



DIAGNÓSTICO SITUACIONAL E PROCESSOS DE TERRITORIALIZAÇÃO EM SAÚDE EM ALFENAS-MG: DISCURSOS DA GESTÃO

SITUATIONAL DIAGNOSIS AND TERRITORIALIZATION PROCESSES IN HEALTH IN ALFENAS-MG: MANAGEMENT DISCOURSES

Jane Kelly Oliveira Friestino¹

Ana Carine de Arruda Rolim²

Gil Carlos Silveira Porto³

Letícia Bezerra Faria⁴

Maíra Rossetto⁵

Daniel Hideki Bando⁶

Resumo: O estudo objetiva analisar os processos de territorialização em um município brasileiro, na perspectiva do diagnóstico situacional e da compreensão de discursos de um(a) gestor(a) de Unidade Básica de Saúde. Trata-se de um estudo exploratório realizado em Alfenas, Minas Gerais, com abordagem multimétodos. A construção dos indicadores de saúde e sociodemográficos para o município de Alfenas foi pautada em dados secundários do IBGE e dos Sistemas de Informação em Saúde disponibilizados pelo DATASUS, seguindo as recomendações da Rede Interagencial de Informação para Saúde. A análise qualitativa foi balizada pelos princípios da Análise do Discurso de matriz francesa, onde o *corpus* compreende o discurso de um(a) gestor(a) de Unidade Básica de Saúde situada no município estudado. Alfenas vivencia um crescimento populacional, associado a uma distribuição desigual entre as condições socioeconômicas de infraestrutura e saneamento. 02 formações discursivas foram evidenciadas. 1: Lidando com o território como parte de uma encomenda ou tarefa; 2: Direcionamentos do trabalho em saúde dentro do território: (com) quem faz e para(quem) que é feito?. Alfenas apresentou perfil epidemiológico semelhante aos dados brasileiros. Conforme apreendido nos discursos, o lugar do usuário e o trabalho em redes ainda se encontram distante da realidade na gestão do trabalho.

Palavras-chave: Gestão em saúde; Atenção primária à saúde; Sistema único de saúde; Determinação das necessidades de saúde.

Abstract: The aim of the study is to analyze the process of territorialization in a Brazil municipality, overview the situational diagnosis and understanding of discourse analysis from manager of a Basic Health Unit. This is an exploratory study carried out in Alfenas, Minas Gerais, with multimethods approach. The health and socio demographics indicators for Alfenas city were based on secondary data, from IBGE and

¹ Doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Docente da Universidade Federal da Fronteira Sul *Campus* Chapecó (UFFS). Chapecó, Santa Catarina, Brasil. E-mail: jane.friestino@uffs.edu.br

² Doutorado em Saúde Coletiva (UNICAMP). Docente da Escola Multicampi da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Caicó, Rio Grande do Norte, Brasil. E-mail: anacarine.rolim@gmail.com

³ Doutorado em Geografia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Docente da Universidade Federal de Alfenas. Alfenas. Minas Gerais. Brasil. E-mail: gil.porto@unifal-mg.edu.br

⁴ Doutorado em Saúde Coletiva (UNICAMP). Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciência Médicas. Campinas, São Paulo, Brasil. E-mail: leticiafaria86@gmail.com

⁵ Doutorado em Enfermagem (UFRGS). Docente da Universidade Federal da Fronteira Sul *Campus* Chapecó (UFFS). Chapecó, Santa Catarina, Brasil. E-mail: maira.rossetto@uffs.edu.br

⁶ Doutorado pela Universidade de São Paulo (USP). Docente da Universidade Federal de Alfenas. Alfenas. Minas Gerais. Brasil. E-mail: daniel.bando@unifal-mg.edu.br



Information Health System provided by DATASUS, following the Net Interagencial Information System recommendations. The qualitative analysis was guided by the principles of Discourse Analysis of matrix French, where the *corpus* comprises discourse from the a manager of a Basic Health Unit in the city of studied. The increased population and unequal conditions socio economics, and sanitation infrastructure were observed. 02 distinct discursive formations were evidenced: 1: Dealing with the territory as part of an order or task; 2: Directions of health work within the territory: (with) who does it and for (whom) is it done?. The Alfenas city has an epidemiological profile similar to Brazilian data. As apprehended in the discourse results, the users place and work and network are still far from reality in work management.

Keywords: Management Health; Primary Health Care; Unify Health System; Determination of health necessities.

1 Introdução

A concepção de Atenção Primária à Saúde (APS), advinda da Alma-Ata (1978), é pautada em cuidados essenciais ofertados o mais próximo de onde as pessoas residem e trabalham, proporcionando o acesso aos serviços de saúde, de maneira que estes possam participar de seu processo de autodeterminação e autoconfiança. Esse entendimento não foi adotado de maneira semelhante em todos os países do mundo, visto que, cada um deles encontrava-se em cenários distintos, pois enquanto alguns ainda lidavam com altas taxas de mortalidade infantil e doenças parasitárias, outros já possuíam necessidades voltadas às doenças crônicas e envelhecimento populacional (Walsh; Warren 1979).

No Brasil, a APS ganha força com o advento da reforma sanitária brasileira, possibilitando a elaboração de uma proposta abrangente de mudança social, incluindo a saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado (Brasil, 1988; Paim, 2011). No entanto, há desafios presentes a serem superados, sendo um deles, a organização e estrutura efetiva da APS em todo o território nacional.

Sendo assim, a partir da década de 1980, juntamente com mudanças no perfil epidemiológico e demográfico do país, aliado ao contexto econômico, foram iniciadas diversas ações do Estado a fim de otimizar custos em saúde, como também para organizar e ordenar diferentes níveis de assistência. Com a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), após 1990, as práticas de APS foram sendo denominadas de Atenção Básica (AB), sendo posteriormente reconhecida como política de Estado, as quais constituem-se de porta de entrada do SUS e o primeiro nível de atenção de uma rede hierarquizada e organizada em complexidade crescente (Giovanella, 2006).

Ao longo de seus 30 anos, o SUS e a Atenção Básica têm passado por constantes reformulações, com a presença de inúmeras portarias para balizar o princípio de descentralização do SUS, como também, a formulação de três edições da Política



Nacional de Atenção Básica (PNAB), apresentadas nos anos 2006, 2011 e 2017, respectivamente.

Nessa conjuntura, o principal mecanismo utilizado para expandir a cobertura da AB tem sido a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Além disso, o aumento da oferta de cuidados primários por meio do modelo da ESF no Brasil representa melhorias no uso dos serviços, como também nos indicadores de saúde, com redução de internações sensíveis à atenção primária, queda de mortes por causas evitáveis e da mortalidade infantil (Tasca *et al.* 2020).

A Atenção Básica apresenta-se como o eixo transversal das Redes de Atenção à Saúde (RAS), a qual funciona por meio de pactuações intermunicipais e de sistemas regionais. Para que o cuidado seja estruturado e a integralidade seja alcançada, a AB funciona como porta de entrada principal do SUS, e também é ordenadora das práticas em saúde, auxiliando na constituição da garantia de acesso aos diferentes níveis de atenção (secundário e terciário) (Faria, 2020).

A Estratégia de Saúde da Família atualmente orienta a prática da atenção à saúde, e, as normas que norteiam a Atenção Básica incluem a infraestrutura e funcionamento, implantação e credenciamento da equipe, financiamento, e fazem parte da Política Nacional de Atenção Básica. Sendo organizada por uma equipe multiprofissional, possui o modelo de territorialização como facilitador para a identificação das necessidades da população (Brasil, 2017).

Na prática, a organização da Atenção Básica recorre à territorialização como instrumento para localização de eventos de saúde-doença, de unidades de saúde e demarcação de áreas de atuação (Gondim *et al.* 2008). De acordo com o Ministério da Saúde, são atribuições comuns a todos os profissionais da atenção básica: participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificar grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades (Brasil, 2017).

A territorialização é um dos pressupostos básicos do trabalho do PSF. Essa tarefa adquire, no entanto, ao menos três sentidos diferentes e complementares: de demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços; de reconhecimento do ambiente, população e dinâmica social existente nessas áreas; e de estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais com centros de referência (Pereira; Barcellos, 2006, p.48)

Sendo assim, o processo de territorialização da saúde vai além da demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços. O processo inclui avaliação do meio ambiente e a sua relação com a sociedade, bem como planejamento, gestão, estabelecimento de redes com outros serviços. Sua importância é retratada pela necessidade em conhecer a



realidade, incluindo a dinâmica e os possíveis riscos que a população/comunidade está inserida, onde o diagnóstico situacional apresenta-se como uma ferramenta potente para identificar reais necessidades sociais (Santos; Rigotto, 2011).

