas de produzir saúde. Isso engloba desde as técnicas mais avançadas de tratamento e cirurgia até as diferentes culturas, as estratégias - que podem ser coletivas ou individuais - e os diferentes marcos legais dos países, regiões e comunidades em relação à produção de saúde.

A saúde, no Brasil, constitui-se como política pública logo após o processo de redemocratização nos anos 1980, a partir de uma Constituição considerada cidadã (BRASIL, 1988), fruto de um movimento de luta pela reforma sanitária brasileira. Assim, superou um modelo assistencial restrito para propor uma saúde como um direito social, para todos. (MACHADO *et al.*, 2007).

Embora a promulgação da saúde como direito social seja um passo importante para uma mudança de modelo assistencial em saúde pública, isto só ganha formato a partir da Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990), que institui e organiza o Sistema Único de Saúde (SUS) e coloca princípios para seu funcionamento como: a universalidade de acesso, a integralidade de assistência, a igualdade de assistência, o direito à informação, a participação e descentralização político-administrativa, entre outros.

É justamente a partir desses princípios que começamos a discutir como as populações do campo no Brasil possuem especificidades nas suas formas de produzir saúde e como a política pública de saúde está para esses sujeitos e comunidades, em específico, no percurso da Pandemia do Coronavírus. Isso por que, como afirma Ribeiro (2013), toda a gama de questões relacionadas às ordens socioculturais (valores, crenças, hábitos), políticas e econômicas configura-se como condicionante de saúde, incidindo em formas de produzi-la, pois possui intrínsecas relações entre o ambiente (onde se vive), a sustentabilidade (como se vive) e a produção da vida (para que se vive).

Podemos dizer que as populações do campo no Brasil são múltiplas, dado o percurso histórico de ocupação e a extensão do território brasileiro, os diferentes relevos e solos e as tensões entre capital-trabalho-terra verificáveis em todos os cantos do país. Sendo assim, é preciso ressaltar a importância de

entender as características de vida desses sujeitos para que seja possível promover a saúde, garantindo a integralidade, a universalidade e a participação diante dos seus condicionantes.

Uma das formas de se reconhecer isso é através da Política Nacional de Saúde Integral das populações do campo e da floresta, promulgada pela portaria ministerial 2.866 de 2 de dezembro de 2011 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013), que instituiu no SUS problematizações e ações para com essas populações, ao reconhecer que:

Apesar das melhorias recentes, o Brasil ainda apresenta iniquidades na distribuição da riqueza, com amplos setores de sua população vivendo em condições de pobreza que não lhes permitem o acesso às mínimas condições e aos bens essenciais à sua saúde. No entanto é preciso compreender que a pobreza não é somente a falta de acesso a bens materiais mas a vulnerabilidade decorrente da ausência de oportunidades e de possibilidades de opção entre diferentes alternativas. A pobreza se manifesta na falta de emprego, de moradia digna, de alimentação adequada, de sistema de saneamento básico, de serviços de saúde, de educação e de mecanismos de participação popular na construção das políticas públicas. Manifesta-se também na ausência de resolução de conflitos, o que agrava mais ainda a violência no campo, assim como na precariedade de relações ambientais sustentáveis. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p. 12)

Assim, de acordo com os dados levantados pelo Ministério da Saúde (2013), é preciso enfrentar algumas situações junto às populações do campo em diferentes âmbitos, como por exemplo: a) a desigualdade da estrutura fundiária brasileira em que os pequenos produtores ocupam apenas 3% de todas as propriedades rurais; b) a dificuldade de acesso à água, uma vez que apenas 32,8% dos domicílios rurais estão ligados à rede de distribuição de água, algo pior ainda quando se trata de captação e tratamento de esgoto, o que incide diretamente no alto índice de parasitoses e verminoses; c) a ausência e, por vezes, ineficiência estrutural das políticas públicas nos pequenos municípios, distritos, comunidades e territórios rurais, que perfazem o não acesso à rede de serviços; d) o adoecimento dos trabalhadores do campo, que possui razões múltiplas, desde as já elencadas acima até o uso indiscriminado de agrotóxicos,

a exploração dos trabalhadores rurais assalariados (por vezes análogo ao trabalho escravo), a ausência de uma política efetiva de apoio a pequenos produtores e, enfatizamos, a ineficiência das estratégias de reforma agrária.

Elencamos aqui apenas alguns dos indicadores que possibilitam verificar a necessidade de atenção à saúde dos povos do campo, dada a complexidade e a gravidade das condições de saúde dessas populações. Ressalte-se que esse compromisso é ressaltado pelo Ministério da Saúde (2013) quando aponta que: “trata-se do compromisso com a promoção da equidade em saúde, assegurando uma ação concreta com o objetivo de buscar soluções para os problemas relacionados à vida e ao processo de trabalho no campo, na floresta e nas águas” (p. 16).

Destacamos aqui a importância da educação na melhoria das condições de vida dos povos do campo, uma das formas de intervir e produzir saúde em diferentes territórios. Neste caminho, encontramos o percurso de luta pela Educação do Campo, que não é apenas uma luta pela educação, ela indica que os povos do campo, ao buscarem uma educação pública, gratuita e de qualidade, acabam por proporcionar práticas, problematizações e outras lutas nas quais pode haver a melhoria da qualidade de vida, das condições de trabalho e, por assim ser, promover saúde. É por isso que compreendemos que, assim como a educação, a saúde é resultado de um processo popular, democrático e social em busca da garantia de direitos.

PERCURSO METODOLÓGICO

Neste momento, é necessário resgatar o objetivo do trabalho: (re) conhecer as repercussões da pandemia do Covid-19 para sujeitos do campo e suas comunidades a partir da análise de dois momentos de um projeto de extensão que tem acontecido como uma das ações de professores, alunos e monitores do curso de Licenciatura em Educação do Campo da Faculdade de Educação da Universidade Federal de Minas Gerais (LECampo FaE/UFMG).

