



UNIVERSIDADE
ESTADUAL de LONDRINA

ANGELA CRISTINA SCHNEIDER

**A TERRITORIALIZAÇÃO NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE: DESAFIOS ENTRE O
MODELO NORMATIVO E SUA IMPLEMENTAÇÃO
NOS MUNICÍPIOS PARANAENSES**

ANGELA CRISTINA SCHNEIDER

**A TERRITORIALIZAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE: DESAFIOS ENTRE O MODELO NORMATIVO
E SUA IMPLEMENTAÇÃO NOS MUNICÍPIOS
PARANAENSES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina (UEL) como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. João Felipe Marques da Silva

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

Schneider, Angela Cristina .

A TERRITORIALIZAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: DESAFIOS ENTRE O MODELO NORMATIVO E SUA IMPLEMENTAÇÃO NOS MUNICÍPIOS PARANAENSES / Angela Cristina Schneider. - Londrina, 2026. 98 f.

Orientador: João Felipe Marques.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2026.

Inclui bibliografia.

1. Territorialização da Atenção Primária; - Tese. 2. Processo de trabalho em saúde; - Tese. 3. Atenção Primária à Saúde; - Tese. 4. Políticas Governamentais. - Tese. I. Marques, João Felipe . II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

CDU 614

ANGELA CRISTINA SCHNEIDER

**A TERRITORIALIZAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE: DESAFIOS ENTRE O MODELO NORMATIVO
E SUA IMPLEMENTAÇÃO NOS MUNICÍPIOS
PARANAENSES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina (UEL) como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Banca examinadora:

Orientador Prof. Dr. João Felipe Marques
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof. Dr.^a Brígida Gimenez Carvalho
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Dra Karla Giovana Bavaresco Ulinski
Secretaria Municipal de Saúde de Rolândia -
PR

Londrina, 25 de junho de 2026.

DEDICATÓRIA

A Deus, pela dádiva da vida e da saúde, por ser meu alicerce em todos os momentos e por sustentar esta trajetória com fé, força e serenidade. Foi na confiança em Sua presença constante que encontrei equilíbrio para perseverar e concluir este percurso.

À minha família, fundamento essencial da minha caminhada. Ao meu marido, Rodrigo, pelo amor, companheirismo e apoio incondicional ao longo de todo o processo. Às minhas filhas, Luísa e Melina, fontes permanentes de inspiração e sentido. Luísa, sempre atenta e cuidadosa com a mamãe e com meu bem-estar, fez-se companheira constante nesta caminhada, oferecendo carinho, presença e incentivo nos momentos mais exigentes, além de me inspirar, com sua alegria e sensibilidade, a ser uma pessoa melhor. Melina, que chegou durante esta jornada, trouxe ainda mais luz à minha vida, renovando minhas forças e dando novo sentido a cada passo percorrido.

“Porque Dele, por meio Dele e para Ele são todas as coisas.” (Romanos 11:36)

AGRADECIMENTOS

A Deus, primeiramente, agradeço pela dádiva da vida, pela saúde, pela força diária, pela fé que me sustentou e pelo cuidado constante ao longo de toda esta caminhada. Sou grata por Sua presença fiel e por tornar possível a concretização de um sonho que Ele conhece desde o íntimo do meu coração.

Ao meu marido, Rodrigo, expresso minha profunda gratidão pelo companheirismo, pelo incentivo permanente e pela generosidade demonstrada ao longo deste percurso. Muitas vezes, abriu mão de seus próprios interesses para que eu pudesse me dedicar à realização do mestrado, tornando-se apoio essencial para que este propósito fosse alcançado.

Às minhas filhas, Luísa e Melina, agradeço por serem fonte diária de amor e inspiração. Luísa, com seu jeito carinhoso e alegre, sempre me incentivou a ser uma pessoa melhor, trazendo leveza e esperança aos dias mais desafiadores. Melina, que chegou durante esta caminhada, iluminou ainda mais minha vida, renovando minhas forças e dando novo significado a cada etapa deste processo.

Aos meus colegas de trabalho, agradeço pela compreensão, pelo apoio e pela dedicação durante os períodos de minha ausência. Mesmo diante dos desafios, não permitiram que o trabalho fosse comprometido e, além disso, sempre me incentivaram a seguir adiante, contribuindo de forma decisiva para que esta trajetória fosse possível.

Ao meu orientador, João, registro minha sincera gratidão pela orientação cuidadosa, pelo incentivo constante e pela disponibilidade ao longo de todo o processo. Sua atuação foi além da orientação acadêmica, estendendo-se a conselhos sábios e palavras oportunas que foram fundamentais para enfrentar os desafios e construir este trabalho. Sou profundamente grata a Deus por ter sido você o meu orientador, pois sua orientação foi essencial para a concretização desta pesquisa.

Por fim, agradeço a Deus pela realização deste sonho. Ele sabe que esta formação era um desejo profundo do meu coração e, por Sua graça, tudo se tornou possível.

SCHNEIDER. Angela Cristina. **A territorialização na Atenção Primária à Saúde: desafios entre o modelo normativo e sua implementação nos municípios paranaenses**. 2026. 99 fls. Dissertação de Mestrado – Programa de Pós - Graduação em Saúde Coletiva, – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2026.

RESUMO

A territorialização constitui um dos pilares estruturantes da Atenção Primária à Saúde (APS), por possibilitar a delimitação de populações adscritas e a compreensão ampliada das condições de vida, vulnerabilidades e necessidades em saúde nos territórios. Esta dissertação teve como objetivo compreender as práticas de territorialização desenvolvidas na APS nos municípios do estado do Paraná, com ênfase na organização do processo de trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família. Trata-se de estudo de método misto, com abordagem descritivo-analítica e qualitativa, desenvolvido em duas etapas sequenciais. Na primeira etapa, foram analisados dados secundários provenientes de questionários eletrônicos aplicados pelo Tribunal de Contas do Estado do Paraná (TCE-PR) aos 399 municípios paranaenses em 2023, especificamente no bloco “Territorialização e Vínculos”. As respostas foram categorizadas em conformidades e não conformidades, evidenciando fragilidades sobretudo nas práticas que demandam maior capacidade de análise, planejamento e utilização do território como elemento estruturante do processo de trabalho. A análise estatística transversal, realizada por meio do coeficiente de correlação de Spearman, identificou associações significativas entre os padrões regionais de não conformidades e o escore total estadual, demonstrando distribuição relativamente homogênea das fragilidades entre as macrorregiões do estado. Na segunda etapa, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com coordenadores municipais da APS, submetidas à análise de conteúdo, proposta por Laurence Bardin. Emergiram quatro categorias analíticas: territorialização impulsionada por exigências externas; distanciamento entre instrumentos formais e prática cotidiana; centralidade do Agente Comunitário de Saúde na leitura territorial; e dificuldades estruturais relacionadas à sobrecarga assistencial e à rotatividade profissional. Conclui-se que a territorialização, embora institucionalmente prevista como diretriz organizadora da APS, permanece tensionada por limitações organizacionais, fragilidades operacionais e induções avaliativas externas, sendo concretizada predominantemente a partir do trabalho vivo das equipes. Os achados revelam a persistente distância entre o modelo normativo da territorialização e sua implementação concreta nos municípios paranaenses.

Palavras-chave: Territorialização da Atenção Primária; Atenção Primária à Saúde; Processo de trabalho em saúde; Organização e Políticas Governamentais.

SCHNEIDER. Angela Cristina. **Territorialization in Primary Health Care: Challenges Between the Normative Model and Its Implementation in Municipalities of Paraná State, Brazil** . 2026. 99 fls. Dissertação de Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2026.

ABSTRACT

Territorialization constitutes one of the structuring pillars of Primary Health Care (PHC), as it enables the delimitation of enrolled populations and a broader understanding of living conditions, vulnerabilities, and health needs within territories. This dissertation aimed to understand territorialization practices developed in PHC in the municipalities of the state of Paraná, Brazil, with emphasis on the organization of the work process of Family Health Strategy teams. This is a mixed-methods study with a descriptive-analytical and qualitative approach, developed in two sequential stages. In the first stage, secondary data from electronic questionnaires applied by the Court of Accounts of the State of Paraná (TCE-PR) to the 399 municipalities of Paraná in 2023 were analyzed, specifically focusing on the “Territorialization and Bonds” section. Responses were categorized into conformities and non-conformities, revealing weaknesses particularly in practices requiring greater capacity for analysis, planning, and use of territory as a structuring element of the work process. Cross-sectional statistical analysis, performed using Spearman’s correlation coefficient, identified significant associations between regional patterns of non-conformities and the total state score, demonstrating a relatively homogeneous distribution of weaknesses across the state’s macro-regions. In the second stage, semi-structured interviews were conducted with municipal PHC coordinators and analyzed according to Laurence Bardin’s content analysis framework. Four analytical categories emerged: territorialization driven by external requirements; the gap between formal instruments and daily practice; the central role of Community Health Workers in territorial assessment; and structural difficulties related to workload overload and professional turnover. It is concluded that territorialization, although institutionally established as an organizing guideline for PHC, remains constrained by organizational limitations, operational weaknesses, and external evaluative pressures, being implemented predominantly through the living labor of healthcare teams. The findings reveal a persistent gap between the normative model of territorialization and its actual implementation in the municipalities of Paraná.