A Geografia da Saúde tem discutido a resolução de problemas que permitam a identificação de lugares e situações de risco, tendo como foco o planejamento territorial de ações de saúde e o desenvolvimento das atividades de prevenção e promoção de saúde. Um dos principais compromissos da Geografia da Saúde no Brasil é contribuir para a consolidação da política nacional de saúde e reduzir as desigualdades sociais (Guimarães; Pickenhayn; Lima, 2014).

Quando se trata de diagnóstico situacional em saúde, recorre-se também ao Planejamento Estratégico Situacional (PES), descrito por Carlos Matus como uma ferramenta de liberdade que permite explorar possibilidades, elucidando os problemas em um contexto amplo, sem deixar a riqueza da análise de viabilidades e de possibilidades de intervenção na realidade (Kleba; Krauser; Vendruscolo, 2011).

Considerando a complexidade existente nos cenários que envolvem o diagnóstico situacional e os processos reais de territorialização, torna-se premente a necessidade de realizar investigações que valorizem aspectos distintos, incluindo desde o conhecimento cartográfico dos fenômenos, aos discursos presentes nas relações.

Sendo assim, objetiva-se analisar os processos de territorialização no município de Alfenas, Minas Gerais, Brasil, na perspectiva do diagnóstico situacional e da compreensão de discursos de um(a) gestor(a) de Unidade Básica de Saúde.

2 Métodos

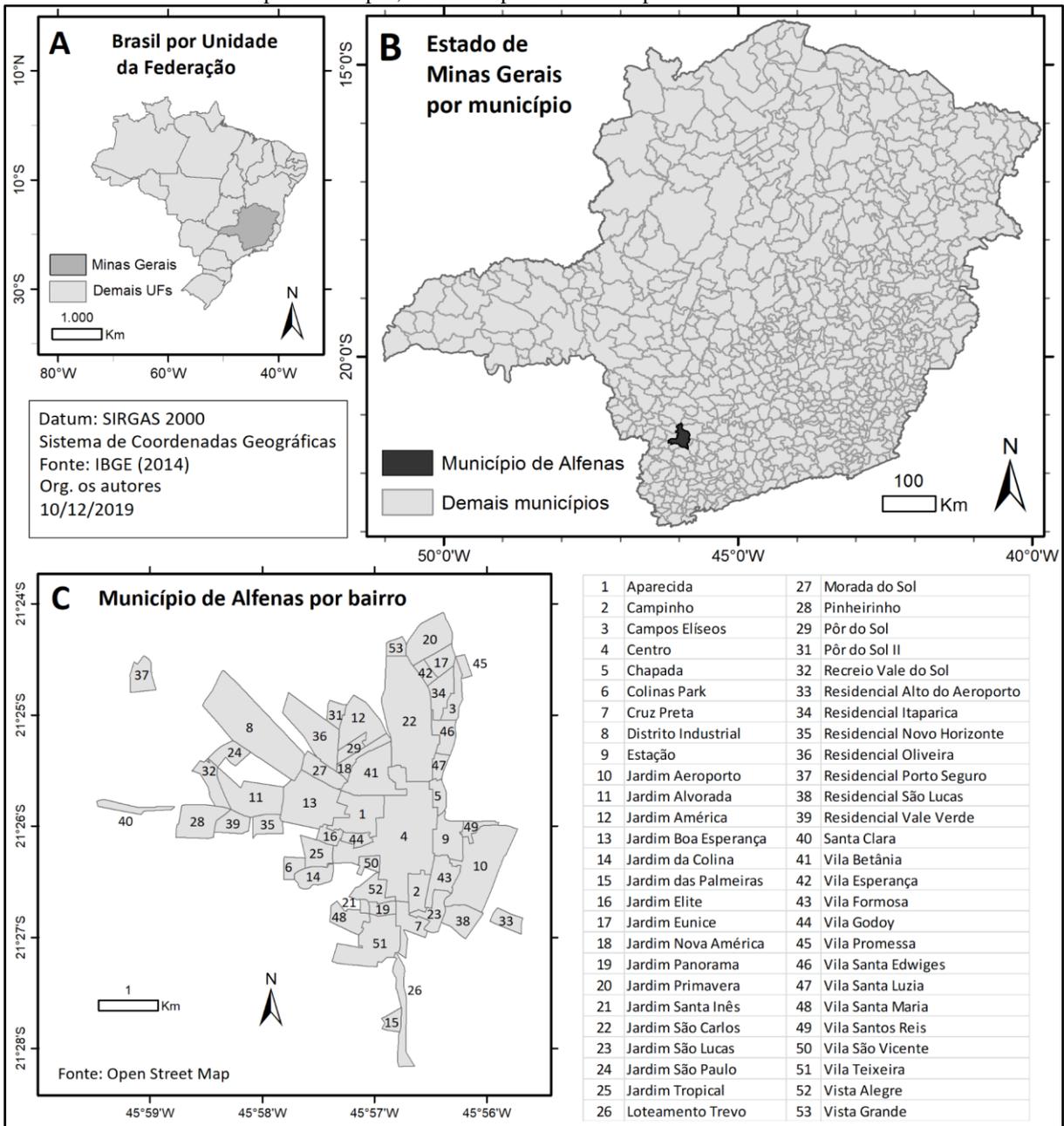
Trata-se de um estudo exploratório, com abordagem de métodos múltiplos, que consiste na condução de dois ou mais estudos completos para responder a distintas perguntas e hipóteses de pesquisa (Driessnack; Sousa; Mendes, 2007).

A abordagem quantitativa foi desenvolvida com dados epidemiológicos do município de Alfenas, no estado brasileiro de Minas Gerais, e sua condução foi realizada por meio da construção de indicadores de saúde e sociodemográficos. A análise qualitativa foi balizada pelos princípios da Análise do Discurso de matriz francesa (Orlandi, 2015), para compreensão do discurso de um(a) gestor(a) de Unidade Básica de Saúde situada neste município.

Alfenas está localizada ao sul do estado de Minas Gerais (Figura 1) e possui uma população estimada em 80.973 habitantes em 2021 (IBGE, 2021a). Possui área de 850,4 km² e densidade demográfica de 86,8 hab/km². A área de abrangência da UBS Lua (nome fictício) cobre parte dos bairros Jardim América, Pôr do Sol 2 e Residencial Oliveira.

Ademais, foi utilizada a malha territorial por unidade da federação, por município e por setor censitário disponibilizada pelo IBGE (IBGE, 2021b) (Medronho, 2011).

Figura 1: Localização da área de estudo. A: Brasil por Unidade da Federação; B: estado de Minas Gerais por município; C: município de Alfenas por bairro



Fonte: elaborado pelos autores.

No período que o estudo foi conduzido, o município de Alfenas possuía 17



Unidades Básicas de Saúde (UBS) que prestavam serviços de atendimento à saúde em zona urbana e uma UBS na zona rural. Em três unidades desse município não havia ESF implantada, adotando-se outro modelo de oferta de cuidados primários.

2.1 Abordagem quantitativa do estudo

Adotou-se como modelo o estudo epidemiológico ecológico de série temporal, utilizando dados sociodemográficos e epidemiológicos do município de Alfenas/MG e do Brasil. Para os dados sociodemográficos foram utilizados os dados dos Censos demográficos e respectivas projeções populacionais (IBGE, 2021a), e para os dados epidemiológicos, foram utilizados o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), e para os dados de nascidos vivos, o Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), disponibilizados pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS, 2021).

Os dados foram armazenados em planilha eletrônica do Microsoft Excel 2010, onde foram analisados os indicadores: renda per capita, taxa de natalidade, taxa de mortalidade infantil, mortalidade proporcional por grupo de causa, segundo indicadores básicos para saúde no Brasil (IBGE 2010; RIPSA, 2008).

Para representação espacial, foi utilizado o programa ArcGIS 10.5, utilizando a malha territorial do estado de Minas Gerais (IBGE, 2021b). Para o município de Alfenas, foram usados os shapefiles da malha territorial por setor censitário de 2010 bem como a delimitação dos bairros (OpenStreetMaps). O mapa com as áreas de abrangência das UBS foi adaptado do site da Secretaria da Saúde de Alfenas, disponível no período em que o estudo foi conduzido.

2.2 Abordagem qualitativa do estudo

Empreendeu-se uma pesquisa de campo no município de Alfenas-MG, com o propósito de realizar entrevista com gestor(a) participante de processo de territorialização, buscando compreender o desenvolvimento do processo. Utilizou-se como critério de busca para inclusão no estudo uma UBS em que o processo de territorialização já estivesse consolidado, tendo como base os indicadores de qualidade da Atenção Básica, e ter tido um único gestor há pelo menos três anos, além de ter cobertura de mais de 95% da população cadastrada. Com isso, foi identificada a UBS Lua (nome fictício) para a condução do estudo.