O referido curso é voltado para a formação dos educadores do campo. Um dos princípios consiste em pensar um projeto de escola articulado a um projeto de campo e sociedade, baseado no protagonismo dos sujeitos do campo, respeitando seus modo de vida na relação com os territórios. O curso começou a ser ofertado pela UFMG em 2005 como projeto, em diálogo com o Ministério da Educação (MEC) e movimentos sociais, sendo institucionalizado em 2009. Realiza formação em alternância, com espaços e tempos organizados por meio da articulação entre o Tempo Escola (TE) - período em que os estudantes cursam disciplinas acadêmicas na Universidade em janeiro e julho - e o Tempo Comunidade (TC) - períodos intermediários em que os discentes estão em seus locais de moradia e/ou trabalho, realizando atividades sob acompanhamento de docentes e monitores/as. O currículo é organizado em quatro áreas do conhecimento: Ciências Sociais e Humanidades, Ciências da Vida e da Natureza, Línguas, Arte e Literatura e Matemática.

No âmbito do curso, são realizados diferentes projetos que articulam ensino, pesquisa e extensão, envolvendo docentes, discentes e, também, as comunidades rurais às quais o grupo encontra-se vinculado, com destaque para a participação de sujeitos individuais e coletivos diversos (movimentos sociais, sindicatos, gestores públicos, coletivos, entre outros). Neste artigo, nosso foco está voltado para o projeto de extensão “Povos do Campo e a Pandemia do COVID-19”, criado em abril de 2020, durante o Tempo Comunidade do primeiro semestre, pelo Colegiado do Curso e Núcleo Docente Estruturante (NDE). As atividades do projeto são desenvolvidas em formato remoto e visam à mobilização de sujeitos do campo em torno de ações que tenham como centralidade a discussão sobre importância da luta contra o COVID-19 e, principalmente, o papel da ciência nesse contexto; com socialização e divulgação de informações sobre o tema.

Uma das ações específicas do projeto consistiu na realização de mapeamento e acompanhamento sobre como a pandemia tem afetado os municípios e comunidades de moradia e/ou trabalho dos discentes do Curso. O

intuito consiste em produzir informações acerca do contexto para possíveis intervenções junto aos participantes. Tal ação origina o estudo aqui apresentado, ao abordar um dos aspectos pesquisados: práticas e acesso a serviços de saúde no campo em tempos de pandemia.

A pesquisa é qualitativa e de caráter exploratório, ou seja, um estudo que buscou proporcionar uma familiaridade com o contexto de estudo, sendo uma primeira etapa para se ter uma visão geral acerca de um determinado fato (GIL, 2008). Essa investida foi composta de diferentes ações, com ênfase em um questionário eletrônico enviado aos alunos e alunas via Google Formulários, respondido por aqueles/as que se sentiram à vontade para avaliar as condições e repercussões da pandemia em suas comunidades.

A primeira aplicação de questionários ocorreu no período compreendido entre 20 de abril a 06 de maio de 2020. A segunda aplicação foi realizada entre 13 e 19 de julho de 2020. Em cada um dos relatos, tais períodos são identificados. No momento de aplicação dos questionários, o LECampo contava com 128 (cento e vinte e oito) estudantes. Destes, 40 (quarenta) responderam o primeiro questionário e 51 (cinquenta e um) o segundo.

Os questionários continham perguntas fechadas e abertas organizados em 02 (dois) blocos: a) perfil dos estudantes; b) enfrentamento da pandemia do COVID-19 pelos sujeitos e suas comunidades. Quanto ao tema abordado neste artigo, realizamos os seguintes questionamentos: a) sobre as práticas de saúde, em relação ao Covid-19, o que tem sido feito na sua comunidade? e b) sobre o acesso à serviços de saúde, o que tem sido orientado e efetivado em seu município em relação à Pandemia de COVID-19?

Antes de iniciar a responder o questionário, os participantes do estudo foram apresentados ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que visava explicar a finalidade da pesquisa e solicitar autorização para divulgação dos dados. Da primeira aplicação, 04 (quatro) estudantes não autorizaram a publicação de seus dados e, da segunda vez, 05 (cinco) não autorizaram. Assim,

estão sendo considerados 36 questionários relativos ao primeiro momento e 46 questionários referentes ao segundo momento.

Sobre o perfil dos sujeitos participantes da pesquisa, há respondentes de todas as áreas do conhecimento ofertadas pelo curso, com maior participação das turmas com ingresso mais recente: Ciências Sociais e Humanidades e Língua, Arte e Literatura. Todos os discentes são moradores de comunidades rurais. No primeiro momento, havia respondentes de 15 (quinze) municípios diferentes, enquanto, no segundo momento, houve ampliação para 20 (vinte) municípios. Estes estão localizados, principalmente, nas regiões Noroeste, Norte, Jequitinhonha/Mucuri, Central e Sul de Minas Gerais. Na primeira etapa da investigação, contamos com a participação de 27 (vinte e sete) mulheres, 08 (oito) homens e 01 (um) respondente sem identificação neste quesito. Na segunda etapa, participaram 32 (trinta e duas) mulheres, 10 (dez) homens e 4 (quatro) respondentes sem identificação.

Os dados coletados foram lidos e foi feita a análise de conteúdo categorial (BARDIN, 2011). A análise foi realizada conforme as três etapas sugeridas pela autora, a saber: pré-análise ou organização dos dados coletados; exploração do material em questão (com codificação e categorização dos dados) e tratamento dos resultados por meio de inferência e interpretação. Assim, apresentamos a análise dos dados a partir de categorias construídas em diálogo com alguns princípios do Sistema Único de Saúde brasileiro: a) práticas de saúde frente à pandemia; b) acesso e divulgação de informações; c) ações em saúde pública que foi dividida em acesso a serviços de saúde e o atendimento sistêmico e estabelecimento de prioridades e d) relação comunidade.