Keywords: Primary Health Care Territorialization; Primary Health Care; Health Work Process; Organization and Government Policies.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fases do processo de territorialização	29
Figura 2 - Faixa de pessoas vinculadas e acompanhadas por equipe de saúde da família e equipe de atenção primária à saúde.....	31
Figura 3 - Mapa político do Paraná	40
Figura 4 - Categorias analíticas da análise de conteúdo das entrevistas.....	55

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Tabela 1: Panorama social e geográfico dos municípios paranaenses.....	42
Quadro 1: Questões selecionadas para análise da territorialização da APS.....	44
Quadro 2: Distribuição entre os percentuais de práticas de territorialização realizadas e não realizadas pelas UBS, Paraná, 2023.....	51
Tabela 2: Correlação entre as não conformidades por macrorregião de saúde do Paraná e o total de não conformidades, 2023.....	54

ANEXOS E APÊNDICES

Apêndice A - Roteiro entrevista semi estruturado.....	90
Anexo A - Parecer consubstanciado do CEP.....	92
Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	97

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

CMS – Conselho Municipal de Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

eAB – Equipes de Atenção Básica

ESB – Equipe de Saúde Bucal

eSF – Equipe Saúde da Família

IED - Índice de Equidade da Dimensão

IVS – Índice de Vulnerabilidade Social

IPARDES – Instituto Paranaense de Desenvolvimento Social

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PCA – Prestação de Contas Anual

PNAB – Política Nacional da Atenção Básica

PROGOV – Programa de Avaliação de Contas Municipais do governo

PSF– Programa Saúde da Família

RAS – Rede de Atenção à Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

TCE – Tribunal de Contas do Estado

UEL – Universidade Estadual de Londrina

UEM – Universidade Estadual de Maringá

UNIOESTE – Universidade Estadual do Oeste do Paraná

UFPR – Universidade Federal do Paraná

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO.....	14
2 INTRODUÇÃO.....	17
3 OBJETIVOS.....	19
3.1 OBJETIVO GERAL.....	19
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	19
4 REFERENCIAL TEÓRICO.....	20
4.1 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CONTEXTO DO SUS - FUNDAMENTOS, DEBATES E PERCURSO HISTÓRICO.....	20
4.2 CONCEITUAÇÃO DO TERRITÓRIO.....	24
4.3 TERRITÓRIO COMO EIXO ESTRUTURANTE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	27
4.4 PRÁTICAS DE TERRITORIALIZAÇÃO NA GESTÃO E NO COTIDIANO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	28
4.5 TERRITORIALIZAÇÃO E GESTÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NOS MUNICÍPIOS DO PARANÁ.....	32
4.6 CONTROLE E MONITORAMENTO NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA - PROGRAMA DE AVALIAÇÃO DAS CONTAS MUNICIPAIS DO GOVERNO - PROGOV.....	34
5 PERCURSO METODOLÓGICO.....	38
5.1 CONTEXTO INSTITUCIONAL E ASPECTOS ÉTICOS.....	38
5.2 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	39
5.3 CAMPO DE ESTUDO.....	40
5.4 ANÁLISE DESCRITIVO ANALÍTICA - COLETA DE DADOS SECUNDÁRIOS.....	43
5.5 ANÁLISE QUALITATIVA - REALIZAÇÃO DE ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS COM COORDENADORES DA APS DE MUNICÍPIOS SELECIONADOS.....	47
6 RESULTADOS.....	50

6.1 ANÁLISE QUESTIONÁRIO PROGOV.....	49
6.2 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS.....	54
6.2.1 Territorialização Impulsionada por Exigências Externas.....	57
6.2.2 A Distância Entre a Prática Cotidiana no Território e o Uso dos Instrumentos Formais de Planejamento.....	58
6.2.3 O Papel Central do Agente Comunitário de Saúde no Reconhecimento do Território.....	61
6.2.4 Dificuldades Estruturais que Limitam o Planejamento Territorial.....	62
7 DISCUSSÃO.....	65
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	76
9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	80
APÊNDICES E ANEXOS.....	90

1 APRESENTAÇÃO

Este trabalho busca compreender as práticas de territorialização desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde (APS) nos municípios do estado do Paraná, com ênfase na organização do processo de trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Parte-se da compreensão de que existe uma tensão permanente entre o modelo normativo instituído pelas políticas públicas e as condições concretas de sua operacionalização nos serviços de saúde. Assim, procura-se analisar a distância — por vezes sutil, por vezes expressiva — entre a territorialização concebida no plano das diretrizes institucionais e aquela efetivamente produzida no cotidiano das práticas em saúde.

A construção desta investigação está diretamente relacionada à minha trajetória profissional no campo da saúde. Durante minha formação inicial, atuei no ambiente hospitalar, adquirindo experiência na clínica médica e no pronto-socorro. Após alguns anos de atuação nesse contexto assistencial, ingressei, por meio de concurso público, na APS, passando a atuar em Unidades Básicas de Saúde (UBS). Nesse espaço, permaneci por seis anos diretamente na assistência, acompanhando de perto o cotidiano das equipes e os múltiplos desafios que atravessam o trabalho na APS. Posteriormente, assumi funções de gestão como coordenadora da APS em âmbito municipal.

Foi nesse percurso profissional que se consolidou meu interesse pela APS, ao mesmo tempo em que surgiram inquietações relacionadas às demandas e aos desafios presentes no cotidiano das equipes. Ao acompanhar processos de planejamento das ações, cadastramento populacional, acompanhamento das famílias e utilização de instrumentos de monitoramento e avaliação, passei a questionar de que forma o território vem sendo incorporado — ou não — como categoria organizadora do cuidado e da gestão das ações em saúde.

A oportunidade de aprofundar essa reflexão no âmbito do Mestrado em Saúde Coletiva possibilitou transformar as inquietações oriundas da prática profissional em objeto sistematizado de investigação científica. Ao buscar fundamentação teórica e empírica para compreender o processo de territorialização na APS, identifiquei a relevância de analisar não apenas sua previsão normativa nas

políticas públicas, mas também sua efetiva incorporação ao processo de trabalho das equipes e às práticas de gestão desenvolvidas no âmbito municipal.

Parte-se do pressuposto de que a territorialização constitui um dos elementos estruturantes da organização da APS, ao orientar o planejamento das ações, a adscrição da população, o reconhecimento das necessidades de saúde e a organização das práticas de cuidado no território. Entretanto, compreende-se também que sua implementação envolve desafios institucionais, operacionais e de gestão que influenciam diretamente as formas pelas quais essa diretriz é apropriada e operacionalizada pelos municípios e pelas equipes de saúde.

A partir dessa perspectiva, este trabalho está organizado em oito capítulos.

No primeiro capítulo, apresenta-se a introdução, na qual é contextualizado o tema da pesquisa, o problema investigado e sua relevância para o campo da Saúde Coletiva, bem como os elementos que orientam a construção da investigação.

No segundo capítulo, são apresentados o objetivo geral e os objetivos específicos da pesquisa, delimitando o foco analítico do estudo e explicitando as questões que orientaram o desenvolvimento da investigação.

No terceiro capítulo, aborda-se o contexto da pesquisa, apresentando a caracterização do estado do Paraná e aspectos relevantes da organização da APS no território estudado.

No quarto capítulo, é desenvolvido o referencial teórico, no qual apresento a contextualização histórica e conceitual da APS no Brasil, discutindo sua centralidade na organização do Sistema Único de Saúde (SUS), os marcos normativos da Política Nacional de Atenção Básica e o papel da ESF na reorganização do modelo assistencial. Neste capítulo também é aprofundada a discussão sobre território e territorialização, dialogando com a produção teórica da saúde coletiva e da geografia crítica, bem como com os fundamentos do processo de trabalho em saúde.

No quinto capítulo descreve-se a trajetória metodológica do estudo. É apresentado o delineamento de um método misto, constituído por abordagem descritivo-analítica e qualitativa, a utilização de dados secundários provenientes de questionários aplicados aos municípios paranaenses e a realização de entrevistas

semiestruturadas com coordenadores da APS. Também são detalhados os critérios de seleção dos participantes, o período e o local da coleta de dados, os procedimentos de análise descritiva e qualitativa, bem como os aspectos éticos que orientaram a condução da pesquisa.

Os sexto e sétimo capítulos contemplam a apresentação e a discussão dos resultados. Inicialmente apresentam-se os achados quantitativos relacionados às práticas de territorialização nos municípios do estado. Na sequência discutem-se as categorias analíticas emergentes das entrevistas realizadas com gestores da APS, articulando os dados empíricos ao referencial teórico adotado. A análise evidencia tanto potencialidades quanto fragilidades na incorporação do território como eixo estruturante da organização do cuidado.

Por fim, no oitavo capítulo são apresentadas as considerações finais, retomando os objetivos da pesquisa à luz dos resultados encontrados, sistematizando as principais análises e apontando as contribuições do estudo para a gestão municipal, para o fortalecimento da APS e para o avanço do debate acadêmico sobre territorialização no contexto do SUS.

Ao articular minha experiência profissional com o campo teórico da Saúde Coletiva, busco contribuir para a reflexão sobre os modos pelos quais a territorialização vem sendo incorporada ao cotidiano da APS. Espero que as análises aqui desenvolvidas possam colaborar para o aprimoramento das práticas de gestão e organização do cuidado no âmbito do SUS, especialmente no que se refere ao fortalecimento da perspectiva territorial no trabalho das equipes de saúde.

2 INTRODUÇÃO

A APS ocupa posição estratégica no SUS, sendo responsável não apenas pelo acesso inicial dos indivíduos ao sistema, mas também pela coordenação, continuidade e integralidade do cuidado (BRASIL, 2017). Desde a Constituição Federal de 1988, que instituiu o SUS sob os princípios da universalidade, integralidade e equidade, a APS consolidou-se como eixo estruturante da organização das políticas públicas de saúde no Brasil (STARFIELD, 2002). A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a ESF reafirmaram essa centralidade ao aproximar o cuidado das comunidades e ao atribuírem à APS o papel de ordenadora das redes de atenção (BRASIL, 2017; MENDES, 2010).

Nesse modelo, a territorialização não figura como elemento acessório, mas como fundamento organizador do processo de trabalho. O território, longe de ser mero recorte geográfico, é compreendido como espaço social, político e cultural, atravessado por relações de poder, fluxos econômicos e práticas cotidianas (MENDES, 1993). A contribuição de Milton Santos aprofunda essa compreensão ao afirmar que o território é, simultaneamente produto e produtor das relações sociais, sendo continuamente “usado” e recriado pelos sujeitos (SANTOS, 1998). Assim, territorializar implica interpretar dinâmicas sociais, reconhecer desigualdades e organizar o cuidado a partir das especificidades concretas da vida nos diferentes espaços.