Posto isso, realizou-se uma entrevista norteada por roteiro semiestruturado (Minayo, 2011), o que possibilitou que o(a) entrevistado(a) discorresse livremente sobre os processos de trabalho da gestão na Unidade Básica de Saúde (UBS), incluindo aspectos relativos à territorialização. A entrevista foi realizada com um mesmo sujeito em dois momentos, durante o mês de setembro de 2018 na própria UBS. Não foram vivenciadas interferências durante as entrevistas.

A pessoa entrevistada apresentava, à época, as seguintes características: enfermeiro(a), 33 anos, trabalha como gestor(a) na UBS desde o início da implantação da ESF, possui especialização em Gestão de Redes de Atenção à Saúde e em Saúde da Família, esta última em caráter de Residência Multiprofissional. Relatou ter participado de vários processos formativos para qualificação do SUS, incluindo cursos de aperfeiçoamento oferecidos por institutos de pesquisa nacionais.

O roteiro das entrevistas estava dividido em três eixos, a saber: Eixo I, com perguntas sobre perfil epidemiológico e indicadores locais, realizada no primeiro momento; seguido pelo Eixo II, com questões sobre Territorialização e participação social; e Eixo III, cujas perguntas se referiam aos processos de trabalho e planejamento para a gestão local. Ao final de cada encontro, realizou-se uma validação que congregou uma síntese das discussões realizadas. As entrevistas foram gravadas em forma de áudio e posteriormente transcritos manualmente.

Recorreu-se aos princípios da Análise do Discurso de Pêcheux (Hak; Gadet, 2014) e Orlandi (2015) como dispositivo teórico-metodológico de análises qualitativas desse estudo. O propósito é compreender o funcionamento da linguagem e sua atribuição de sentidos. Para Orlandi (2015), a língua, constitutiva do ser humano, faz sentido, enquanto trabalho simbólico, e é parte do trabalho social geral. Assim, a linguagem encontra-se em constante transformação e é tida como mediação necessária entre o ser humano e a realidade social, em que a história assume um percurso de contradições, sendo possível traçar relações estabelecidas pela língua, e em situações que se produz o dizer. Nessa perspectiva, assume-se que os sentidos são construídos social e historicamente, numa dinâmica que culmina na estabilização de sentidos em diferentes formações discursivas no interior do interdiscurso. Tais formações discursivas ganham sentido porque derivam de um jogo definido pela formação ideológica dominante na conjuntura em que se inserem. Nesse sentido, o discurso é a materialização da ideologia e a língua é a materialização do discurso.



Para análise, foi realizada uma leitura exaustiva e em profundidade do material, em busca das marcas do discurso que permitissem identificar sua materialidade em uma filiação discursiva e ideológica. A partir da identificação dessas marcas, foram organizados os grupos semânticos, reunindo-se, em seguida, segmentos convergentes.

Durante a execução da pesquisa, realizou-se a validação interna e as análises foram realizadas de forma independente por três pesquisadoras envolvidas no estudo, sendo duas enfermeiras doutoras em Saúde Coletiva e Enfermagem, com experiência na temática e no referencial da Análise do Discurso. Não foram utilizados softwares para apoiar a análise dos dados qualitativos, como também não houve perda nas gravações ou problemas durante a coleta.

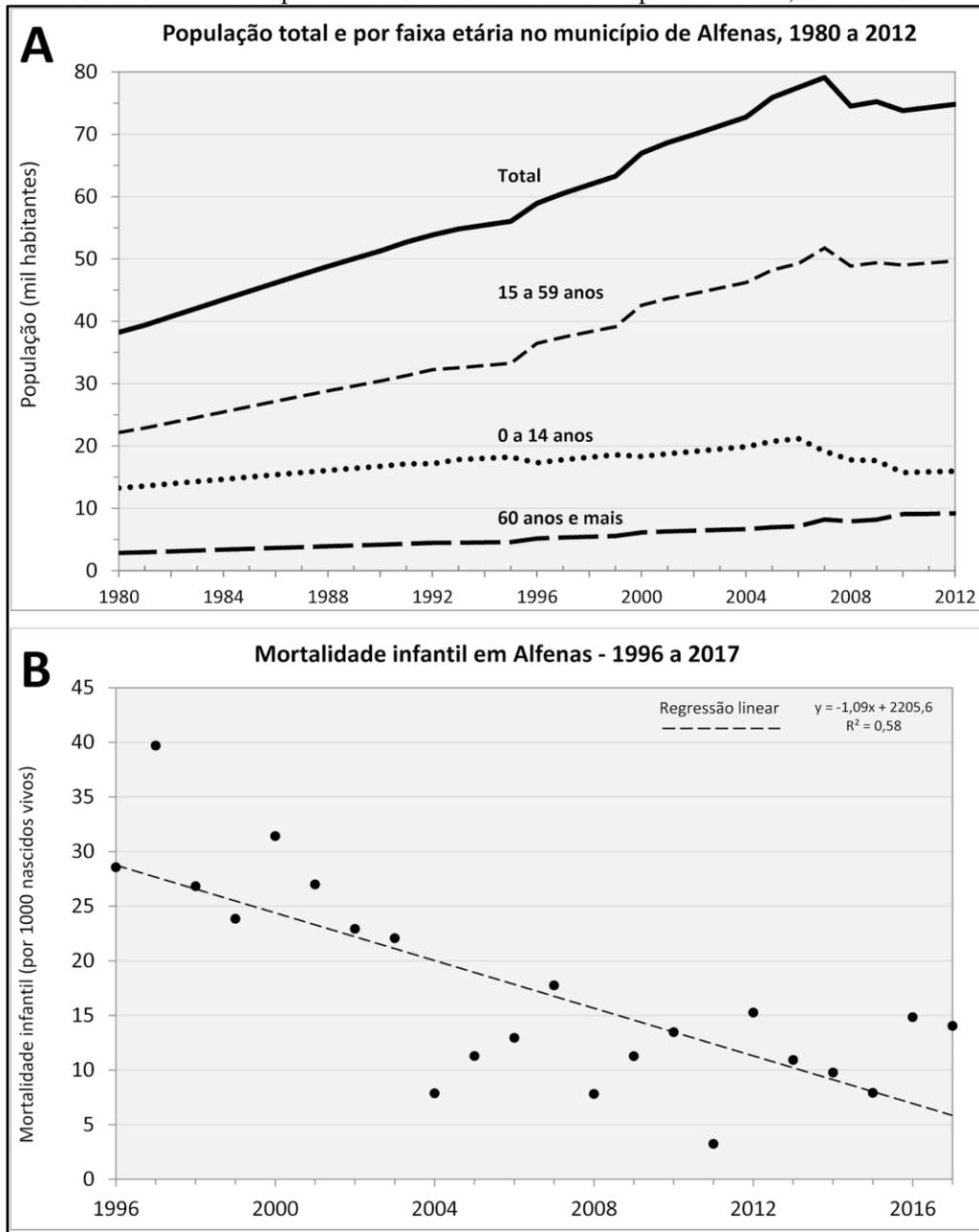
Para condução do estudo, foram seguidos os preceitos éticos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde n° 466/2012, sendo o projeto de pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL/MG (CAAE N° 02242318.7.0000.5142). Durante a realização da pesquisa, foram utilizados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual foi disponibilizado e assinado durante a realização do estudo. Os participantes tiveram acesso aos resultados da pesquisa por meio do relatório final de pesquisa, disponibilizado à gestão local e municipal.

3 Resultados e discussão

3.1 Perfil Sociodemográfico e Epidemiológico de Alfenas

De acordo com dados do censo, em 1970 o município de Alfenas contava com 28,3 mil habitantes (IBGE, 2021a). De acordo com o censo, em 2000 a população mais do que dobrou, atingiu 67,0 mil habitantes, e a projeção para 2016 foi de 79,2 mil habitantes. A faixa etária com o maior número de habitantes é a da população com 15 a 59 anos, estimada em 49,7 mil habitantes em 2021 (Figura 2A). A taxa de mortalidade infantil em Alfenas também diminuiu de 29,9 óbitos por mil nascidos vivos (1996 a 2000) para 11,5 por mil nascidos vivos (2013 a 2017), conforme verifica-se na Figura 2B.