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

A) Práticas de saúde frente à Pandemia

Esta primeira categoria contempla as ações adotadas pelos sujeitos participantes da pesquisa a partir do momento em que as informações sobre a disseminação da doença chegam aos lugares, ou seja, práticas de promoção da saúde e prevenção do contágio. Foram ressaltadas as práticas de uso de máscaras, álcool gel, higienização das mãos e, também, o distanciamento social - aqui entendido como uma ação dos sujeitos que repercute diretamente na saúde da coletividade -, bem em conformidade com o que é apontado por Sra, Sandhu e Sindhu (2020) e Thampi et al (2020).

Salientamos que a partir das falas dos participantes identificamos que estas práticas não foram adotadas de maneira uniforme pelos sujeitos, pelas famílias e comunidades investigadas, sendo que mesmo com as mudanças impostas pelo percurso da pandemia - que aqui apontamos como a interiorização dos casos (BATELLA e MIYAZAKI, 2020) e a aproximação dos contextos dos sujeitos pesquisados - não houve mudanças sobre os cuidados profiláticos diante da situação.

As pessoas tem tentado **se distanciar umas das outras**, reforçaram a higienização em suas próprias casas e também em locais públicos. Com o passar dos dias, **as pessoas começaram a utilizar máscaras** quando precisam sair, elas têm sido na maioria feitas em casa ou compradas por alguma costureira conhecida. (sexo feminino, Icaraí de Minas, 1º momento)

Na minha comunidade as únicas medidas que estão sendo tomadas é o isolamento social e a higienização das mãos com álcool gel e/ou água e sabão. Contudo, **essas medidas não estão sendo seguidas por todos**. (sexo feminino, Capelinha, 1º momento)

Principalmente o uso de máscara e **maior rigor na higienização**. (sexo feminino, Rio Pardo de Minas, 2º momento)

Acredito que quase nada em específico. Algumas casas agora tem álcool em gel, **mas não sei se a higienização melhorou e o distanciamento social, permanece nulo**. (sexo feminino, Morro do Pilar, 2º momento)

Nota-se, desde já, que existem diferenças entre as práticas adotadas nos diferentes lugares pesquisados e o percurso das ações de cada lugar/município

durante a pandemia. Isso diz respeito a como a crise pandêmica foi gerida e como os sujeitos vivenciaram suas repercussões nas diferentes localidades. A permanência da nulidade do distanciamento social, conforme indicado na última citação, é exemplo disso, ou seja, nos dois momentos analisados, apesar das práticas de higiene pessoal, as restrições sociais não foram vistas/sentidas/executadas igualmente por todos.

Trazendo outras questões, observamos que se, por vezes, a distância da sede dos municípios⁵ é colocada pelas populações do campo como um problema, no primeiro momento investigado, quando a pandemia havia se instalado, essa mesma distância foi considerada uma solução para garantir o isolamento social, muito embora tenha suscitado tensões, tais como as visitas de amigos e parentes vindos de outras localidades.

Evitar de ir a cidade o máximo possível e de chegar perto das pessoas, sem visitas, sem missa. (sexo feminino, São Thomé das Letras, 1º momento)

As atividades religiosas foram suspensas, botecos (bares) foram fechados e jogos de futebol foram interrompidos por enquanto. **Algumas famílias preferem manter o isolamento mais rígido, sem contato pessoal com vizinho nem parentes.** Outros seguem a rotina normalmente. **A ida até a sede da cidade só é feita quando absolutamente necessária.** (sexo feminino, Rio Pardo de Minas, 1º momento)

A maioria dos moradores estão respeitando o isolamento social, **mas temos algumas famílias em que seus familiares têm vindo visitar mesmo com o pedido que não venham.** (Sexo feminino, Piranga, 1º momento)

Já no segundo momento pesquisado, há mudanças nas práticas, que diferem segundo o município e avaliação dos sujeitos e comunidades diante de suas percepções sobre o avanço da pandemia. Em alguns casos, a partir dos relatos dos participantes, identifica-se o relaxamento do distanciamento social, descumprimento das recomendações e, em outros, a intensificação das ações

⁵ A sede do município corresponde ao núcleo urbano. Geralmente, nestes núcleos urbanos encontram-se os principais serviços públicos do município, agências bancárias etc.

com articulações sociais para ida à cidade e suporte dos sujeitos da comunidade.

Em relação ao Covid-19 na minha comunidade, **apenas o isolamento social está sendo feito**. Contudo apresentando muitas falhas e descumprimento dessa recomendação. Fora isso, nem uma outra prática está sendo feita. (sexo feminino, Icarai de Minas, 2º momento)

Nenhuma novidade, a não se seguir as recomendações que temos informação, como: distanciamento social, uso de máscaras quando ir até a cidade. (sexo feminino, Santo Antônio do Retiro, 2º momento)

Os horários dos comércios estão reduzidos. É obrigatório o uso de máscara. É feito um controle de acesso a cidade sendo realizado a medição de temperatura. (sexo feminino, Jequeri, 2º momento)

As próprias famílias se articulam ao máximo para não sair do quilombo e na necessidade de sair, usam máscaras e periodicamente usam o álcool e ou lavar as mãos e todos itens usados ao sair de casa. As pessoas mais novas intensificaram o cuidado com os idosos para que esses não precisem sair de casa, considerando que os idosos chegam a quase 50% na comunidade. (sexo feminino, Chapada do Norte, 2º momento)