Do ponto de vista normativo, a territorialização é apresentada como diretriz estruturante da APS, orientando o cadastramento da população, a identificação de vulnerabilidades, o planejamento das ações e a construção de vínculos (BRASIL, 2017). Entretanto, entre a formulação normativa e a prática cotidiana, interpõe-se um conjunto de condicionantes que tensionam sua efetiva materialização. A territorialização ideal — concebida como leitura dinâmica do território e como base para o planejamento estratégico — frequentemente se converte em territorialização possível, condicionada por limitações operacionais, demandas assistenciais imediatas e constrangimentos institucionais.

As equipes de APS acumulam múltiplas atribuições (BRASIL, 2017) e atuam em cenários marcados por pressões assistenciais constantes. Nesse contexto,

ações estruturantes podem ser progressivamente subordinadas à lógica da resposta imediata. A territorialização, embora reconhecida como princípio, tende a assumir feições técnico-operacionais — como o simples cadastramento ou a produção de registros — sem necessariamente se consolidar como dispositivo analítico capaz de orientar decisões estratégicas.

No estado do Paraná, a heterogeneidade territorial e populacional (IPARDES, 2022) amplia essa tensão. Municípios com perfis socioeconômicos, demográficos e geográficos distintos demandam arranjos organizativos específicos, o que torna ainda mais evidente a necessidade de uma territorialização consistente. Paradoxalmente, é justamente nesses contextos de maior complexidade que as limitações estruturais podem restringir a capacidade das equipes de transformar informação territorial em planejamento sistemático.

Diante desse cenário, emerge a necessidade de investigar não apenas se a territorialização está formalmente instituída, mas como ela se concretiza no cotidiano das equipes. Parte-se do entendimento de que uma APS fortalecida exige enraizamento no território como categoria organizadora do cuidado, e não apenas como requisito normativo. Nesse sentido, questiona-se: Como a territorialização na APS tem se concretizado, para além das normativas institucionais, no cotidiano dos municípios do Paraná?

Assim, esta dissertação tem como objetivo compreender as práticas de territorialização desenvolvidas na APS nos municípios do estado do Paraná, com ênfase na organização do processo de trabalho das equipes da ESF. Busca-se analisar em que medida essas práticas expressam uma internalização substantiva da lógica territorial ou se configuram predominantemente como respostas adaptativas às exigências institucionais e às condições concretas de funcionamento da APS.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Compreender as práticas de territorialização desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde nos municípios do estado do Paraná, com ênfase na organização do processo de trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar as práticas de territorialização desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde nos municípios do estado do Paraná.
- Analisar a condução do processo de trabalho das equipes de Atenção Primária à Saúde, a partir da perspectiva das coordenações municipais, com vistas à territorialização, considerando aspectos institucionais, operacionais e de gestão.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CONTEXTO DO SUS – FUNDAMENTOS, DEBATES E PERCURSO HISTÓRICO

Mais do que um simples nível de atenção, a APS configura-se como uma estratégia estruturante para a organização do cuidado. Starfield (2002) a compreende como o primeiro ponto de contato do indivíduo com o sistema de saúde, desempenhando papel central na coordenação e na continuidade do cuidado.

A centralidade assumida pela APS no SUS, reconhecida como “o coração do sistema universal de saúde” pela Fiocruz e pelo Conselho Nacional de Saúde (2018), resulta de um longo processo histórico marcado por disputas conceituais, reorganizações institucionais e construção progressiva de modelos de cuidado.

Antes de avançar no desenvolvimento do referencial, é pertinente refletir sobre uma questão central: qual denominação representa com maior precisão essa esfera do sistema — Atenção Básica - AB ou Atenção Primária à Saúde? O debate em torno dos termos não é meramente terminológico e torna essencial compreender essa distinção para elucidar seus contornos históricos e organizativos.

Esta discussão não é recente no Brasil, e expressa disputas conceituais que emergem periodicamente diante das discussões sobre modelos assistenciais. (MELLO; FONTANELLA; DEMARZO, 2009) Para os autores os próprios termos que nomeiam a Atenção Básica/Primária geram interpretações distintas: enquanto alguns associam “básica” a fundamento ou base, e não a algo simples, outros compreendem “primária” como primeiro nível ou principal referência, em vez de algo elementar ou rudimentar.

A adoção da expressão “atenção básica à saúde” no contexto brasileiro buscou diferenciar-se da noção hegemônica de “atenção primária”, associada a modelos seletivos e focalizados. Segundo essa interpretação, o Movimento Sanitário teria utilizado o termo como estratégia político-ideológica para demarcar uma

concepção ampliada de cidadania e sustentar a construção de um sistema público universal. Embora reconheça esse posicionamento, a autora também ressalta que ambas as denominações carregam ambiguidades e podem remeter a políticas distintas, com implicações relevantes para a efetivação do direito à saúde. (GIOVANELLA, 2018)

A partir de 2019, com a mudança no governo federal, verificou-se o retorno oficial à nomenclatura APS, tanto na estrutura ministerial quanto em políticas como o Previnha Brasil (BRASIL, 2022), movimento que pode sinalizar uma tentativa de diferenciação política, ainda que sua motivação e implicações ultrapassem um simples ajuste terminológico. Dessa forma, considerando que o governo federal adota atualmente a nomenclatura APS, optou-se por padronizar esse termo ao longo do desenvolvimento teórico de sua trajetória histórica e desta pesquisa.

No contexto brasileiro, diversas iniciativas pioneiras marcaram a oferta de cuidados primários, desde a criação dos Centros de Saúde Escola, na década de 1920, que introduziram uma abordagem integral centrada na educação sanitária, até experiências fragmentadas de expansão dos serviços ao longo do século XX (LAVRAS, 2011). Segundo a autora, ao longo desse processo, a APS consolidou-se como um campo estratégico de ação estatal, pavimentando o caminho para seu reconhecimento como eixo estruturante do SUS.

A publicação da Declaração de Alma-Ata, em 1978, constituiu um marco global ao reconhecer a APS como núcleo central dos sistemas de saúde, orientando-os para maior equidade, eficiência, efetividade e satisfação dos usuários (ARANTES; SHIMIZU; MARCHÁN-HAMANN, 2016).

Com a redemocratização e a luta sanitária no Brasil, os anos de 1980 trouxeram propostas articuladoras como as Ações Integradas de Saúde - AIS, e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS, culminando na criação do SUS em 1988, que consagrou os princípios de universalidade, integralidade e equidade, dando os primeiros passos decisivos para a consolidação da APS no país. Porém, foi apenas com a municipalização do SUS nos anos de 1990 que a APS começou a se estruturar de forma mais homogênea no país, impulsionada por diretrizes normativas e financiamentos federais (LAVRAS, 2011).

No início da década de 1990, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que marcou uma inflexão importante: a família passou a ser tomada como unidade de intervenção e o território foi delimitado em áreas de cobertura adscritas, aproximando os serviços de saúde do cotidiano das comunidades e ampliando a dimensão preventiva e promocional das ações (FILGUEIRAS; SILVA, 2011). Esse movimento abre caminho para a formulação de estratégias mais estruturadas de reorganização da APS (CARVALHO et al., 2022).

A conformação da APS no Brasil ganhou densidade histórica em 1994, quando o Ministério da Saúde institucionalizou o Programa Saúde da Família (PSF). A criação do programa a partir dos resultados positivos do PACS (LAVRAS, 2011), transformou-se rapidamente em principal estratégia de reorganização do modelo assistencial, orientando a APS como porta de entrada preferencial do sistema e atribuindo-lhe responsabilidade sanitária sobre territórios definidos.

A criação do PSF no Brasil está diretamente vinculada ao esforço de reorganizar o modelo assistencial do SUS a partir da APS, com base territorial e foco na família. Nesse contexto de redefinição do modelo de atenção, ganha centralidade a ideia de aproximar o cuidado do cotidiano das comunidades e de reconhecer o território como referência para o planejamento das ações em saúde (VIANA; DAL POS, 1998).

A partir da PNAB (Portaria GM/MS nº 648/2006) e de seus desdobramentos, a APS passou a ser reconhecida como um campo integrado de ações de promoção, prevenção, cuidado e reabilitação, sustentado pelo trabalho em equipe, pelo vínculo, pela responsabilização e pela humanização do atendimento (BRASIL, 2006). Esta portaria foi um marco decisivo na transição conceitual do PSF: que deixa de ser visto apenas como um programa, e passa a ser reconhecido oficialmente como Estratégia Saúde da Família (ESF), tornando-se a “espinha dorsal da Atenção Básica” (BRASIL, 2006; SILVA, et al., 2025). Sua trajetória no Brasil evidencia um processo contínuo de institucionalização e redefinição de práticas, no qual a Saúde da Família se consolida como eixo organizador do modelo, reforçando a orientação territorial, comunitária e intersetorial do cuidado (LAVRAS, 2011).

Em 2011, a Portaria GM/MS nº 2.488 atualizou a PNAB e reafirma a ESF como ordenadora da atenção e coordenadora do cuidado, incorporando inovações como a ampliação das equipes através do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e formalizando as Equipes de Saúde Bucal (ESB) (BRASIL, 2011; SILVA, et al., 2025).

A revisão da PNAB em 2017, por meio da Portaria nº 2.436, introduziu mudanças estruturais significativas na organização da APS (BRASIL, 2017). Oficialmente, a atualização visava flexibilizar diretrizes e adaptar a composição das equipes às diferentes realidades regionais, mas estudiosos apontam que tais alterações representaram uma ruptura com o modelo previamente consolidado, ameaçando a sustentabilidade do SUS (SILVA, et al., 2025).