Figura 2: A: População total e por faixa etária no município de Alfenas, 1980 a 2012 B: Tendência da Mortalidade infantil por 1000 nascidos vivos no município de Alfenas, 1996 a 2017



Fonte: elaborado pelos autores

A diminuição da taxa de natalidade, da taxa de mortalidade infantil e o envelhecimento da população caracterizam o processo de transição demográfica que tem ocorrido no Brasil nas últimas décadas. Essas transformações não ocorrem de forma simultânea no Brasil, sendo que as macrorregiões Sul e Sudeste lideram esse processo (Vasconcelos; Gomes, 2012). Essas mudanças estão relacionadas, entre outros condicionantes, ao processo de urbanização e industrialização mais robusto nesses dois recortes regionais. No estado de Minas Gerais, as macrorregiões de saúde do Sul e Centro tomaram a frente, em oposição com o Norte e Jequitinhonha (Bando, 2018). Em termos



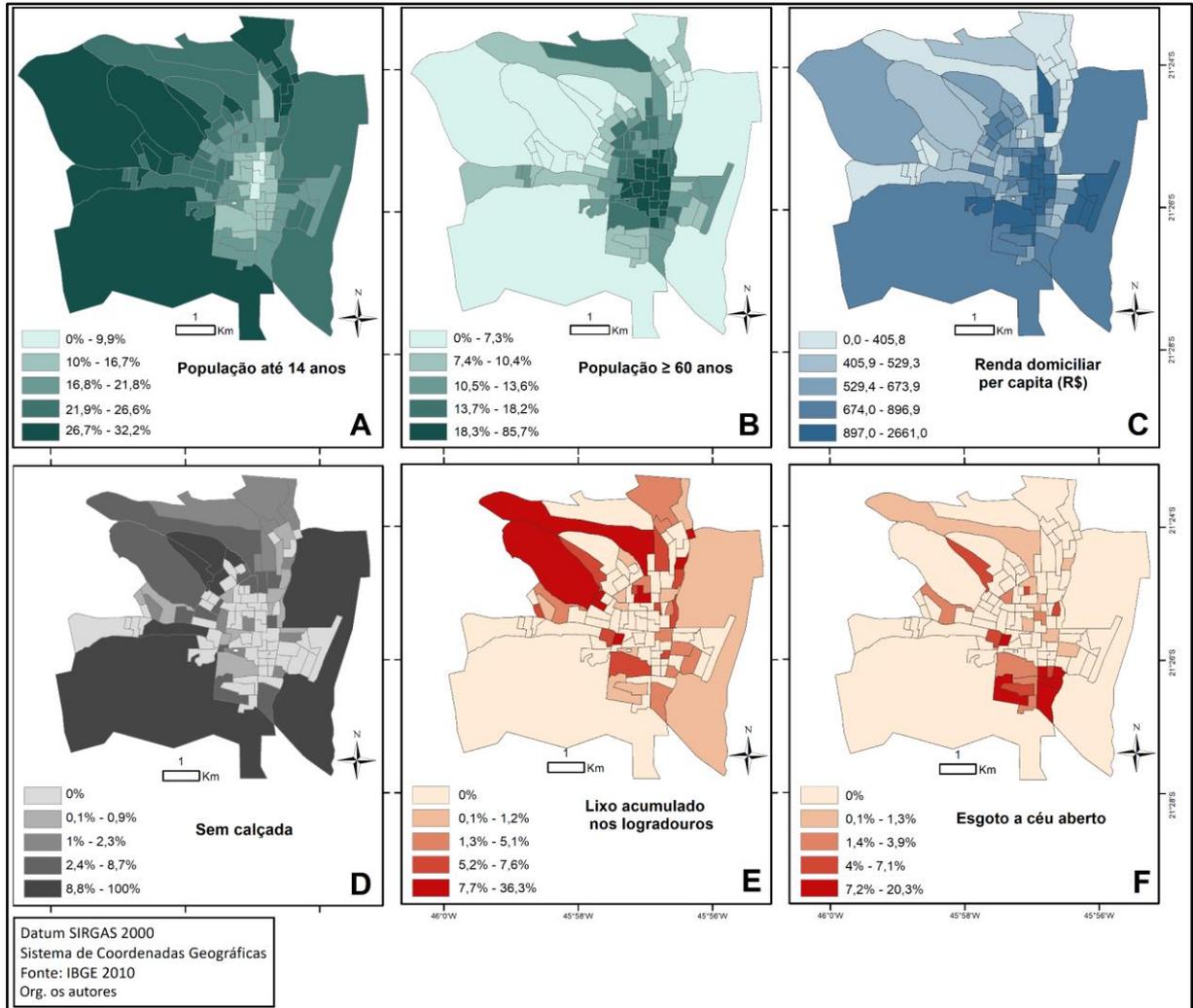
gerais, múltiplos fatores estão relacionados com esse fenômeno e a melhora na condição de vida do brasileiro, como o processo de urbanização, acesso da população à rede de água e esgotamento sanitário, a serviços de saúde, vacinação e escolarização.

A coleção de mapas a seguir apresenta indicadores sociodemográficos relacionados à estrutura etária, rendimento e características do entorno, como pavimentação e saneamento no município de Alfenas (Figura 3). Nota-se que o percentual de idosos concentra-se na região central e diminui gradativamente no sentido das periferias (Figura 3B). Na zona oeste, nota-se um padrão linear, formado pelos bairros Santa Clara e Pinheirinho, com percentuais baixos e médios, variando de 7,4 a 13,6%. A distribuição de crianças e jovens é complementar aos idosos, ou seja, é menor na região central, no centro-sul e no centro-norte (Figura 3A).

De acordo com dados do IBGE, em 2020, o salário médio mensal em Alfenas era de 2,4 salários-mínimos, ocupando a posição 44 dos 853 municípios de Minas Gerais (IBGE, 2021a). Nota-se que os setores com maior renda per capita localizam-se na região central, a leste (bairro Jardim Aeroporto) e a oeste (Colinas Park). Nessas áreas, a renda pode ser até quatro vezes maior em relação à média do município. Em setores próximos a esses bairros, a renda é acima da média. Os setores com piores situações econômicas situam-se no extremo oeste (bairros Santa Clara e Pinheirinho), e em alguns setores no extremo norte (Jardim Primavera), não passando de R\$ 438,30. A oeste (Jardim Alvorada) e noroeste (Distrito Industrial) a renda é abaixo da média (Figura 3C).

Pode-se observar que o maior percentual de áreas sem calçada situa-se nas periferias, ao norte, noroeste e leste (Figura 3D). Ao centro, ao sul e a leste do município, o percentual de áreas sem calçada é quase nulo. Maior percentual de áreas com lixo acumulado nos logradouros localiza-se ao norte e a noroeste. O centro e Jardim Aeroporto apresentaram os menores percentuais. (Figura 3E). A região sul apresentou maiores percentuais de áreas com esgoto a céu aberto, junto com alguns setores a centro-oeste e ao norte (Figura 3F). De forma geral, é possível notar que a região central do município possui melhores condições socioeconômicas, de infraestrutura e saneamento. Partindo do centro no sentido das periferias, os indicadores mostram uma transição, com condições desfavoráveis para essas áreas, onde fica evidente que existem diferentes contextos dentro de uma mesma cidade. De certa forma, como ocorre nos grandes centros do país, é possível afirmar que em Alfenas há segregação territorial que marca o espaço das cidades brasileiras.

Figura 3: Indicadores sociodemográficos em Alfenas (MG) por setor censitário, 2010. A: População até 14 anos (%); B: População ≥60 anos (%); C: Renda domiciliar per capita (R\$); D: Sem calçada (%); E: Lixo acumulado nos logradouros (%); F: Esgoto a céu aberto