Outro aspecto que chama a atenção a respeito das práticas, embora citado de maneira pontual por participantes da pesquisa, está relacionado a algumas mudanças nos hábitos alimentares e no uso de plantas medicinais visando ao fortalecimento do sistema imunológico para possível enfrentamento do COVID-19. Essa relação entre a alimentação e os fenômenos à mesa campesina foi estudada por Menasche (2010) e essa situação foi constatada em relatos presentes no segundo momento da aplicação dos questionários, talvez pela maior circulação de informações na mídia a esse respeito:

[As pessoas têm] comido frutas, chás que **fortaleça o sistema imunológico** e mantido os devidos cuidados com a higiene! (sexo masculino, São Domingos do Prata, 2º momento)

Estão se protegendo como podem, muitos não saem de casa, estão distantes. Quaisquer sintomas de gripe estão sendo tratados com **plantas medicinais** (sexo feminino, Piranga, 2º Momento)

De outra forma, também verificada, há relatos da ausência de ações, tanto no primeiro momento, quanto no segundo, ou seja, embora exista uma comoção mundial em torno da pandemia do novo Coronavírus, há locais em que há a sensação - e às vezes a realidade - de nada ter sido feito.

Infelizmente na minha zona rural, nada tem sido feito.
(sexo feminino, Morro do Pilar, 1º Momento)

Quase tudo na comunidade está funcionando normalmente, com exceção das igrejas, e a polícia obriga os estabelecimentos a fecharem mais cedo (sexo masculino, Icaraí de Minas, 1º momento)

Nada! Por se tratar de um lugar pequeno com um pouco menos de 2 mil habitantes, **ninguém usa máscaras,** as festas **com muita aglomeração são frequentes** e a polícia enfrenta bastante resistência. (sexo masculino, Icaraí de Minas, 2º momento)

Em minha comunidade, **poucas práticas de saúde em relação ao Covid-19 foram realizadas.** As famílias em sua maioria permanecem visitando os vizinhos, frequentando os bares, não usam máscara na comunidade e álcool em gel e os cultos na igreja evangélica voltaram. (sexo feminino, Capelinha, 2º momento)

Entendemos que uma das possíveis causas do descumprimento das medidas de restrição social e de higiene (THAMPI, LONGTIN, *et al.*, 2020; SRA, SANDHU e SINGH, 2020; AMIRI e AKRAN, 2020) tem estreita relação com a recepção e credibilidade de informações sobre a pandemia e suas formas de enfrentamento. Essas questões são trabalhadas na categoria abaixo.

B) Acesso e divulgação de informações

Resgatamos que, conforme a Lei Orgânica do SUS (BRASIL, 1988), o acesso à informação é um dos princípios organizativos de todo o sistema. Isto vai desde o direito à informação sobre o próprio estado de saúde até a divulgação de informações diversas sobre o acesso a serviços de saúde, epidemiologia do avanço de uma doença e formas de utilização do sistema de saúde disponíveis ao usuário. Ressaltamos que o acesso às informações sobre

prevenção, por exemplo, não significa, necessariamente, a adoção das práticas indicadas pelas autoridades de saúde.

Entretanto, o não acesso às informações consistentes e reais pode incidir na adoção de práticas sem resultados concretos, como na creditação das ações profiláticas, principalmente em um estado declarado de pandemia. Garcia e Duarte (2020) apontam que em conjunto com a pandemia houve uma 'infodemia', devido a existência de uma profusão de informações sobre medidas profiláticas - assim como rumores, desinformação e *fake news* - que influenciaram e interferiram diretamente no curso dos contágios no mundo.

Apesar de todas as informações de precauções circulando pelos veículos de comunicação (TV, redes sociais), as práticas de saúde na minha comunidade estão preocupantes. Muitos não estão em isolamento nem fazendo uso de máscaras. Por ser uma comunidade pequena, de sujeitos humildes, muitos se deixam levar pelas informações erradas, e acreditam que tudo isso seja uma mentira da mídia. **A falta de informações concretas leva as pessoas a se descuidarem.** (sexo feminino, Icaraí de Minas, 1º Momento)

As orientações são as mesmas feitas pelo Ministério da Saúde, porém na prática, **o povo, em sua maioria, não está respeitando nada.** (sexo masculino, Icaraí de Minas, 1º Momento)

Notamos que, no percurso da Pandemia, as redes sociais e os veículos de comunicação (televisão, rádio) foram tomados de informações sobre o avanço do vírus, ações de prevenção e número de mortes. Tais informações têm diferentes origens, incluindo autoridades de saúde, gestores públicos, líderes religiosos e, no caso do campo, também sindicatos e cooperativas, conforme relatado:

Cada um por si busca seguir as recomendações do Ministério da Saúde. **Tendo em vista que muitos não acreditam na pandemia e não segue a nenhuma orientação**, continua vivendo como antes. No entanto a igreja e cooperativa da comunidade busca alertar sobre a importância de seguir as medidas de prevenção do Covid 19. (sexo feminino, Rio Pardo de Minas, 2º momento)

Pouco se fala na comunidade sobre a orientação com relação a Pandemia. Normalmente vemos pessoas fazendo essas orientações por **redes sociais**, mas nem todos tem

esse acesso. Então essa orientação só chega **através da TV**. Com relação a Pandemia de Covid-19, fala-se da importância do uso de máscaras e do isolamento, mas não é efetivado na comunidade. (sexo feminino, Rio Pardo de Minas, 2º momento)

Entretanto, o que chama a atenção a partir das respostas dos sujeitos pesquisados é que há diferenças significativas entre os dois momentos da pesquisa - algo que pode estar relacionado à aproximação dos casos com as comunidades e a interiorização da doença. Se, num primeiro momento, em relação à informação, há a centralidade nos profissionais de saúde, principalmente dos agentes comunitários de saúde (ACS), no segundo, em que já existiam casos nos municípios pesquisados, há um foco nos boletins informativos com o número de casos e ações tomadas frente à pandemia, em campanhas mais amplas de conscientização e distribuição dos chamados “kits de higiene”. Assim, no primeiro momento:

Até hoje a única ação feita pelos profissionais de saúde na minha comunidade foi uma visita da **agente comunitária de saúde**, para ressaltar a importância dos cuidados a serem tomados. (sexo feminino, Rio Pardo de Minas, 1º Momento)

Os profissionais da saúde estão disponibilizando os seus telefones para informações e atendimento de pessoas que apresente algum sintoma parecido com os do Covid-19, e pedindo que evitem ir até o hospital. (sexo feminino, Icaraí de Minas, 1º Momento)

Através das mídias sociais e rádio, os **profissionais na área de saúde** vêm enviando mensagens pra evitar a proliferação do vírus, levando em conta não ter casos confirmados a intenção e continua assim. (sexo feminino, Icaraí de Minas, 1º Momento)

E, no segundo momento:

Todos os dias tem o **boletim informativo**. (sexo feminino, Brasília de Minas, 2º Momento)

Os **alertas** e **boletins** sobre casos confirmados e descartados são frequentemente divulgados via internet e rádio. (sexo feminino, Rio Pardo de Minas, 2º Momento)

Na nossa comunidade as orientações, informações e etc, têm sido difundidas através de mensagens tem aplicativos de comunicação. **Também pode-se encontrar informações formas de prevenção pelas rádios**

comunitárias o que facilita muito para a população que não pode ter acesso a cidade ou postos de saúde e etc. (sexo feminino, Rio Pardo de Minas, 2º Momento)

O que podemos notar, a partir desta categoria, é a essencialidade da difusão da informação para a adoção de práticas profiláticas em saúde, muito embora a recepção da informação não caracterize uma concretude da ação preventiva.

C) Ações em Saúde Pública

Acesso a serviços de saúde

Essa subcategoria de análise relaciona-se ao princípio do SUS: “I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência” (BRASIL, 1990, Capítulo I). É a partir da fala dos entrevistados que fazemos uma leitura sobre como os serviços de atenção à saúde - atendimento em casa e pela internet e o acompanhamento pelos profissionais - estão presentes nos municípios e fazem parte dos protocolos adotados. Contudo, há diferenças entre os municípios, como nas outras categorias.

No primeiro momento de aplicação dos questionários, observamos uma especificidade das ações referente ao atendimento domiciliar, seja por agentes comunitários de saúde, seja por médicos, a depender do caso comunicado ou da suspeita de contágio.

A prefeitura tem orientado ficar em casa e sair somente por extrema necessidade, em caso de suspeita de estar com COVID-19, **uma equipe vem até você.** (sexo feminino, Bocaiuva, 1º Momento)

Em relação as práticas de saúde em minha comunidade, observa-se as visitas de enfermeiras nas casas de idosos para realizar a vacinação da influenza e o atendimento médico permanece, mas **através de chamadas no WhatsApp.** (sexo feminino, Capelinha, 1º Momento)

No percurso da doença, especialmente com o aparecimento de casos em algumas localidades - no 2º momento da pesquisa - notamos a consolidação do papel dos Agentes Comunitário de Saúde, mesmo com certas limitações.

As **agentes de saúde** passam em nossas casas, mas nem entram. Só falam que qualquer coisa que estivermos precisando é só avisar. O médico continua realizando suas consultas uma vez por semana. (sexo feminino, Bocaiúva, 2º Momento)

Praticamente não tem suporte nenhum, uma vez por mês passa a **agente de saúde** para ver apenas como está a família, mas a mesma não pode nem ao menos entrar na residência para medir a pressão dos moradores, já que a secretária de saúde não permite. (sexo feminino. Rio Pardo de Minas, 2º Momento)

Quanto ao atendimento remoto, observamos tal ação presente nos dois momentos de aplicação dos questionários, com destaque para limitações do atendimento, observadas por alguns respondentes. Isso pode estar vinculado às dificuldades de acesso à internet e equipamentos tecnológicos, especialmente pela população do campo. A este respeito, retomando Ribeiro (2013), apontamos que, especialmente em um contexto no qual o distanciamento social foi assumido como uma das medidas centrais para contenção da propagação do vírus, os recursos tecnológicos (internet, celulares, entre outros) podem ser apontados como importantes condicionantes de saúde, que são negados a grande contingente de povos do campo no país:

Estão orientando a população a procurar o atendimento no hospital só em casos de emergência. Estão fazendo consultas através de atendimento via **WhatsApp**, porém esta medida não é muito eficaz, uma vez que nem todos tem acesso a internet e ao ligar muitas vezes não atendem a chamada. (sexo feminino, Capelinha-MG, 1º Momento)

Sobre o atendimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), popularmente nomeados como ‘postos de saúde’, não há diferenças entre os dois momentos pesquisados, como se pode notar nos registros a seguir. Há que se destacar a centralidade destes espaços para comunidades rurais, contudo, boa parte não conta com estrutura capaz de garantir atenção à saúde, em sua integralidade e especificidade, a estas populações, conforme já discutido.

Evitar procurar o hospital pois está como prioridade para os casos relacionados a pandemia e estritamente emergentes (você tem quase certeza que vai morrer)... O

restante procurar os postos de assistência distribuídos nos bairros. (sexo feminino, Paracatu, 1º momento)

Aqui tem um posto onde os atendimentos ocorrem todas as terças-feiras. Esses atendimentos estão sendo agendados antecipadamente com número restrito de pessoas para não ocorrer aglomerações. (sexo feminino, Grão Mogol, 2º momento)

A unidade de saúde da comunidade, nesse período de pandemia, não conta com atendimento médico, mas vacinas contra gripe e sarampo estão sendo realizadas. No município conta com uma unidade de saúde só para atender pessoas sintomáticas do Covid. [O município] vem contando com fiscalização e em pontos da cidade foram disponibilizados álcool em gel para a população (sexo feminino, Piranga, 2º momento)

Por sua vez, os casos mais graves são direcionados às Unidades de Pronto Atendimento (UPA's), popularmente conhecidas como Pronto Socorro. Em alguns relatos, é possível observar a preocupação dos respondentes quanto à priorização do atendimento de casos relacionados à pandemia em detrimento de casos relacionados a outras enfermidades.