Entre as mudanças mais relevantes destaca-se a criação das Equipes de Atenção Básica (eAB), caracterizadas por carga horária reduzida e menor composição profissional em comparação às Equipes de Saúde da Família (eSF) (BRASIL, 2017; SILVA, et al., 2025). Embora justificadas como solução para áreas de grandes aglomerados urbanos, municípios pequenos e/ou de difícil acesso, essas alterações foram criticadas por fragmentar o cuidado, enfraquecer a longitudinalidade e comprometer o vínculo com a população. Adicionalmente, a redução do número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e a atribuição de funções antes exclusivas de técnicos de enfermagem provocaram sobrecarga de trabalho e descaracterização do papel comunitário desses profissionais. Por fim, a introdução dos conceitos de padrões essenciais e ampliados de cuidado promoveu segmentação das ações e hierarquização dos serviços, aproximando-se de uma lógica seletiva e restritiva, destoando da integralidade histórica da APS (SILVA, et al., 2025).

Nas últimas décadas, a consolidação da PNAB e da ESF tem reafirmado a importância estratégica da APS na conformação do SUS, ao promover a integração entre os diferentes níveis de atenção e fortalecer o vínculo entre serviços e população. Esse movimento contribui para a ampliação do acesso, a qualificação do cuidado e a efetivação de práticas orientadas pelos princípios da integralidade e da equidade (BRASIL, 2017; PINTO; GIOVANELLA, 2018).

O fortalecimento da APS constitui um dos pilares centrais para a consolidação do SUS (MENDES, 2012) pois, é nesse nível de atenção que se concretiza a proximidade entre as políticas públicas e as necessidades reais das comunidades. Este modelo de atenção, quando fortalecido, tem potencial para organizar o sistema de forma mais equitativa, resolutiva e integrada, reduzindo desigualdades e promovendo um cuidado contínuo e humanizado.

Estudo da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (TASCA et al., 2020) evidencia que o fortalecimento da APS no Brasil depende da consolidação efetiva da ESF como modelo prioritário de organização do cuidado. O estudo destaca que uma APS robusta não se limita a ser a porta de entrada do sistema, mas se consolida como o eixo estruturante do cuidado em saúde. Sua potência está na capacidade de articular práticas clínicas, gestão territorial e vínculos comunitários, orientando a rede de serviços com base na integralidade, na equidade e na continuidade do cuidado.

A compreensão desse papel estruturante é fundamental para analisar como se materializam, na prática, as estratégias de territorialização e organização do cuidado nos diferentes contextos municipais.

4.2 CONCEITUAÇÃO DO TERRITÓRIO

Para iniciar essa discussão, torna-se fundamental explicitar o conceito de território e suas implicações no campo da saúde. Diversos autores se dedicam a esse debate, oferecendo diferentes perspectivas teóricas acerca do termo. Entre eles, destaca-se Milton Santos, cuja vasta produção, embora originalmente situada no campo da Geografia, oferece importantes aportes para a análise dos sistemas de saúde.

Com o objetivo de favorecer uma compreensão mais fluida e acessível, apresentam-se, a seguir, algumas definições selecionadas, que dialogam diretamente com a temática deste estudo.

Milton Santos oferece importantes bases teóricas para a compreensão do território. Para o autor, o território não constitui apenas o suporte físico das ações humanas, mas resulta das relações estabelecidas entre sociedade e espaço,

configurando aquilo que denomina “território usado” (SANTOS, 1998). Trata-se de uma instância viva e dinâmica, marcada por fluxos, contradições, desigualdades e relações de poder que se materializam no cotidiano social.

Em outra perspectiva complementar, Santos (1996) compreende o território para além de sua dimensão físico-administrativa, entendendo-o como um espaço historicamente produzido pelas relações sociais, econômicas, políticas e culturais estabelecidas pelos sujeitos que o utilizam.

Ao evidenciar como os processos sociais se materializam no espaço e condicionam o processo saúde-doença, essa abordagem amplia o potencial do território como referência para o planejamento em saúde. Considerar as especificidades e dinâmicas próprias de cada lugar permite às equipes de APS elaborar intervenções mais precisas e contextualizadas, alinhadas às necessidades concretas das populações (FARIA; BORTOLOZZI, 2009).

Monken e Barcellos (2005) dialogam com essa concepção ao afirmarem que o território, na saúde, não é um dado estático, mas um processo histórico e social, permanentemente produzido pelas práticas e pelos sujeitos que nele vivem. Para esses autores, o território em saúde é apresentado não apenas como um recorte político-administrativo no qual se organizam os serviços, mas como um espaço vivo, em que uma população específica, situada em determinado tempo e lugar, convive com problemas de saúde definidos e se relaciona com diferentes gestores e unidades de cuidado. Para além da dimensão geográfica, esse território incorpora características demográficas, epidemiológicas, administrativas, tecnológicas, políticas, sociais e culturais, configurando-se como um espaço em permanente construção, marcado pela interação contínua entre população, serviços e contextos locais (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

Essa leitura crítica do espaço aproxima a geografia crítica de Santos da perspectiva da saúde coletiva, pois ambas partem da noção de que os fenômenos sociais e de saúde se produzem territorialmente. Na medida em que o território é compreendido como produto das relações sociais e, ao mesmo tempo, como condição para sua reprodução, torna-se possível articular a análise dos processos de urbanização, das desigualdades socioespaciais e das formas de acesso aos

serviços com os padrões de adoecimento e de cuidado em saúde (SANTOS, 1998; MONKEN; BARCELLOS, 2005).

A compreensão do território em saúde como espaço vivo, historicamente produzido e socialmente disputado evidencia que nele se materializam tanto os determinantes do processo saúde-doença quanto as possibilidades de intervenção. Assumi-lo nessa perspectiva implica ir além de usos meramente cartográficos e incorporá-lo como referência central para o trabalho das equipes de APS, em especial nos processos de territorialização, planejamento e organização do cuidado nos diferentes contextos locais. Nessa direção, considerar o território como categoria analítica — e não apenas como recorte geográfico — reforça a necessidade de construir práticas em saúde sensíveis às especificidades de cada lugar e às desigualdades que o atravessam (FARIA; BORTOLOZZI, 2009; MONKEN; BARCELLOS, 2005).

Assim, o território é compreendido neste estudo como uma construção histórica e social, dinâmica e atravessada por relações e desigualdades, que condiciona tanto o processo saúde-doença quanto às possibilidades de intervenção em saúde. Essa concepção, fundamentada nas contribuições da geografia crítica e da saúde coletiva, reafirma o território como categoria analítica central para a APS, orientando práticas de planejamento e organização do cuidado sensíveis às especificidades dos contextos locais. (MONKEN; BARCELLOS, 2005)

4.3 O TERRITÓRIO COMO EIXO ESTRUTURANTE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Tendo em vista as discussões conceituais sobre o território e sua centralidade na análise do processo saúde-doença, torna-se possível compreender como essa categoria foi incorporada, de maneiras diversas, à conformação histórica da APS no Brasil, especialmente por meio da ESF e das diretrizes da PNAB. Na trajetória da APS brasileira, o território deixa de ser concebido como mero recorte administrativo e passa a ser entendido como espaço social e político, no qual se produzem e reproduzem as condições de vida e saúde, orientando o planejamento, a organização das equipes e a redefinição das relações entre serviços e comunidade (VIANA; DAL POS, 1998).

Nesse contexto, a ESF representa o aprofundamento e a consolidação das experiências do PACS, incorporando elementos como o trabalho de equipes multiprofissionais, a presença regular no território, a responsabilização sanitária por uma população definida e a intervenção ativa nos determinantes sociais do processo saúde-doença. Esta estratégia busca romper com o modelo assistencial centrado na lógica biomédica e no cuidado fragmentado, reafirmando o território como eixo organizador das práticas (VIANA; DAL POS, 1998). De acordo com Giovanella (2021), a ESF estrutura-se a partir de equipes adscritas a um território e a uma população definida, que funcionam como referências para o planejamento, a responsabilização sanitária e a organização do cuidado no nível local.

Esse movimento de valorização do território encontra respaldo normativo na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990), que atribui aos municípios a responsabilidade direta pelas ações e serviços de saúde em seu espaço geográfico, reafirmando a centralidade do nível local no planejamento e na gestão (BRASIL, 1990). A PNAB de 2011 aprofunda esse marco ao instituir a territorialização como diretriz estruturante da APS, prevendo a adscrição da população e território como base para o planejamento setorial e intersetorial, direcionando as ações às condições de vida e saúde das comunidades e operando sob a lógica da equidade (BRASIL, 2011).

Sob essa ótica, a territorialização constitui simultaneamente um eixo organizador da APS e uma ferramenta analítica para conhecer e intervir na realidade. Seu alcance vai além da delimitação de áreas: ao reconhecer o território como espaço de vida e produção social, a APS reafirma seu compromisso com políticas públicas sensíveis às desigualdades e coerentes com a diversidade regional do país (BARCELLOS; ROJAS, 2004).

Não obstante seu potencial, a forma como a territorialização tem sido operacionalizada no SUS revela tensões e limites. Embora seja considerada pressuposto fundamental da organização do processo de trabalho, na prática o território tende, muitas vezes, a ser reduzido a um recorte meramente administrativo, voltado à gestão física dos serviços, o que obscurece seu potencial analítico para o reconhecimento de problemas de saúde e para a formulação de intervenções contextualizadas (MONKEN; BARCELLOS, 2005). Esses autores destacam que, nos diagnósticos das condições de vida e saúde, frequentemente os elementos sociais aparecem fragmentados, desconectados da sua dimensão territorial. Entretanto, compreender as dinâmicas sociais, os modos de vida e as vulnerabilidades que emergem das interações em determinados espaços é essencial para uma análise completa. O território deve ser reconhecido, portanto, como categoria analítica que expressa relações, fluxos e usos do espaço, exigindo metodologias capazes de apreender tanto as observações de campo quanto os dados secundários.

A partir desse marco, torna-se possível direcionar o olhar para o nível concreto da atenção, examinando como as práticas de territorialização se materializam no planejamento, na gestão e no trabalho diário das equipes de saúde — eixo que orienta o tópico seguinte.