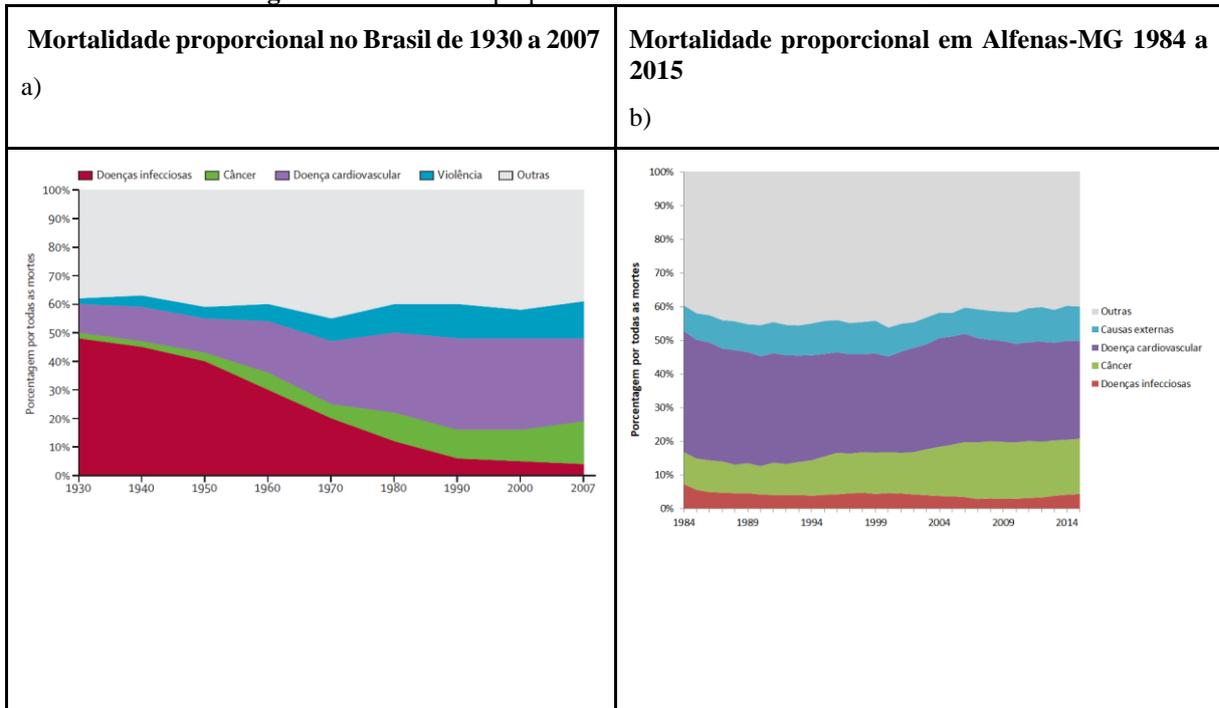
Fonte: elaborado pelos autores

Em relação à distribuição das taxas de mortalidade segundo causa básica de óbito, no Brasil, na década de 1930, as doenças infecciosas correspondiam a quase 50% da carga de mortes (Barreto, 2011). Nota-se maior velocidade de diminuição a partir da década de 1950. A partir de 1990, a diminuição ocorre de forma tênue. Câncer e violências apresentaram aumento em todo período. Doenças cardiovasculares apresentaram aumento expressivo a partir de 1950, sendo a principal causa de morte nos últimos anos (Figura 4a).

Para o município de Alfenas, é possível notar algumas semelhanças com os dados do Brasil. A maior carga é das doenças cardiovasculares, no início do período com cerca de 35%, chegando a cerca de 30% nos últimos anos, situação presente já apontado pela literatura, em que o país vivencia uma situação de saúde de tripla carga de enfermidades,

com predomínio das doenças cardiovasculares, persistências das doenças infecciosas e aumento das causas externas (Peixoto, 2020). O percentual de câncer aumentou em todo período e atingiu cerca de 16% nos últimos anos. Morte por causas externas, que inclui acidente de transporte, homicídio, suicídio, também aumentou de forma tênue, de 8% no início para 10% nos últimos anos. Doenças infecciosas apresentaram diminuição nos primeiros anos, de 7% para 4% em 1990. Doenças cardiovasculares compreendem a principal causa de óbito, semelhante aos dados brasileiros, resultado da transição epidemiológica prolongada e tripla carga de doenças (Figura 4b).

Figura 4: Mortalidade proporcional no Brasil e em Alfenas-MG



Fonte: Barreto *et al.* 2011

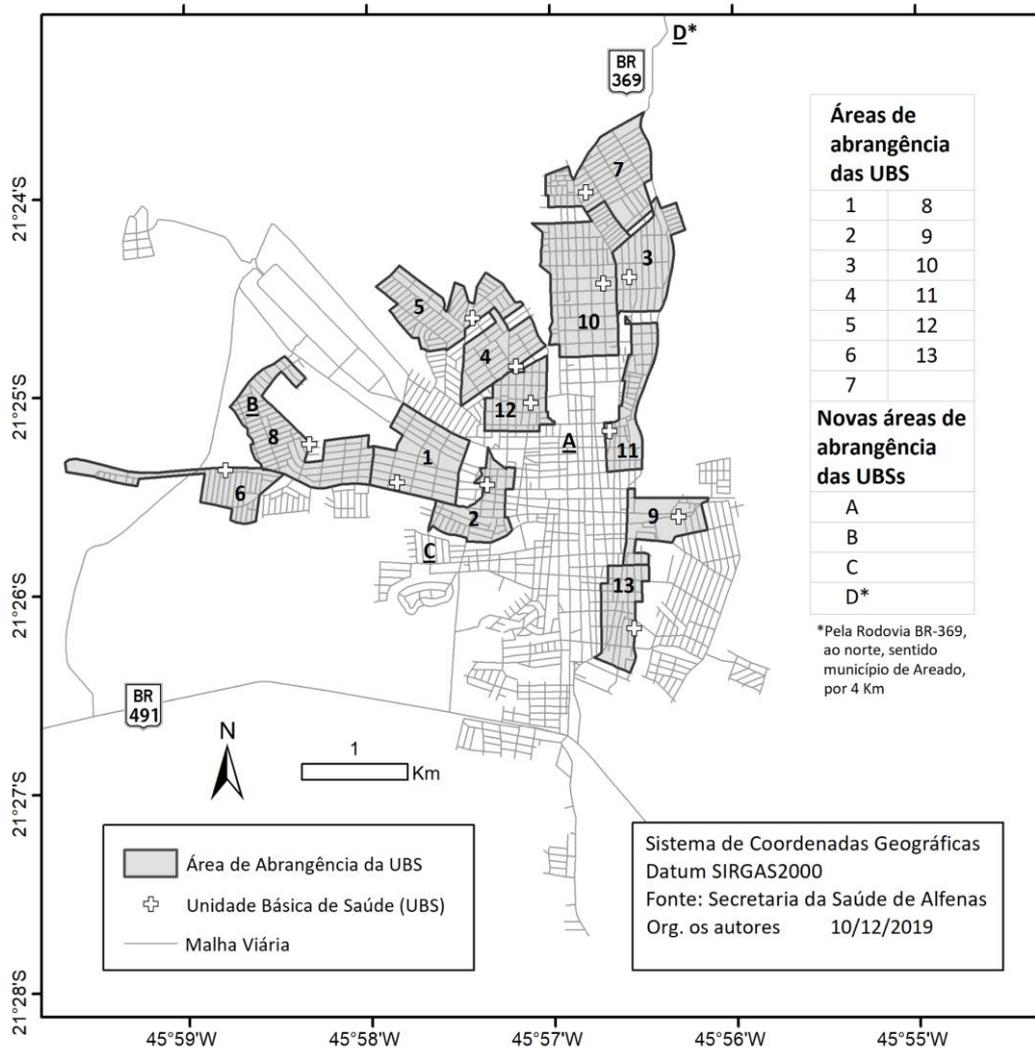
3.2 Áreas de abrangência das UBS em Alfenas-MG

A construção do mapa a seguir foi baseada em dados disponíveis no site da Secretaria Municipal de Saúde de Alfenas, onde encontra-se a área de abrangência da UBS Lua. Nota-se que Alfenas não têm toda sua área coberta pelas áreas de abrangência de UBS, como na região central e região leste. Essas áreas, como pode-se observar, possuem maior renda per capita (Figura 3C).

A UBS Lua, *locus* desta pesquisa, situa-se em uma área de implantação já consolidada e opera sob a lógica da ESF. Esta possui 2.814 usuários cadastrados, sendo 1.492 mulheres e 1.322 homens. Em relação à distribuição por faixa etária, a maior parte se concentra entre 30 e 55 anos, e cerca de 20% pertencem a uma classe econômica baixa.

No momento da pesquisa, o município de Alfenas contava com 13 UBS ESF implantadas. Somado a isso, encontravam-se em implantação outras quatro UBS, compondo assim novas áreas de abrangência no município, conforme é possível observar na Figura 5.

Figura 5: Abrangência das UBS em Alfenas-MG. De 1 a 13: UBS já implantadas; De A a D: UBS em implantação



Fonte: elaborado pelos autores

3.3 Formações discursivas e ideológicas sobre a territorialização

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma das maiores políticas sociais do mundo e sua configuração e funcionamento são permeados de desafios de ordem histórica. Parte-se aqui de um gesto de análise que considera a necessidade de imprimir modos de gestão em saúde que permitam superar as formas que não atendem às perspectivas da reforma sanitária. A territorialização, como instrumento de trabalho na atenção básica, junto com outras ferramentas de gestão (dos processos de trabalho, do cuidado ou da clínica),



confere a possibilidade de coordenação do cuidado para a AB, tal qual esperado para o cumprimento de sua função na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Para que o sistema de saúde assuma como premissa este papel para a AB, o de coordenador da atenção e do cuidado, é necessária uma profunda reconfiguração nos processos de gestão, já apontada na literatura (Araújo; Pontes, 2012).