Devido ao momento em que nos deparamos, os serviços de saúde deveriam ser o ponto mais forte para orientar e auxiliar a comunidade. Infelizmente não é essa a realidade. **Os serviços de saúde pararam e não atendem os moradores.** Estão "preocupados" com a pandemia e dificultando o acesso a pessoas que precisam de atendimento médico por causa de outras doenças. (sexo feminino, Icaraí de Minas, 1º momento)

Casos urgente estão sendo atendidos ou encaminhados, **o que dá para esperar vai ser adiado para depois da pandemia.** (sexo feminino, Santa Fé de Minas, 2º momento)

O posto de saúde procura reduzir o número de atendimentos, dessa forma, **quem possui outros problemas de saúde estão tendo dificuldades para acessar a UPA.** (sexo feminino, Icaraí de Minas, 2º momento)

É fundamental ressaltar que nem todos os municípios, especialmente de pequeno porte, possuem infraestrutura de atendimento de serviços de saúde em todos os níveis de assistência. Nesses casos, devido à priorização da atenção aos casos de Covid-19, outras especialidades foram deixadas em segundo plano,

o que pode ter acarretado precarização na assistência integral dos sujeitos do campo. Entretanto, como já ressaltado anteriormente, não é o Covid-19 que precariza o sistema, mas um extenso rastro de problemas infraestruturais é evidenciado, neste momento, quanto ao acesso à saúde para todos, especialmente no campo, conforme relatos:

Tem seguido às orientações da OMS e ministério da saúde. Como **não temos** no município estrutura para fazer os exames de Covid-19 todo caso que tem algum sintoma da doença é considerado caso suspeito. **Não temos** nem um respirador assim como **não temos** nem UTI nem CTI no município. Os pacientes que fazem acompanhamento devido a outras doenças como hemodiálise continuam seus tratamentos, mesmo **não sendo aqui na cidade**. (sexo feminino, Piranga, 1º momento)

Em relação a saúde, **ficou bem mais difícil ter acesso aos serviços de saúde**, até mesmo dentro da comunidade e tendo então zero de orientação. (sexo feminino, Icaraí de Minas, 1º momento)

Na cidade **não tem estrutura para o atendimento de Covid** e que os pacientes são transferidos para outras cidades, caso precise. (sexo feminino, Grão Mogol, 2º momento)

Atendimentos básicos está sendo feito de maneira restritiva nos PSF. Casos graves, de maior complexidade, são transferidos para o município vizinho. **A cidade não tem hospital**. (sexo feminino, Simonésia, 2º momento)

Que é preciso seguir as normas de prevenção da doença, **pois no município não há condição favorável de oferecer ajuda médica**, caso alguém venha se contaminar. (sexo masculino, Rio Pardo de Minas, 2º momento)

De modo geral, em relação ao acesso a serviços de saúde, há que se destacar, conforme já apontado, para a ausência de garantias de atenção à saúde, em sua integralidade e especificidade, especialmente nas cidades menores, em sua maioria, desprovidas de uma estrutura de saúde.

Assim, diante das dificuldades para conseguir manter a assistência à população, o que notamos nas respostas dos participantes foi que os municípios,

conforme sua agência e epidemiologia, adotaram ações para conter, diagnosticar e/ou tratar os casos de adoecimento por Covid-19. Rodrigues e Azevedo (2020) apontam que “o combate eficaz à pandemia se faz, necessariamente, pela articulação entre os entes federativos norteados pela União, com planos de atuação e de implementação definidos pelos gestores nas escalas locais” (online, resumo). Contudo, no Brasil, observa-se haver embates acerca das responsabilidades de cada ente federativo, com destaque para o fato de que “a concentração de recursos na União dificulta a autonomia do município para atuar de modo eficaz no combate à pandemia e em outros setores públicos correlacionados.” (online, parágrafo 20). Esta agência dos municípios é tratada na subcategoria abaixo.

Atendimento sistêmico e estabelecimento de prioridades

Esta subcategoria relaciona-se a dois princípios do SUS: a integralidade de assistência e a utilização da epidemiologia para estabelecimento de prioridades (BRASIL, 1990). Nossas análises estão voltadas para as ações das municipalidades, diante dos seus números e de suas capacidades orçamentárias, com relação à estruturação de ações na Pandemia.

Visando o bem estar de todos, o município está realizando uma série de ações: aquisição de mais um aparelho respirador e UTI móvel; informe epidemiológico diário no Facebook e rádio; campanhas de prevenção nas redes sociais; confecção de mascarões por voluntários para doação aos centros de saúde, grupo de risco, etc.; realização de vacinas de idosos em seu domicílio e no centro de saúde por agendamento prévio; isolamento da feira municipal e praça; grupo de orientações na entrada da cidade, no qual todos os veículos são parados para orientação antes de entrar na cidade; atendimento hospitalar apenas para casos de emergência; atendimento por chamada nos centros de saúde; limpeza das ruas; entre outras medidas. (sexo feminino, Capelinha, 1º momento)

Fora as recomendações diárias. Abriam mais alguns leitos na UTI e aqui no campo veio um médico para consultar os casos suspeitos e trocar receitas vencidas e no mais o

trabalho de prevenção e cuidados recomendados pela OMS. (sexo feminino, Paracatu, 2º momento)

A estruturação de comitês municipais de enfrentamento à pandemia foi observada como uma estratégia específica adotada em algumas localidades, visando à elaboração de protocolo e coordenação de ações de maneira sistêmica.