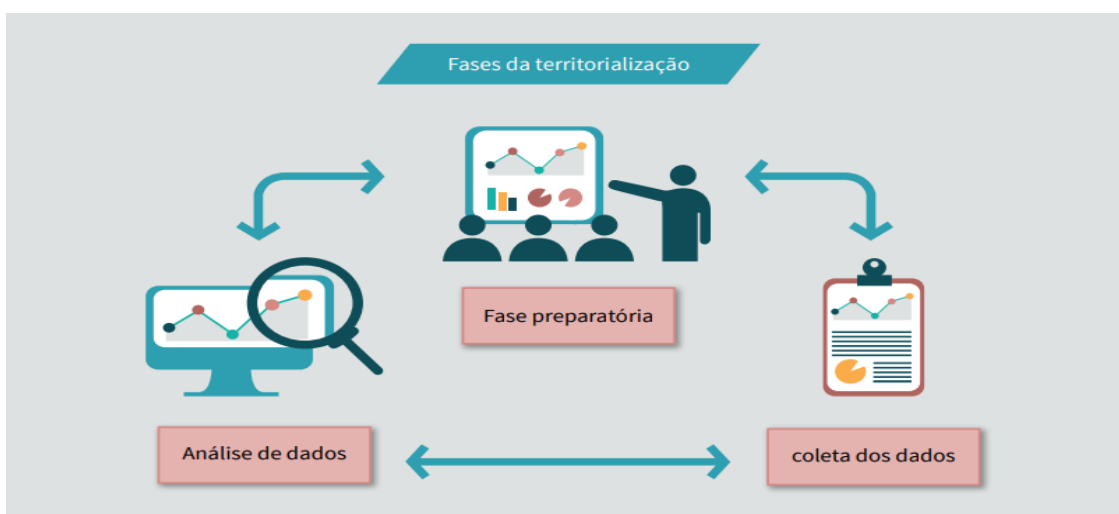
4.4 PRÁTICAS DE TERRITORIALIZAÇÃO NA GESTÃO E NO COTIDIANO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A territorialização se concretiza nas práticas cotidianas das equipes de saúde e não se restringe a tarefas administrativas ou cartográficas, mas se materializa, sobretudo, no planejamento local e na organização do processo de trabalho. Mapeamento de áreas, cadastramento de famílias, identificação de grupos vulneráveis e análise dos determinantes sociais e ambientais compõem o conjunto

de ações que permitem às equipes conhecer o território em profundidade, orientando intervenções mais coerentes com as necessidades reais da população (BRASIL, 2023).

O processo de territorialização, conforme apresentado no documento *Territorialização como instrumento do planejamento local na Atenção Básica*, constitui uma estratégia metodológica essencial para o planejamento das ações de saúde, pois permite às equipes compreenderem o território de maneira ampliada, integrando aspectos geográficos, demográficos, socioeconômicos, culturais e sanitários (BRASIL, 2003). Esse processo é descrito por três fases principais (Figura 01): a *fase preparatória*, que envolve o planejamento prévio do que se deseja conhecer e qual será a melhor forma de coletar informações sobre o território; a *fase de coleta de dados*, que compreende a obtenção e registro de informações quantitativas e qualitativas sobre a população e o espaço de atuação da equipe; e a fase de análise dos dados, em que essas informações são organizadas e interpretadas para identificar necessidades, problemas de saúde e fatores que influenciam a realidade local. A partir dessa análise, as equipes podem definir prioridades e estratégias de intervenção de forma participativa, com a comunidade, orientando o planejamento de ações coerentes com as demandas locais (COLUSSI e PEREIRA, 2016).

Figura 1 – Fases do processo de territorialização



Fonte: Colussi e Pereira (2016)

O documento também ressalta que o processo de territorialização não é estático, devendo ser continuamente atualizado para responder às transformações do território e da população adscrita, o que reforça a importância desse instrumento para subsidiar o diagnóstico situacional, organizar o processo de trabalho e fundamentar a tomada de decisões na Atenção Básica.

A Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024, que altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir a nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS, reforça que o reconhecimento e a apropriação do território pelas equipes são elementos centrais da gestão em APS. Essa centralidade se evidencia ao incorporar o cadastro domiciliar e familiar como componente explícito de qualidade, ressaltando que a consistência das informações territoriais é essencial para o planejamento e para a distribuição adequada dos recursos (BRASIL, 2024).

A Portaria define que o repasse do componente de vínculo e acompanhamento territorial será calculado com base na população cadastrada pelas eSF e pelas equipes de Atenção Primária (eAP), respeitando parâmetros proporcionais ao porte populacional. Conforme apresentado na Figura 2, o quantitativo de pessoas vinculadas e acompanhadas varia de acordo com o porte populacional dos municípios e a modalidade de equipe, admitindo-se acréscimo de até 50% sobre os limites estabelecidos. Para as eAP, o parâmetro é proporcional à carga horária. O cálculo do incentivo também prioriza cadastros de pessoas em situação de vulnerabilidade socioeconômica, demográfica ou etária, reforçando a importância da leitura qualificada do território pelas equipes.

Figura 2 - Faixa de pessoas vinculadas e acompanhadas por equipe de saúde da família e equipe de atenção primária à saúde

Porte Populacional (habitantes)	eSF		eAP 30h		eAP 20h	
	Parâmetro de pessoas vinculadas	Limite máximo	Parâmetro de pessoas vinculadas	Limite máximo	Parâmetro de pessoas vinculadas	Limite máximo
1- Até 20 mil	2.000	3.000	1.500	2.250	1.000	1.500
2- Acima de 20 mil até 50 mil	2.500	3.750	1.875	2.813	1.250	1.875
3- Acima de 50 mil até 100 mil	2.750	4.125	2.063	3.095	1.375	2.063
4- Acima de 100 mil	3.000	4.500	2.250	3.375	1.500	2.250

Fonte: Brasil, 2024

Em caso de extrapolação do limite máximo de cadastros, a equipe poderá alcançar, no máximo, a classificação “bom”, com impactos financeiros no quadrimestre seguinte. Assim, a Portaria reafirma que a qualidade do cadastramento territorial — dependente da atuação efetiva das equipes no reconhecimento do território — é determinante tanto para o financiamento federal quanto para a efetividade da gestão da APS (BRASIL, 2024).

Nesse processo, os ACS são essenciais, pois conhecem o território e a realidade das famílias, mediando relações entre serviço e comunidade e tornando o planejamento e a execução das ações mais contextualizados (BRASIL, 2017). Além disso, são também responsáveis pela adscrição dos usuários.

A adscrição de usuários às equipes de APS implica a vinculação de pessoas, famílias e grupos a profissionais e/ou equipes de referência, com o objetivo de organizar o acompanhamento contínuo de suas necessidades em saúde. Nesse processo, o vínculo é entendido como a construção de relações de confiança e proximidade entre usuários e trabalhadores, favorecendo a corresponsabilização pelo cuidado e conferindo potencial terapêutico aos encontros em saúde. A longitudinalidade, por sua vez, refere-se à continuidade dessa relação ao longo do tempo, permitindo o acompanhamento dos efeitos das intervenções e das mudanças nas condições de vida, prevenindo a perda de referências e reduzindo riscos de iatrogenia decorrentes da fragmentação do cuidado (BRASIL, 2012).

A territorialização, nesse sentido, articula-se diretamente com esses princípios. Ela permite identificar grupos populacionais, mapear vulnerabilidades e organizar o cuidado de acordo com as características do território. Ao orientar a adscrição da clientela e o planejamento local, a territorialização transforma o território em instrumento de equidade, tornando o cuidado mais próximo da realidade social da população (PESSOA et al., 2013).

Embora sua fundamentação teórica seja ampla e consistente, capaz de integrar dimensões sociais, políticas e simbólicas do território, a operacionalização realizada pelos gestores locais muitas vezes se restringe a uma leitura simplificada. A falta de familiaridade com o entendimento crítico dos usos do território faz com que a territorialização seja reduzida a um ato geométrico, representado apenas por traçados no mapa e pela definição de limites administrativos. Assim, um conceito pensado para qualificar o planejamento local termina frequentemente reduzido a uma atividade de delimitação espacial, esvaziando seu potencial de orientar práticas de cuidado e análise socioterritorial mais profundas (FARIA, 2013).

4.5 TERRITORIALIZAÇÃO E GESTÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NOS MUNICÍPIOS DO PARANÁ

A apropriação do território pelos gestores é fundamental para garantir que as necessidades de saúde da população sejam atendidas de maneira adequada. Isso porque o conhecimento detalhado da realidade local orienta a alocação mais eficiente de recursos humanos, físicos e financeiros, permitindo respostas coerentes às demandas identificadas (TEIXEIRA, et al., 2010). Nesse sentido, o diagnóstico situacional do território constitui um elemento basilar do planejamento em saúde – uma das macrofunções essenciais da gestão pública (BRASIL, 2007) –, pois fornece subsídios para a formulação de ações e políticas alinhadas às especificidades de cada contexto.

No estado do Paraná, a territorialização tem se consolidado como eixo estratégico da organização da APS e do fortalecimento da regionalização da saúde. A Secretaria de Estado da Saúde (SESA-PR) vem orientando os municípios a adotar práticas de planejamento territorial que integrem informações demográficas,

epidemiológicas e sociais, em consonância com as diretrizes da PNAB (BRASIL, 2017).

O estado apresenta grande diversidade territorial e populacional (IPARDES, 2022), o que impõe desafios adicionais à gestão municipal. Há municípios de pequeno porte, com população rural dispersa, e outros altamente urbanizados, com dinâmicas complexas de mobilidade e vulnerabilidade social. Essa heterogeneidade exige que o processo de territorialização seja flexível, participativo e adequado às condições locais.

Esses obstáculos revelam a importância de políticas estaduais que fortaleçam a cooperação técnica e o financiamento da APS, assegurando que a territorialização não seja apenas uma exigência normativa, mas uma prática de gestão efetiva, capaz de aproximar o SUS das realidades locais.