Aqui, neste artigo, discorre-se sobre as formações discursivas e ideológicas em torno do ideário de território para a atenção primária. Foram realizadas duas entrevistas com o(a) administrador(a) de uma Unidade Básica de Saúde da zona urbana de Alfenas.

3.4 Formação Discursiva (FD) 1: Lidando com o território como parte de uma encomenda ou tarefa

O sentido de território está estabilizado no campo da saúde como espaço do estabelecimento de relações sociais, da vivência de problemas de saúde e da interação com equipes de trabalhadores de saúde que compõem a AB. Para essa, a memória discursiva de território se assenta sobre o ideário de responsabilidade sanitária (Gondim; Monken, 2009; Gondim, 2011).

O contato com o corpus de estudo intencionou evidenciar a forma como o discurso do(a) gestor(a) da UBS é interpelado por sentidos concernentes ao funcionamento da AB naquele espaço. Ao ser questionado(a) sobre o reconhecimento do território daquela comunidade, destaca-se a compreensão do território como espaço de execução de atividades previamente encomendadas e o papel da equipe nessa execução.

*“A gente tem a política de atenção básica, não adianta a gente querer agarrar tudo, a gente aqui da nossa unidade só consegue suportar e dar assistência para 3.000 pessoas. Então, infelizmente, se a gente olhar aqui no mapa a gente vê que tem pedaço do bairro residencial Oliveira e Jd America que ficou sem **assistência**. Tá perto da gente. Infelizmente por mais que esteja próxima essa população ficou sem cobertura de UBS, sem **assistência**, essa população é encaminhada para o ambulatório municipal.” (Recorte 1)*

*“o nosso território tinha que atingir no máximo 3.000 pessoas, ficou por conta nossa estar realizando a divisão. A única orientação foi para quando atingir os 3.000 a gente parasse, não podia **atender** nenhuma família, nenhuma pessoa” (Recorte 2)*

A territorialização aqui se apresenta como um processo institucional para viabilizar a oferta de ações de saúde, providas pela Unidade Básica de Saúde. Considerando algumas marcas que constituem a discursividade do sujeito, destaca-se o uso repetido do termo assistência, que se apresenta como objetivo-fim da organização do território.

A teoria do discurso nos permite compreender as condições (históricas) da



produção e circulação de um discurso pensando que é no momento em que a língua se oferece ao equívoco que os gestos ideológicos de produção de sentidos transbordam. Assim, questiona-se a qual(is) modelo(s) de atenção sustenta(m) o discurso que enuncia sobre assistência à saúde, significando atenção ou cuidado. Sobre o assunto, Matta e Morosini (2009) informam que:

Numa perspectiva histórica, a noção de atenção pretende superar a clássica oposição entre assistência e prevenção, entre indivíduo e coletividade, que durante muitos anos caracterizou as políticas de saúde no Brasil. Dessa forma, remete-se à histórica cisão entre as iniciativas de caráter individual e curativo, que caracterizam a assistência médica, e as iniciativas de caráter coletivo e massivo, com fins preventivos, típicas da saúde pública. Essas duas formas de conceber e de organizar as ações e os serviços de saúde configuraram dois modelos distintos – o modelo biomédico e o modelo campanhista/preventivista – que marcaram, respectivamente, a assistência médica e a saúde pública, faces do setor saúde brasileiro cuja separação, há muito instituída, ainda representa um desafio para a constituição da saúde em um sistema integrado (Matta; Morosini, 2009).

A territorialização como tarefa que tem como finalidade garantir assistência à população remete a processos históricos e políticos que expressam disputas por projetos na saúde. No contato com o discurso e considerando que o dito é ideologicamente constituído, observa-se o funcionamento de uma formação ideológica biomédica na execução das ações nomeadas de assistência.

“Sim, esse mapa quem realizou foi a secretaria da saúde, nós realizamos a nossa divisão em cima desse mapa. Então a gente conseguiu pegar a área descoberta que estava mais próxima da gente. Podemos observar aqui no mapa que tem umas áreas que estão sem cobertura.” (Recorte 3)

Observa-se que a delimitação geográfica de uma área, com apoio de mapa (Recorte 3), e os direcionamentos quantitativos da PNAB (Recortes 1 e 2) se constituem em importantes norteadores para o trabalho na UBS. Quando os dois direcionamentos se divergem, respeita-se os da política de saúde, não os da área geográfica. Assume-se território, portanto, com significado heterogêneo e polissêmico, mas com alinhamento ao raciocínio direcionador de política de saúde publicada pelo ente federal.

O mapa é a representação gráfica do que existe no território e a visualização espacial de informações pode trazer subsídios ao processo de vigilância em saúde, ao planejamento das ações e à execução de práticas de saúde. Assim, refletir sobre o mapa como ferramenta que permite revelar a realidade e orientar ações de saúde é possível e vem sendo discutido na literatura (Ibiapina; Bernardes, 2019). Para Foucault (1984, p. 89), “território é sem dúvida uma noção geográfica, mas é antes de tudo uma noção jurídico-política: aquilo que é controlado por um certo tipo de poder”. Considera-se discursivamente que o maior controle sobre o funcionamento da saúde daquele território



é do ente federal. Assim, as competências técnicas do município são pouco valorizadas e a competência cultural da equipe de AB que atua no território sequer é percebida.

Semelhante à Alfenas, estudo com outro município brasileiro aponta que a territorialização se restringe a delimitar a área pelo número de pessoas, sem considerar o perfil demográfico e epidemiológico.

Marcas discursivas presentes nos Recortes, a exemplo dos termos “não podia” e “infelizmente” podem ser compreendidas como efeitos do que, discursivamente, se conhece como Esquecimento número 2 (Orlandi, 2015; Hak; Gadet, 2014), ou seja: as justificativas apresentadas pelo(a) interlocutor(a) (para a ausência de responsabilidade sanitária de sujeitos em áreas de dentro do território de abrangência da UBS) somente poderiam ser as que foram descritas, e não outras. A sustentação do discurso em torno da previsão legal confere respaldo à atuação da equipe de saúde quando deixa de se responsabilizar por populações residentes dentro da área geográfica que compõem o território de abrangência da UBS.

3.5 Formação discursiva (FD) 2: Direcionamentos do trabalho em saúde dentro do território: (com) quem faz e para (quem) que é feito?

O trabalho em saúde no âmbito da Atenção Primária tem várias especificidades e, embora tido como estruturante no funcionamento do sistema de saúde, trabalhadores ainda enfrentam a baixa valorização profissional, e costumam ter pouco reconhecimento social (Teixeira *et al.* 2020).

Para a consecução das competências inerentes aos membros da equipe de saúde de Alfenas-MG, como a territorialização, objeto de análise deste estudo, o(a) gestor(a) entrevistado revela dificuldades no apoio institucional.

*“A equipe 1 já tinha delimitado a área. A equipe 2 teve que fazer a divisão das áreas de territorialização, uma análise do território, não tem participação da secretaria de saúde e nem da coordenação. Simplesmente colocaram pra nós que o nosso território tinha que atingir no máximo 3.000 pessoas, ficou por conta nossa estar realizando a divisão. A única orientação foi para quando atingir os 3000 a gente parasse, não podia **atender** nenhuma família, nenhuma pessoa” (Recorte 4).*

Cabe ao município a responsabilidade de desenhar a porta de entrada do SUS, mas é no cotidiano dos serviços da AB que o processo de trabalho se dá como um conjunto de ações coordenadas, desenvolvidas pelos próprios trabalhadores. Os saberes e métodos dos sujeitos, individuais e coletivos, são os instrumentos que originam as práticas de saúde.

Um estudo conduzido na cidade de Pirapora-MG, a Estratégia Saúde da Família



na cidade demonstrou um importante papel na reorganização dos atendimentos à saúde a nível primário, sendo eficiente e resolutivo diante dos problemas de saúde da população assistida (Costa; Ramires, 2013). A delimitação das áreas de abrangência das UBSs na cidade de Pirapora segue os limites dos bairros. Já em Alfenas, pelo que foi relatado, usa-se apenas o mapa com o arruamento.

“A gente pegou o mapa do município e vimos até onde a gente ia delimitar a nossa área de abrangência. Infelizmente, a gente não teve apoio, uma equipe para direcionar a gente. O que ajudou foi a experiência dos outros colegas, a outra equipe que ajudou. O ACS que tem mais contato com a população, ele conhece mais o território. Ele conhece sua microárea, sua população, faz um levantamento, o que é prioridade, o que é ação, qual família merece uma atenção e todas essas ações a gente discute numa reunião de equipe. Para fazer o planejamento do atendimento, diagnóstico situacional dessa área, por isso é muito importante conhecer a situação territorial.” (Recorte 5)

Observa-se, a partir dos Recortes 4 e 5, que o lugar que o(a) interlocutor(a) atribuiu a si é o de membro da equipe de saúde, não de gestor(a). Os termos “nós” e “a gente” apontam que existe um direcionamento externo, mas não há representantes externos para colaborar com a delimitação do território. A literatura sobre prática colaborativa aponta que é nessa modalidade de trabalho, em equipe, que é possível substituir o desequilíbrio nas relações de poder no cuidado em saúde por relações de parceria interprofissional e responsabilidade coletiva (Peduzzi; Agreli, 2018).