Foi criado um comitê, na qual estão agentes públicos ligados a secretária de saúde, na qual fazem blitz informativa, sensibilizando a população quanto ao risco de contágio e a falta de infraestrutura dos hospitais. (sexo feminino, Santo Antônio do Retiro, 1º Momento)

A higienização dos espaços públicos também foi uma das estratégias utilizadas para conter o avanço das contaminações. Outras ações adotadas referem-se à realização de campanhas de conscientização como blitz e estruturação de barreiras sanitárias:

Foram feitas **barreiras nas entradas da cidade e distribuição de produtos higiene pessoal** (Sexo feminino, Morro do Pilar, 1º momento)

Há **fiscais em pontos estratégicos da cidade**, que é onde há maior movimento da população, para fazer um controle de distanciamento em filas, entradas em lojas e se algumas regras impostas estão sendo cumpridas! (sexo feminino, Bocaiúva, 1º momento)

Sei que tem distribuído álcool em gel, água sanitária e detergente (uma vez cada produto e não contínuo) e tem **as blitz educativas na entrada da cidade**. (sexo feminino, Morro do Pilar, 2º Momento)

Barreiras sanitárias nas entradas do município, e de todas as aldeias da terra indígena xacriabá, panfletos e agentes sanitários visitando os estabelecimentos. (sexo feminino, São João das Missões, 2º momento)

Os horários dos comércios estão reduzidos. É obrigatório o uso de máscara. É feito **um controle de acesso a cidade** sendo realizado a medição de temperatura. (sexo feminino, Jequeri, 2º momento)

As estratégias de vacinação contra alguns tipos de doenças também foram adotadas. Lembramos que nos períodos do ano pesquisado, as gripes (Influenza e H1N1) e outras síndromes respiratórias são comuns e ter uma população imunizada para outras doenças pode refletir numa menor busca pelos

serviços de saúde, sistema que já estava inflado em diversos locais do estado devido à Covid-19.

Alguns atendimentos como **vacinação** estão acontecendo fora da repartição, e com a utilização de luvas e máscaras. (sexo feminino, Icaraí de Minas, 2º momento)
Passam sempre dando **vacinas** para evitar o deslocamento de pessoas da zona rural para a cidade (sexo feminino, Morro do Pilar, 2º momento)

Outra estratégia observada está relacionada à realização de testes rápidos de COVID-19, presentes, embora em número reduzido, no segundo momento de aplicação dos questionários:

Se tem falado o básico que todos sabem sobre prevenção do Covid-19 e no município até então se tem apenas **testes rápidos que estão sendo realizados em poucas pessoas**. (sexo feminino, Rio Pardo de Minas, 2º momento)

A distribuição de kits de higiene e proteção, seja pelo poder público, seja por iniciativas da sociedade civil organizada, também foi observada, especialmente no segundo momento de realização da pesquisa, conforme relatos:

Algumas entidades [...] tem fornecido, máscaras e álcool para pessoas mais vulneráveis. (sexo feminino, Chapada do Norte, 2º momento)
Houve a distribuição na área urbana de máscaras de proteção, mas não houve no campo. (sexo feminino, Capelinha, 2º momento)

O último relato evidencia uma distinção na adoção de estratégias na área urbana e rural de um município investigado, o que nos leva à última categoria elaborada para este estudo.

D) Relação campo-cidade

Apesar das iniciativas e intervenções das municipalidades, notamos que, a partir dos relatos dos sujeitos que participaram da pesquisa, na quase maioria dos locais não houve uma especificidade de contenção dos casos pensando nas populações do campo e/ou de pequenas comunidades. Há um foco de ações nas

idades, nos comércios e nos locais públicos. Lembramos que na Lei Orgânica do SUS é ressaltada que a assistência em saúde deve ser feita com igualdade, sem distinção entre sujeitos, “sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie” (BRASIL, 1990, Capítulo II) e que a escolha de locais para fazer as intervenções também deveria levar em consideração os espaços rurais/campesinos.

A práticas de saúde que contemplam maior número de moradores da comunidade são: suspensão da feira-livre e ônibus para a cidade, atendimento médico restrito a grupos pequenos. Em relação ao atendimento médico restrito a grupos pequenos, estar ocasionando alguns problemas, pois o médico não informa quando irá vim a comunidade, dessa forma, apenas as pessoas que moram próximas ao local de atendimento conseguem realizar a consulta. No entanto, na área urbana as práticas de saúde são mais severas, como, por exemplo, uso obrigatório de máscara, número limitado de clientes nos estabelecimentos comerciais, barreira sanitárias, fiscalização policial e aplicações de multa por descumprimento do decreto municipal, suspensão de celebrações religiosas, etc. (sexo feminino, Capelinha, 2º momento)

Em relatos desta natureza, observamos representações sociais do campo como limpo, puro, livre de doenças e ocupação espacial marcada pelo distanciamento entre as habitações e, em contraponto, a cidade como espaço de aglomeração de pessoas, de poluição, de sujeira e propício à propagação de doenças as mais diversas (MENASCHE, 2010; RIBEIRO, 2013). Outrossim, conforme apontado pela Política Nacional de Saúde Integral para os Povos do Campo e da Floresta, a rede de saúde nos territórios e comunidades rurais, embora exista um esforço para melhoria, ainda é precária, isto é, aquém do que os povos do campo precisam para garantir a integralidade do atendimento e, se não há uma estrutura anterior, com o Covid-19 há uma extenuação das precariedades. É a partir dessas duas hipóteses que emergem possíveis justificativas para o estabelecimento de prioridades, sendo o campo deixado em segundo plano na definição de ações, visando à contenção da pandemia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O que se colocou na análise deste artigo é que estamos vivenciando um momento, bastante intenso, no campo da saúde pública e que esta, está redefinindo não só formas e condições de convívio com o outro, mas também na reorganização da dinâmica da lógica econômica no mundo: o Coronavírus tem revelado a fratura exposta da desigualdade social.