Uma das apostas do estado do Paraná foi a inserção dos municípios no PlanificaSUS, que se configura como uma das principais estratégias de qualificação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no Brasil, ao propor a reorganização dos processos de trabalho por meio da metodologia da Planificação da Atenção à Saúde. Seu foco reside na integração entre APS, Atenção Ambulatorial Especializada e Atenção Hospitalar, buscando superar a fragmentação histórica dos serviços. Essa estratégia opera com base em referenciais robustos, como o Modelo de Atenção às Condições Crônicas e a construção social da APS, reconhecendo que o cuidado contínuo e coordenado exige equipes preparadas, fluxos bem definidos e articulação intersetorial (PROADI-SUS s.d.).

O processo de implantação do PlanificaSUS iniciou-se em 2019, na 4ª Região de Saúde (Irati), como projeto piloto que permitiu testar e ajustar a metodologia em território real. A experiência inicial percorreu etapas fundamentais, como a integração entre APS e Atenção Ambulatorial Especializada, o fortalecimento da gestão baseada em território e população adscrita, a revisão dos modos de acesso e a reorganização da gestão do cuidado. A partir de 2021, a iniciativa foi ampliada para todas as 21 regiões de saúde do estado, sustentada institucionalmente pela criação de um Grupo Condutor Estadual, garantindo governança e participação de diferentes atores, como SESA, Conselho Estadual de

Secretários de Saúde - COSEMS/PR, Associação dos Consórcios e Associações Intermunicipais do Paraná (ACISPAR) e representantes municipais.

Ressalta-se que a iniciativa exerce papel decisivo no fortalecimento da territorialização. Ao trabalhar com gestão por território, população adscrita e ferramentas como mapas, cadastros qualificados e análise situacional, o programa resgata a compreensão ampliada do território como espaço vivo, marcado por vulnerabilidades, potenciais e relações sociais diversas. A integração entre APS e AAE exige que o território seja compreendido em sua complexidade, e não apenas como delimitação geográfica. Nesse sentido, a planificação devolve à territorialização seu caráter estratégico, garantindo que práticas como diagnóstico local, monitoramento de riscos e planejamento participativo se articulem ao cotidiano das equipes.

A territorialização, enquanto prática estratégica, permite que o planejamento e a gestão da APS sejam produzidos a partir da realidade concreta — e não apenas projetados sobre ela. É nesse movimento que articula dimensões técnicas, políticas e organizacionais, que se potencializa a gestão do cuidado orientada pelo território (MONKEN; BARCELLOS, 2005), qualificando a tomada de decisão e a alocação de recursos conforme as necessidades reais da população. Nesse sentido, concretiza-se o potencial transformador da APS como espaço de produção de saúde, cidadania e pertencimento.

4.6 CONTROLE E MONITORAMENTO NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA - PROGRAMA DE AVALIAÇÃO DAS CONTAS MUNICIPAIS DO GOVERNO – PROGOV

Diante do cenário da pesquisa e do banco de dados utilizados, é fundamental entender o papel do controle e do monitoramento na administração pública, assim como o que representa o Programa de Avaliação das Contas Municipais do Governo (PROGOV) e suas origens. Essa contextualização é essencial para facilitar a compreensão do leitor e a fluidez da análise apresentada ao longo deste trabalho.

Na administração pública, os mecanismos de controle e monitoramento têm como objetivo assegurar eficiência, eficácia, economicidade, transparência e responsabilidade, prevenindo irregularidades e desvios. Esses instrumentos estão interligados à governança e foram regulamentados pelo Decreto-Lei nº 200/1967, que definiu princípios como Planejamento, Coordenação, Descentralização, Delegação de Competência e Controle. O decreto enfatiza que o controle deve acompanhar a execução dos programas públicos em sua totalidade, não se limitando apenas aos gastos financeiros (CUNHA, 2024).

O controle se manifesta principalmente por meio de três modalidades: controle social, controle interno e controle externo.

O controle social é exercido pelos cidadãos e pela sociedade civil com o intuito de garantir participação ativa, entendimento e fiscalização das ações estatais, fundamentando-se no direito ao acesso à informação (ENAP, 2017). Na área da saúde em particular, a participação social está prevista nas normas do SUS e se concretiza através dos Conselhos de Saúde, que possuem um caráter deliberativo.

A Lei nº 8.142/1990 afirma, em seu segundo parágrafo que:

"O Conselho de Saúde é um órgão colegiado permanente e deliberativo composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais da saúde e usuários. Ele atua na formulação de estratégias incluindo aspectos econômicos e financeiros; as decisões desse conselho são homologadas pelo chefe legalmente constituído em cada nível de governo" (BRASIL, 1990).

Desde então, a participação da sociedade no sistema de saúde ganhou uma nova dimensão, sendo reconhecida como “controle social”. Esse novo paradigma reverteu a lógica tradicional que era exclusiva dos governos ao permitir que a população tivesse uma atuação direta na gestão do sistema. Por meio dos Conselhos de Saúde, os cidadãos passaram a participar ativamente no planejamento das políticas públicas, fiscalizar ações governamentais, verificar o cumprimento das leis do SUS, e analisar as aplicações financeiras na área da saúde (BRASIL, 2014).

Conforme Bubna e Oliveira (2020), o controle interno é um instrumento essencial da administração pública, pois orienta e monitora a atuação dos gestores,

assegurando a correta arrecadação das receitas e a adequada aplicação dos recursos públicos. Estruturado em um sistema eficaz de informações e avaliação, contribui para a prevenção de erros e fraudes, a proteção do patrimônio público e o acompanhamento do cumprimento de metas e da execução orçamentária, consolidando-se como ferramenta estratégica de apoio à gestão e à qualidade das políticas públicas.

O controle externo ocupa posição central na administração pública brasileira, sendo exercido pelo Poder Legislativo com o auxílio dos Tribunais de Contas, conforme previsto nos artigos 70 a 72 da Constituição Federal de 1988. Esses órgãos possuem atribuições constitucionais que abrangem a fiscalização contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial da administração pública, avaliando a legalidade, legitimidade, economicidade e regularidade da aplicação dos recursos públicos.

Nesse contexto, os Tribunais de Contas exercem funções relevantes, como a emissão de parecer prévio sobre as contas do Chefe do Executivo, a realização de auditorias e inspeções, o julgamento da regularidade das contas de gestores e responsáveis por bens públicos, bem como a apreciação da legalidade de atos relacionados a aposentadorias, pensões e contratos administrativos. Ao atuar de forma preventiva, fiscalizatória e orientadora, o controle externo contribui para a proteção do patrimônio público, o fortalecimento da transparência, a moralidade administrativa e a responsabilização dos gestores. Em um cenário de descentralização e maior participação social, sua atuação torna-se ainda mais essencial para garantir a eficiência do Estado, a legitimidade da gestão pública e o uso adequado dos recursos públicos (SANTOS, 2022).

Cunha (2024) observa que a *accountability* refere-se à responsabilidade de prestar contas, manifestando-se nas esferas horizontal, vertical e societal, estreitamente ligada à atuação da sociedade civil. A transparência, por outro lado, é um componente essencial para a consolidação da democracia, aprimoramento da gestão pública e fortalecimento do controle social, sendo inseparável da *accountability*.

É nesse cenário de exigência por controle, monitoramento e avaliação da gestão pública que se insere o PROGOV - uma metodologia inovadora que redefine a forma como as contas municipais são avaliadas. Mais do que verificar a conformidade legal dos gastos, o programa incorpora a análise da efetividade das políticas públicas, ampliando o foco da fiscalização para o impacto real das ações governamentais na vida da população.

Historicamente, a Prestação de Contas Anual (PCA) se concentrava na verificação da legalidade, regularidade orçamentária e conformidade contábil, avaliando se os recursos públicos haviam sido aplicados conforme a legislação. (TCE/PR, 2025). Esse modelo, embora importante, limitava-se ao aspecto formal da gestão e não permitia mensurar a qualidade, a eficácia ou o impacto das políticas públicas na vida da população.

A partir de 2022, com a adoção do ProGov, o TCE-PR introduziu uma metodologia orientada para resultados, alinhada às práticas contemporâneas de governança e avaliação de políticas públicas. A PCA passou a incorporar dados coletados diretamente com gestores e servidores responsáveis pela execução das políticas nas áreas de educação, saúde, assistência social, administração financeira, previdência social e transparência. Esses interlocutores respondem a questionários estruturados que permitem captar aspectos qualitativos da implementação das ações governamentais. O número de participantes tem crescido, indicando maior engajamento institucional e fortalecimento do processo avaliativo.

Essas informações alimentam o Painel Interativo de *Business Intelligence* (BI), de acesso público, que apresenta notas de 0 a 10, gráficos, comparações entre anos e relatórios analíticos detalhados. O painel torna a avaliação mais transparente, acessível e comparável entre os 399 municípios do Paraná, contribuindo para o controle social e permitindo que cidadãos, conselhos municipais e outros atores acompanhem a evolução das políticas públicas.

A lógica do PROGOV articula-se aos três pilares do sistema de controle da administração pública. O controle social, exercido por mecanismos participativos, como os Conselhos Municipais de Saúde (CMS), é ampliado, pois o painel BI oferece dados claros e compreensíveis para monitoramento pela sociedade. O

controle interno, realizado pelos próprios órgãos municipais, é fortalecido ao fornecer um diagnóstico preciso da gestão, permitindo identificar fragilidades e orientar ações corretivas. Por fim, o controle externo, exercido pelo TCE-PR, deixa de ser apenas reativo e sancionador, incorporando uma perspectiva pedagógica e avaliativa, focada na melhoria contínua.

Assim, a mudança promovida pelo ProGov representa um avanço institucional no sistema de fiscalização da gestão municipal, na medida em que o foco se desloca da mera conformidade legal para a avaliação de resultados e para a construção de um ciclo de melhoria contínua, fundamentado na integração entre controle interno, controle externo e participação social.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

5.1 CONTEXTO INSTITUCIONAL E ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa deriva de um projeto multicêntrico aprovado e financiado pela Chamada Pública CP 23/2024 – Programa Institucional de Pesquisa Universal (Básica e Aplicada) da Fundação Araucária de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Estado do Paraná, por meio do Edital 16/2025.