Faz-se necessário perceber que um gesto de análise discursiva não diz respeito unicamente à tomada dos textos produzidos em sua singularidade, mas à compreensão de seu contexto e suas condições de produção e enunciação. À época da entrevista, havia entrado em vigor a mais recente Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Brasil, 2017). Esse instrumento normativo foi publicado para a AB do SUS, sustentado por um discurso reformista da então chamada PEC dos Gastos (Emenda Constitucional n. 55) (Brasil, 2016). A crise política, de cunho neoliberal, desvinculou receitas para o gasto em setores sociais, incluindo a saúde, e congelou novos investimentos, ampliando o subfinanciamento do sistema.

A PNAB de 2017 colabora no movimento que Faria (2020) chamou de “desterritorialização da Atenção Básica à Saúde no SUS”. Ele explica que

A PNAB-2017 é um paradoxo, porque ao mesmo tempo que insiste na organização de uma ABS territorializada, permite arranjos estranhos ao modelo estratégico que ela mesmo propõe. Na ânsia de flexibilizar, a nova PNAB corre o risco de fragmentar ainda mais a ABS no Brasil. [...] Essa flexibilização levou, por conseguinte, ao rompimento da ESF como modelo prioritário para a ABS no Brasil. Há dois encaminhamentos sintomáticos desse rompimento na nova PNAB. O primeiro foi a quase retirada do Agente Comunitário de Saúde (ACS) da Equipe Saúde da Família (ESF) [...] O segundo encaminhamento que rompe com a unificação do modelo de ABS é



reconhecimento de uma nova forma de trabalho em equipe, a chamada equipe da Atenção Básica (eAB) (Faria, 2020).

O esforço de territorialização demandado pela gestão municipal de Alfenas-MG e relatado pelo(a) entrevistado(a) é, portanto, fruto de uma nova forma de captação de recursos financeiros para o município, alinhada ao desmonte dos pressupostos de funcionamento da Atenção Básica como parte de uma comunidade, inserida em seu território. Paradoxalmente, o que se observa na prática é que o profissional estratégico para o reconhecimento do território e garantia da atenção equânime às famílias e comunidade, segundo o(a) próprio interlocutor(a), é o agente comunitário de saúde e este é apagado na Política.

Assim, questiona-se qual é a sustentabilidade das práticas de territorialização no modelo de atenção que vem sendo adotado para a AB brasileira? Quais seriam os propósitos dessas ações no território? Em Cubatão/SP, realizou-se um estudo que, para reflexões congêneres, concluiu-se que os profissionais se sentem motivados pela filantropia e pela vocação profissional a partir da percepção de que a Atenção Básica compreende práticas com menor densidade tecnológica (Frutuoso *et al.* 2015).

“A gente é a porta de entrada do serviço de saúde, seja de baixa ou média complexidade. Então os pontos positivos são esses, de poder tá acompanhando o paciente, dar uma assistência de qualidade em todos os sentidos.” (Recorte 6).

A territorialização é uma ferramenta adotada para o trabalho em saúde, mas a relação que a UBS estabelece com os espaços sociais não parece incluir os sujeitos desse espaço. O território está posto, é estático e é importante conhecê-lo a partir dos seus dados demográficos e geográficos. A relação que a UBS estabelece com os espaços sociais no território é unidirecional e mediada pelos programas de saúde.

“Eles não sabem ainda, eles só procuram a gente no caso agudo, às vezes a gente seleciona e tchau, eles não realizam o acompanhamento. Há dificuldade em aderir ao grupo, passar tanta informação. O grupo de gestante, o tanto que é rico, elas não aderem, a gente fala da saúde da gestante, alimentação da gestante, os cuidados com recém-nascido. Fazer grupos com idosos é outra dificuldade que a gente tem. Os grupos que mais aderem são em relação à atividade física. Mas é uma luta nossa, acredito que é a maior luta nossa trabalhar a prevenção e promoção na UBS” (Recorte 7).

Espera-se que a organização dos serviços e as práticas de vigilância em saúde e territorialização do sistema local de saúde sejam fundamentadas a partir da lógica das relações entre condições de vida, ambiente e acesso às ações e serviços de saúde (Gondim *et al.* 2008). O discurso analisado remete a um território tido como somente um espaço físico a ser conhecido por seus resultados quantitativos.



Pouco se fala sobre o processo reflexivo e crítico, que incorpora as transformações territoriais advindas das vidas das pessoas, seja nas dimensões socioafetivas, simbólicas, culturais, ou ainda na reestruturação produtiva de ações para gestão local de saúde (Pessoa *et al.* 2013). Ou seja, distancia-se da discussão do território proposta por Santos (1999), que o concebe como algo em movimento e em processo contínuo de mudanças, proposta essa que foi operacionalizado por Almerin (2017) e Porto (2021), por exemplo, embora focando o uso do território por grupos diferentes.

Já relatado na literatura, as técnicas participativas que utilizam técnicas para definição da percepção geográfica do espaço servem para compartilhar os conhecimentos, permitindo agregar novas informações que muitas vezes não estão presentes nas bases de dados oficiais (Pessoa *et al.* 2013).

Os achados do estudo apontam para necessidades de maiores reflexões sobre a territorialização na Atenção Básica. O diagnóstico situacional em saúde contribui para a compreensão do território e suas vulnerabilidades, a fim de que na implementação de novos processos de trabalho, como os da territorialização, possa-se compreendê-los e possibilitar a organização das ações e serviços de saúde em função das necessidades reais da população. Observar nos discursos do gestor local as limitações encontradas para a implementação deste processo e como a rede de atenção municipal opera, reflete os desafios impostos às equipes de saúde que atuam nos territórios, e o desamparo para constituir as ações coordenadas e orientadas com capacidade de reconhecer os contextos.

Embora tenha se incluído conceitos importantes na compreensão do dinamismo presente na organização social, ainda existe uma lacuna entre o que se constrói a partir de indicadores advindos de Sistemas de Informação em Saúde disponíveis publicamente, ao que realmente é executado nos processos de gestão. Ainda há desafios a serem superados para que se conquiste um modelo de atenção pautado nas necessidades da população, percebendo os determinantes socioculturais como norteadores da ação integrada em saúde.

A estrutura e os processos de gestão que consideram a construção coletiva sobre a organização da atenção à saúde ainda são limitados. Incorporar e valorizar os múltiplos saberes presentes no debate entre gestores, trabalhadores e população, são incipientes neste processo, refletindo no modelo de atenção que será ofertado (Morosini, 2007).

Uma limitação presente no estudo foi a coleta de dados secundários em saúde, pois os mesmos se referem à escala do município de Alfenas, não sendo possível discorrer sobre o mesmo diagnóstico situacional da Unidade Básica de Saúde estudada na



perspectiva de formação dos processos de territorialização. No entanto, essa limitação foi amenizada com a apresentação da análise quantitativa municipal, um momento de discussão e entendimento sobre a dinâmica da cidade junto a realidade da UBS estudada.

4 Considerações finais

O município de Alfenas apresenta perfil epidemiológico semelhante aos dados brasileiros, incluindo aspectos demográficos e carga de doenças. Em relação ao acesso à Atenção Básica, o município não dispõe de cobertura total para a população e a Estratégia de Saúde da Família não é uma realidade para a totalidade do município. Os indicadores apresentados para o município, apesar de serem de 2010, constituem-se como ferramentas fundamentais para a efetivação de um diagnóstico situacional, norteando os processos de territorialização em nível local, como também são dispositivos úteis para a escolha do local de implantação das UBS e demais ações a serem pactuadas no planejamento em saúde.

A partir das experiências observadas, foi possível identificar que o discurso do gestor, em relação aos processos de territorialização, fundamentam-se em 02 formações discursivas distintas evidenciadas pela Formação Discursiva (FD) 1: Lidando com o território como parte de uma encomenda ou tarefa; Formação discursiva (FD) 2: Direcionamentos do trabalho em saúde dentro do território: (com) quem faz e para (quem) que é feito?

É nesse sentido, finalmente, que os processos de diagnóstico situacional e territorialização no Sistema Único de Saúde constituem-se como uma unidade dividida, onde compreendemos o modo como se instala a forma material da gestão do trabalho, sob o efeito imaginário de que todos deverão seguir demandas recebida por instâncias superiores, sem considerar as particularidades e distintas nuances que não corresponde à realidade presente nos inúmeros territórios que existem em nosso país.