Os dados evidenciam que, neste momento, o que estamos assistindo no país é que a distribuição dos serviços de saúde acompanha uma composição centralizada nos centros urbanos e o alastramento para o interior do país representa a desigualdade dos serviços de saúde, onde as condições infraestruturais são muito adversas no sentido da ausência dessas condições de atendimento a doenças como a Covid-19.

De forma estrita, esta pesquisa trouxe os dados da realidade de sujeitos e comunidades campesinas, que, no avanço dos casos e na interiorização da doença, tem se visto cada vez mais sujeitos à contaminação. Ao mesmo tempo, devido a uma estrutura e políticas historicamente precárias, há a evidenciação da fragilidade da atenção à saúde dos povos do campo. Outrossim, percebemos que as estruturas hierárquicas e de territorialização dos atendimentos, que fazem parte da forma de funcionamento do próprio SUS, foram postas em xeque diante da situação pandêmica.

Isto posto, ressaltamos que esta pesquisa está vinculada a um projeto de extensão, cuja intenção consiste em desdobrar as investigações em possíveis intervenções junto aos participantes. A esse respeito, diante do exposto pelos sujeitos e pelo levantamento aqui feito, evidenciamos questões como: o que os povos do campo podem fazer para garantir a saúde? Uma das ações é continuar a luta por direitos. Essa luta deve se iniciar na participação da comunidade na proposição de políticas públicas para os povos do campo, de forma local, específica e direta nos seus contextos de vida, e deve ir além. Deve-se lutar pela valorização dos trabalhadores rurais, pela agricultura familiar, das formas

de vida e desenvolvimento campesino, e, especialmente por uma educação pública, gratuita e de qualidade, materializada na proposta da Educação do Campo.

REFERÊNCIAS

AMIRI, Abdalah; AKRAN, Muhammad. COVID-19: The challenges of the human life. *Social work & social sciences review*, v. 17, n. 1, 2020. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/341508945_COVID-19_THE_CHALLENGES_OF_THE_HUMAN_LIFE>.

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2011.

BATELLA, Wagner; MIYAZAKI, Vitor Koiti. Relações entre rede urbana e Covid-19 em Minas Gerais. *Hygeia: Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, n. Edição Especial: Covid-19, 2020. 102-110. Acesso em: 30 setembro 2020.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. [S.l.]. 1988.

BRASIL. *Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 - Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Ministério da Saúde. Brasília. 1990.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Covid-19: tendência de interiorização aumenta e pode gerar mais pressão sobre grandes centros. *Fiocruz*, 05 maio 2020. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/covid-19-tendencia-de-interiorizacao-aumenta-e-pode-gerar-mais-pressao-sobre-grandes-centros>>. Acesso em: 01 outubro 2020.

GARCIA, Leila Posenato; DUARTE, Elisete. Infodemia: excesso de quantidade em detrimento da qualidade das informações sobre a Covid-19. *Epidemiol. Serv. Saude*, Brasília, v. 29, n. 4, p. 1-4, 2020. Acesso em: 14 janeiro 2021.

GIL, Antônio Carlos. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6ª. ed. São Paulo: Atlas. 2008.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Souza et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do sus - uma revisão conceitual. *Ciência e Saúde Coletiva*, 12, n. 2, 2007. 335-342. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2007.v12n2/335-342/pt> . Acesso em: 01 outubro 2020.

MARTINUCCI, O. S. et al. Dispersão da Covid-19 no Estado do Paraná. *Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, p. 251-262, 2020.

Disponível em:

<http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/54619>. Acesso em: 20 junho 2020.

MENASCHE, Renata. Campo e cidade, comida e imaginário: percepções do rural à mesa. *Ruris*, v. 3, n. 2, 2010. Disponível em:

<https://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/ruris/article/view/700>. Acesso em: 03 outubro 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política Nacional de Saúde das Populações do Campo e da Floresta*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

QIAN, M; JIANG, J. COVID-19 and social distancing. *Journal of Public Health (Berl.)*, 2020.

RIBEIRO, Adalgisa Peixoto et al. Saúde e segurança de profissionais de saúde no atendimento a pacientes no contexto da pandemia de Covid-19: revisão de literatura. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 45, n. e25, 2020. Acesso em: 30 Setembro 2020.

RIBEIRO, Luiz Paulo. *ESPAÇOS RURAIS E PROMOÇÃO DE SAÚDE: um estudo sobre as representações sociais sobre saúde e adoecimento para agricultores familiares participantes da agricultura familiar*. Belo Horizonte, p. 84. 2013.

RODRIGUES, Juliana Nunes; AZEVEDO, Daniel Abreu. Pandemia do Coronavírus e (des)coordenação federativa: evidências de um conflito político-territorial. *Espaço e Economia: Rev. Brasileira de Geografia Econômica*, v. 18, n. 9, p. (on-line), 2020. Acesso em: 14 janeiro 2021.

SANTOS, Milton. *A natureza do espaço: técnica, razão e emoção*. São Paulo: Hucitec. 1996.

SRA, H.K.; SANDHU, A.; SINGH, M. Use of Face Masks in COVID-19. *Indian Journal of Pediatrics*, 2020.

THAMPI, N. et al. It's in our hands: a rapid, international initiative to translate a hand hygiene song during the COVID-19 pandemic. *Journal of Hospital Infection*, 2020.

World Health Organization. *Constitution of World Health Organization*.

Fonte: World Health Organization [WHO]. 2006. Disponível em:

https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf. Acesso em 14 janeiro 2021.