O estudo é desenvolvido em colaboração com pesquisadores da Universidade Estadual de Londrina (UEL), Universidade Estadual de Maringá (UEM), Universidade do Oeste do Paraná (UNIOESTE) e Universidade Federal do Paraná (UFPR), integrando o projeto intitulado “Força do trabalho e processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde: repercussões na resolutividade da Atenção Primária à Saúde”.

O presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, conforme Parecer nº 7.335.444/2025 (Anexo A).

5.2 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Adotou-se um delineamento de método misto, com abordagem descritivo-analítica e qualitativa, visando compreender as práticas de territorialização desenvolvidas na APS nos municípios do estado do Paraná, com ênfase na organização do processo de trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família.

A obtenção e sistematização das informações ocorreram em duas etapas sequenciais:

1. Análise descritivo - analítica - coleta de dados secundários;
2. Análise qualitativa - realização de entrevistas semiestruturadas com coordenadores da APS de municípios selecionados.

A pesquisa descritiva caracteriza-se pela sistematização de informações destinadas a delinear as particularidades de determinado objeto, população ou fenômeno, permitindo sua compreensão a partir de atributos observáveis e contextualmente situados. Para além da mera descrição, esse tipo de investigação possibilita examinar como tais características se articulam, favorecendo a identificação de relações entre as variáveis que compõem o cenário estudado. Desse modo, a pesquisa descritiva assume papel estratégico na produção de conhecimento científico ao oferecer uma leitura analítica da realidade empírica, ancorada na observação cuidadosa e na organização criteriosa dos dados (GIL, 2017).

Já a pesquisa qualitativa, segundo Minayo (2008), direciona-se a questões específicas relacionadas à realidade que não são passíveis de quantificação. Seu objetivo é adentrar em aspectos mais profundos das relações, processos e fenômenos sociais que não podem ser reduzidos à mera mensuração de variáveis.

A pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados que correspondem a um espaço mais profundo das relações, que não podem ser reduzidos a equações. Compreende e explica a dinâmica das relações sociais, que, por sua vez, são depositárias de crenças, valores, atitudes e hábitos. Trabalha com a vivência e também com a compreensão das estruturas como resultado da ação humana. (MINAYO, 1993, p. 24).

Com o objetivo de conferir maior robustez analítica aos resultados, adotou-se a triangulação dos métodos aplicados. Na perspectiva de Minayo (2005),

essa estratégia metodológica consiste na articulação entre diferentes perspectivas teóricas, técnicas e fontes de informação, visando ampliar a compreensão do fenômeno investigado. A triangulação não se restringe à combinação entre métodos qualitativos e quantitativos, mas constitui uma dinâmica investigativa capaz de integrar a análise de estruturas, processos, resultados e percepções dos diferentes sujeitos envolvidos na realidade estudada.

5.3 CAMPO DE ESTUDO

A coleta de dados desta pesquisa foi realizada a partir das informações obtidas por meio do questionário PROGOV no estado do Paraná. Conforme apresentado na Figura 3, o estado constitui uma unidade federativa composta por 399 municípios, distribuídos em quatro macrorregiões e 22 regiões de saúde, segundo a organização territorial da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (2024).

Figura 3 - Mapa político do Paraná – SESA 2024.



Fonte: PARANÁ, 2024

Para fins de organização analítica, optou-se por estruturar a coleta e o tratamento dos dados segundo as macrorregiões do estado — Norte, Noroeste, Leste e Oeste. Essa estratégia possibilitou a realização de análises comparativas entre os diferentes contextos regionais, favorecendo a identificação de padrões, dificuldades e potencialidades específicas.

Conforme apresentado na Tabela 1, a distribuição dos municípios analisados segundo o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS)¹, a faixa de porte populacional e o Índice de Equidade e Dimensionamento (IED)² evidencia que a maior parte dos municípios do Paraná se concentra em níveis intermediários de vulnerabilidade social, com predomínio das classificações de baixa vulnerabilidade (52,38%) e média vulnerabilidade (33,58%), enquanto os estratos de alta e muito alta vulnerabilidade apresentam participação pouco expressiva na amostra.

A caracterização dos municípios segundo o IVS, o porte populacional e o IED mostra-se relevante por permitir a contextualização das condições socioeconômicas, demográficas e organizacionais nas quais se desenvolvem as práticas de territorialização da APS. Esses indicadores possibilitam compreender as especificidades dos territórios analisados, considerando que aspectos relacionados à vulnerabilidade social, à distribuição populacional e às desigualdades territoriais podem influenciar diretamente a organização das equipes, o planejamento das ações e a capacidade de resposta dos serviços de saúde.

1. O Índice de Vulnerabilidade Social (IVS), elaborado a partir de indicadores do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, é um índice sintético que evidencia situações de exclusão e vulnerabilidade social para além da insuficiência de renda. Estruturado nas dimensões de infraestrutura urbana, capital humano e renda e trabalho, o IVS subsidia a identificação de desigualdades territoriais e orienta o planejamento de políticas públicas nos municípios brasileiros e regiões metropolitanas. (IPEA, 2015)
2. O Índice de Equidade da Dimensão (IED) foi criado pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde (Saps/MS) com o objetivo de promover maior equidade na distribuição dos recursos federais destinados à Atenção Primária à Saúde (APS) entre os municípios. O índice classifica os municípios com base na vulnerabilidade social — mensurada pelo Índice de Vulnerabilidade Social (IVS), elaborado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) — e no porte populacional, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (BRASIL, 2025)

Tabela 1: Panorama social e geográfico dos municípios paranaenses

Variável	Categoria	N	%
IVS	1 (Muito Alta Vulnerabilidade)	0	0
	2 (Alta Vulnerabilidade)	7	1,75
	3 (Média Vulnerabilidade)	134	33,58
	4 (Baixa Vulnerabilidade)	209	52,38
	5 (Muito Baixa Vulnerabilidade)	49	12,28
Faixa de Porte Populacional	1 (< 20.000 habitantes)	297	74,44
	2 (20.001 – 50.000 habitantes)	66	16,54
	3 (50.001 – 100.000 habitantes)	18	4,51
	4 (> 100.000 habitantes)	18	4,51
IED	1	3	0,75
	2	45	11,28
	3	296	74,19
	4	55	13,78

Fonte: Brasil, 2024

Em relação ao porte populacional, observa-se predominância de municípios de pequeno porte, com menos de 20 mil habitantes (74,44%), característica compatível com a configuração demográfica do estado e do cenário nacional. Quanto ao IED, destaca-se a predominância da categoria 3 (74,19%), indicando condições intermediárias de vulnerabilidade associadas ao porte populacional entre os municípios analisados.

Para a etapa qualitativa, a seleção dos municípios considerou diferentes faixas populacionais, buscando captar as especificidades e nuances de cada território, de modo a contemplar distintas realidades socioeconômicas, demográficas e organizacionais, bem como variações na estrutura e no desempenho da APS.

5.4 ANÁLISE DESCRITIVO ANALÍTICA - COLETA DE DADOS SECUNDÁRIOS

A primeira etapa da pesquisa visa atender ao objetivo específico 1 e fundamenta-se em dados secundários coletados por meio de questionários eletrônicos aplicados pelo TCE-PR aos 399 municípios paranaenses no ano de 2023, analisados a partir de uma abordagem estatística transversal. Os questionários foram respondidos por interlocutores municipais diretamente envolvidos na execução das políticas públicas nas áreas avaliadas, compreendendo servidores e gestores com atuação técnica nas respectivas áreas. No campo da saúde, em especial a APS, os respondentes incluíram gestores municipais e coordenadores de Unidades Básicas de Saúde.

As informações coletadas a partir dos questionários são sistematizadas em um painel interativo do TCE-PR de acesso público, o qual serviu de base para os dados utilizados nesta pesquisa.

Na área da saúde, o sistema de avaliação é estruturado em oito blocos temáticos:

1. Instrumentos de Planejamento;
2. Gestão do Trabalho;
3. Coordenação do Cuidado;
4. Territorialização e Vínculos;
5. Oferta de Serviços;
6. Promoção da Saúde;
7. Assistência Farmacêutica;
8. Estrutura Física.

Cada bloco se subdivide em subtemas. Neste estudo, foi analisado o bloco 4: “Territorialização e Vínculos”, especificamente os subtemas Estratégia de Atuação nos Territórios e Atuação nos Territórios.

Conforme apresentado no Quadro 1, foram selecionadas 10 questões alinhadas aos objetivos propostos, partindo do pressuposto de que a apropriação territorial constitui um elemento fundamental para a atuação das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), subsidiando o planejamento, o monitoramento e

a organização das ações em saúde no território. Para fins de apresentação e melhor legibilidade, as questões originais foram sintetizadas em frases-chave, preservando seu conteúdo analítico e significado original.

Quadro 1 – Questões selecionadas para análise da territorialização da APS

Dimensão	Questão condensada
Compartilhamento de informações para decisões colaborativas.	Os agentes comunitários de saúde realizam o compartilhamento de informações com os demais integrantes de sua equipe (médicos, enfermeiros etc.) para que decisões sejam tomadas a respeito de determinado tratamento e/ou monitoramento dentro de seu território?
Diagnóstico territorial para identificar riscos.	Os agentes comunitários de saúde realizam o diagnóstico de seus territórios a fim de identificar riscos e contribuir para o contínuo processo de territorialização e mapeamento da área de atuação?
Acompanhamento domiciliar de usuários acamados	Os agentes comunitários de saúde da unidade, durante as visitas domiciliares, realizam o acompanhamento e monitoramento de usuários com problemas de saúde controlados/compensados e que não conseguem se locomover até a unidade de saúde?
Cadastro de usuários	Os agentes comunitários de saúde atualizam o cadastro da população de seu território de atuação?
A Unidade de Saúde define estratégia para os ACSs	A unidade de saúde estabelece estratégias para a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde em seu território?
A Unidade define um cronograma de visitas	A unidade de saúde realiza o controle da execução dos trabalhos realizados pelos ACS?
Estratégias definidas conforme riscos identificados.	A unidade de saúde estabelece um cronograma de visitas domiciliares, definindo a periodicidade em que os

	profissionais devem realizar visitas, de acordo com os riscos e necessidades de seus usuários?
Profissionais fixos na APS	A unidade de saúde define, de acordo com a estratégia estabelecida, profissionais fixos para a atuação em cada área de seu território com o objetivo de fortalecer os vínculos entre os usuários e a equipe de saúde?
Unidade realiza mapeamento do território.	A unidade de saúde realizou, no mínimo nos últimos 12 meses, a revisão e a atualização do mapeamento referente a seu território de atuação?
Mapeamento segmenta população por riscos.	O mapeamento contém a segmentação da população do território por fatores de risco?