Sendo assim, conforme apreendido nos discursos, o lugar do usuário e o trabalho em redes ainda se encontram distante da realidade na gestão do trabalho. Segue-se um território que está posto, fundamentado estaticamente por seus dados demográficos e geográficos.



Referências

- ALMERIN, B. **O uso do território na atenção primária à saúde**: estudo com médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família (ESF). 2017. 88 f. Dissertação (Mestrado em Gestão Pública e Sociedade) - Universidade Federal de Alfenas, Varginha, MG, 2017. Disponível em: <https://bdtd.unifal-mg.edu.br:8443/handle/tede/1083#:~:text=Portanto%2C%20diante%20dos%20dados%20obtido,s.de%20sa%C3%BAde%20e%20visitas%20domiciliares>. Acesso em: 22 fev. 2023.
- ARAÚJO, C.E.L.; PONTES, R.J.S. Constituição de sujeitos na gestão em saúde: avanços e desafios da experiência de Fortaleza (CE). **Ciência & Saúde Coletiva**, Brasília, v. 17, n. 9, p. 2357-2365, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000900016>
- BANDO, D.H. Geografia da saúde mineira. In: VALE, A. R. do; FERREIRA, M. M. (org.). **Dinâmicas Geográficas no Sul de Minas Gerais**. Curitiba: Appris, 2018. p. 49-78.
- BARRETO, M.L.; TEIXEIRA, M.G.; BASTOS, F.; XIMENES, R.A.A.; BARATA, R.B.; RODRIGUES, L.C. Successes and failures in the control of infectious diseases in Brazil: social and environmental context, policies, interventions, and research needs. **Lancet**, London, v. 377, n. 9780, p. 1877-1889, may. 2011.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2015]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 17 fev. 2023.
- BRASIL. Câmara dos Deputados. Senado Federal. Emenda Constitucional nº 95 de 15 de dezembro de 2016. Altera o ato das disposições constitucionais transitórias, para instituir o novo regime fiscal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: p. 2, c. 2, 16 dez. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 21 set. 2017.
- COSTA, V.A.; RAMIRES, J.C.L.. A estratégia saúde da família em Pirapora: Algumas reflexões quanto à cobertura e resolutividade do programa. **Hygeia, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, [s. l.], v. 9, n. 16, p. 5-17, 2013. DOI: [10.14393/Hygeia921805](https://doi.org/10.14393/Hygeia921805).
- DATASUS. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **Informações de Saúde. Assistência à Saúde**. 2021. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/>. Acesso em: 21 fev. 2023.
- DRIESSNACK, M.; SOUSA, V.D.; MENDES, I.A.C. An overview of research designs relevant to nursing: Part 3: Mixed and multiple methods. **Revista Latino-americana De Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v.15, n. 5, p. 1-4, set./out. 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000500025>.
- FARIA, R.M. A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 4521-4530, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.30662018>. 4521-4530,
- FOUCAULT, M.. **Microfísica do poder**. 4. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.



FRUTUOSO, M.F.P; MENDES, R.; ROSA, K.R.M.; SILVA, C.R.C. Gestão local de saúde em território de vulnerabilidade: motivações e racionalidades. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 337-349, abr./jun. 2015. DOI: [10.1590/0103-110420151050002003](https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002003).

GIOVANELLA, L. A atenção primária à saúde nos países da União Europeia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 951-963, maio. 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000500008>.

GONDIM, G.M.M; MONKEN, M; ROJAS, L.I; BARCELLOS, C.; PEITER, P.; NAVARRO, M.; GRACIE, R. O Território da Saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA, A.C.; BARCELLOS, C.; MOREIRA, J.C.; MONKEN, M. **Território, Ambiente e Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 237-256.

GONDIM, G.M.M; MONKEN, M. **Territorialização em Saúde**. Dicionário da Educação Profissional em Saúde, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsvj.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tersau.html>. Acesso em: 09 fev.

GONDIM, G.M.M.. **Territórios da Atenção Básica**: múltiplos, singulares ou inexistentes? 2011. 255 f. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

GUIMARÃES, R.B.; PICKENHAYN, J.A.; LIMA, S.C. **Geografia e Saúde sem Fronteiras**. Uberlândia: Assis Editora, 2014.

HAK, T.; GADET, F. **Por uma análise automática do discurso**: uma introdução à obra de Michel Pêcheux. 5. ed. Campinas: Unicamp, 2014.

IBIAPINA, E; BERNARDES, A. O mapa da saúde e o regime de visibilidade contemporâneo. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 322-336, jan./mar. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019170982>.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em: 24 fev. 2023.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades@**. Rio de Janeiro: IBGE, 2021a. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/alfenas>. Acesso em: 21 fev. 2023.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Malha Municipal**. Rio de Janeiro: IBGE, 2021b. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/malhas-territoriais/15774-malhas.html?=&t=acesso-ao-produto>. Acesso em: 21 fev. 2023.

KLEBA, M.E.; KRAUSER, I.M.; VENDRUSCOLO, C. O planejamento estratégico situacional no ensino da gestão em saúde da família. **Texto & contexto - Enfermagem**. Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 184-193, mar. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072011000100022>

MATTA, G.C.; MOROSINI, M.V.G. **Atenção à saúde**. Dicionário da Educação Profissional em Saúde, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsvj.fiocruz.br/dicionario/verbetes/atesau.html>. Acesso em: dez. 2022.

MEDRONHO, R. **Epidemiologia**. 2. ed. [s. l.]. Rio de Janeiro: Atheneu, 2011.

MINAYO, M.C. Trabalho de campo: contexto de observação interação e descoberta. In: MINAYO, M. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 30. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011. p. 61-77.



MOROSINI, M.V.G.C.; CORBO, A.D. (org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. Disponível em:

<https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/126.pdf>. Acesso em: 07 out. 2024.

ORLANDI, E.P. **Análise de discurso: princípios e procedimentos**. 12. ed. Campinas: Pontes editores; 2015.

PAIM, J.. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Lancet (Série Saúde no Brasil)**, [s. l.], v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, maio. 2011. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8).

PEDUZZI, M; AGRELI, H.F.. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 22 (Supl. 2), 2018, p. 1525-1534. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>.

PEIXOTO, S.V. A tripla carga de agravos e os desafios para o Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 2912-2912, ago. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020258.14672020>.

PEREIRA, M.P.B.; BARCELLOS, C.C. O território no programa de saúde da família. **HYGEIA, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, Uberlândia, v. 2, n. 2, p. 47-55, jun. 2006. DOI: <https://doi.org/10.14393/Hygeia216847>

PESSOA, V.M; RIGOTTO, R. M.; CARNEIRO, F. F.; TEIXEIRA, A. C. A. Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2253-2262, ago. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000800009>

PORTO, G.C.S.. Patrimonialização, território usado e processo de registro da feira livre de domingo de Alfenas (MG) como bem cultural imaterial do município. **Caderno de Geografia**, Belo Horizonte, v. 31, Número Especial 2, p. 187-202. 2021. DOI: <https://doi.org/10.5752/P.2318-2962.2021v31nesp2p187>

RIPSA. Rede Interagencial de informação para a Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

SANTOS, M. O Território e o Saber Local: algumas categorias de análise. **CADERNOS IPPUR**, Cidade da revista, Ano XIII, n. 2, p. 07-12, ago./dez. 1999.

SANTOS A.L.; RIGOTTO, R.M. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trab Educ Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 387-406, nov. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462010000300003>

TASCA, R.; MASSUDA, A.; CARVALHO, W.M.; BUCHWEITZ, C.; HARZHEIM, E. Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, [s. l.], v. 44, n. 4, p. 01-08. 2020.

TEIXEIRA, C.F.S., SOARES, C.M.; SOUZA, E.A.; LISBOA, E.S.; PINTO, I.C.M.; ANDRADE, L.R.; ESPIRIDÍÃO, M.A. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 3465-3474, set. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>.

VASCONCELOS, A.M.N.; GOMES, M.M.F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 539-548, dez. 2012.



Pesquisa

ISSN 2525-8222

DOI: <http://dx.doi.org/10.33361/RPQ.2024.v.12.n.32.659>

WALSH, J.A.; WARREN, K.S. Selective Primary Care – An interim Strategy for disease control in developing countries. **The New England Journal of Medicine**, [S. l.], v. 301, n. 18, p. 967-974, may. 1979. DOI: [10.1056/NEJM197911013011804](https://doi.org/10.1056/NEJM197911013011804).

Recebido em: 25 de maio de 2023.

Aceito em: 20 de abril de 2024.