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos questionários Progov/TCE-PR (2023).

As questões apresentavam respostas dicotômicas (“sim” ou “não”). Algumas delas exigiam o envio de documentos comprobatórios; contudo, no bloco analisado, não houve obrigatoriedade documental — o que representa uma limitação, já que não havia mecanismo de verificação das respostas.

Procedeu-se à interpretação dos dados coletados com o objetivo de estabelecer relações entre as práticas de territorialização, a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde, a gestão das Unidades Básicas de Saúde e a condução do próprio processo de trabalho da APS. Essa abordagem permitiu uma compreensão mais aprofundada dos desafios que permeiam a gestão da APS nos municípios, evidenciando tanto as fragilidades quanto as potencialidades que emergem no cotidiano das práticas locais. Os achados obtidos oferecem subsídios relevantes para o aprimoramento das políticas públicas, de modo que estas possam responder de forma mais sensível às especificidades e dinâmicas de cada território.

Ressalta-se que, durante a análise dos questionários, identificou-se que algumas unidades respondentes não se configuraram como UBS, abrangendo estabelecimentos como Unidades de Pronto Atendimento, Centros de Saúde da Mulher e instâncias de Coordenação da Atenção Primária à Saúde. Tais unidades

foram excluídas da análise, uma vez que não desenvolvem o processo de trabalho característico da APS. Considerou-se que a inclusão desses estabelecimentos, desprovidos dos atributos essenciais da APS, poderia comprometer a interpretação dos resultados e introduzir vieses analíticos. Dessa forma, o estudo restringiu-se à análise dos estabelecimentos efetivamente caracterizados como Unidades Básicas de Saúde.

Para fins de análise, as respostas categorizadas como “não” foram consideradas como **não conformidades**, enquanto aquelas registradas como “sim” foram classificadas como **conformes**, o que permitiu uma leitura sistematizada dos dados e a identificação de padrões e discrepâncias entre as diferentes macrorregiões do estado.

Para avaliar as associações entre as porcentagens de não conformidades registradas nas macrorregiões de saúde do estado do Paraná (Norte, Oeste, Noroeste, Leste) e a porcentagem total de não conformidades, utilizou-se o coeficiente de correlação de Spearman (r), uma medida não paramétrica adequada para dados que podem não seguir uma distribuição normal e que permite analisar relações monotônicas entre variáveis.

Para Vieira e Wainer (2013), a correlação de Spearman (ou rho de Spearman) é uma medida que indica o quanto duas variáveis preservam a mesma ordem quando são comparadas. Em vez de observar os valores absolutos, ela se concentra nas posições relativas. Assim, o foco não é saber se os números são parecidos, mas sim se, quando uma variável apresenta um valor maior para determinado aspecto, a outra variável também tende a apresentar um valor maior para esse mesmo aspecto.

As análises foram realizadas utilizando o software GraphPad Prism (versão 9.0), com um nível de significância estabelecido em $p < 0,05$. O valor de p foi calculado de forma exata (exact), considerando testes bicaudais (two-tailed). Os intervalos de confiança de 95% foram estimados para cada coeficiente de correlação.

Os pares de variáveis foram analisados de forma hierárquica para evitar redundâncias e explorar as relações entre regiões específicas e o total. Inicialmente, calcularam-se as correlações da Macro Norte com as demais macrorregiões (Oeste,

Noroeste, Leste) e com o Total, com base em $n = 10$ pares de observações para cada análise. Em seguida, procedemos com as correlações da Macro Oeste com as regiões restantes (excluindo a Norte), ou seja, Oeste vs. Noroeste, Oeste vs. Leste e Oeste vs. Total. Posteriormente, analisou-se a Macro Noroeste com as regiões remanescentes (excluindo Norte e Oeste), isto é, Noroeste vs. Leste e Noroeste vs. Total. Por fim, realizou-se a correlação isolada do Leste com o Total. Essas análises visaram investigar a correlação dos aspectos avaliados em cada região com a nota total obtida, permitindo identificar padrões de associação entre as variáveis, as macrorregiões de saúde e o escore total do estado.

Os resultados foram interpretados considerando a magnitude do coeficiente r (valores próximos a 1 indicam correlação positiva forte) e a significância estatística ($p < 0,05$). Resumos dos valores de p foram categorizados com asteriscos para facilitar a visualização: * ($p < 0,05$), ** ($p < 0,01$), *** ($p < 0,001$) e **** ($p < 0,0001$).

5.5 - ANÁLISE QUALITATIVA - REALIZAÇÃO DE ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS COM COORDENADORES DA APS DE MUNICÍPIOS SELECIONADOS

Com base nos achados da análise descritivo-analítica, procedeu-se à seleção intencional de municípios para a etapa qualitativa do estudo. Foram selecionados quatro municípios que apresentaram não conformidades relacionadas ao bloco analisado, contemplando um município em cada faixa de porte populacional, com o objetivo de assegurar a diversidade de cenários investigados. Essa estratégia considerou municípios com até 20 mil habitantes, de 20 a 50 mil habitantes, de 50 a 100 mil habitantes e com mais de 100 mil habitantes, permitindo a incorporação de diferentes contextos estruturais e organizacionais no aprofundamento do fenômeno estudado.

Para essa etapa, foi elaborado um roteiro de questões semiestruturadas (Apêndice A), construído especificamente para aplicação nos municípios selecionados, com o objetivo de aprofundar a compreensão das dimensões relacionadas às práticas de territorialização e contribuir para o alcance dos objetivos da pesquisa. As entrevistas foram realizadas com coordenadores da APS dos municípios participantes, de forma remota, buscando ampliar a compreensão dos

resultados quantitativos previamente obtidos. Essa etapa qualitativa possibilitou explorar fatores contextuais, desafios e estratégias locais relacionados ao desenvolvimento dessas práticas de territorialização.

Previamente à coleta definitiva dos dados, realizou-se uma entrevista piloto com coordenadores da APS de um município não incluído na amostra do estudo, com a finalidade de validar o roteiro de entrevista e identificar eventuais falhas, ambiguidades ou limitações do instrumento. Esse procedimento possibilitou a realização dos ajustes necessários, contribuindo para maior consistência e fidedignidade das informações produzidas.

O contato para realização das entrevistas ocorreu via telefone e por meio do aplicativo WhatsApp, ocasião em que foi verificada a disponibilidade dos coordenadores e apresentados os objetivos da pesquisa, visando à obtenção do aceite para participação. Após a concordância, foi encaminhado, por e-mail, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B) para leitura e assinatura.

As entrevistas foram previamente agendadas e realizadas de forma remota, por meio da plataforma Google Meet, sendo conduzidas pela própria autora. A duração média das entrevistas foi de aproximadamente 40 minutos.

As entrevistas foram integralmente transcritas e submetidas a conferência minuciosa, com cotejamento entre os áudios e os textos transcritos, a fim de identificar e corrigir eventuais inconsistências ou erros de transcrição. As correções realizadas limitaram-se a ajustes formais de linguagem, sem alteração do conteúdo, do sentido ou da interpretação das falas.

Em relação aos entrevistados, todos exerciam a função de coordenadores da APS e possuíam graduação em Enfermagem. Dentre eles, três eram servidores efetivos e atuavam no município há mais de cinco anos, enquanto um havia se desligado do cargo aproximadamente uma semana antes da realização da entrevista. Todos os entrevistados relataram conhecer o instrumento utilizado na pesquisa. Para preservar o anonimato, os participantes foram identificados pela sigla E, seguida de numeração sequencial (E1, E2, E3 e E4).

A análise dos dados qualitativos foi realizada por meio da Análise de Conteúdo, conforme a proposta de Bardin (2016), adotada como procedimento técnico-metodológico para a organização, sistematização e interpretação do material empírico. Essa abordagem compreende três polos cronológicos interdependentes: a pré-análise, etapa de organização inicial e sistematização das ideias; a exploração do material, correspondente à fase analítica propriamente dita; e o tratamento dos resultados, inferência e interpretação, voltados à transformação dos dados brutos em informações significativas e analiticamente válidas.

Conforme destacam Valle e Ferreira (2025), essas fases apresentam intersecções e articulações internas, exigindo do pesquisador envolvimento sistemático e rigor metodológico em cada etapa, de modo a não comprometer o desenvolvimento das fases subsequentes.

Esse processo é marcado pela interdependência entre as etapas, o que implica o respeito à sua sequência lógica, uma vez que a realização de inferências e interpretações pressupõe, necessariamente, a prévia condução da pré-análise e da exploração do material. A negligência quanto ao rigor metodológico e à observância da ordem das fases propostas por Bardin pode fragilizar a consistência da análise e, conseqüentemente, as interpretações e considerações dela decorrentes.

Desse modo, o percurso metodológico adotado mostrou-se adequado ao alcance dos objetivos do estudo, possibilitando a análise sistemática e interpretativa das práticas de territorialização na APS.

6 RESULTADOS

6.1 ANÁLISE QUESTIONÁRIO PROGOV

Neste capítulo, são descritos e analisados os dados provenientes do banco de dados do TCE-PR, bem como os resultados da análise das entrevistas realizadas com coordenadores da APS dos municípios selecionados.

A análise integrada dos dados do sistema de avaliação e das entrevistas permite compreender a territorialização na APS como prática simultaneamente operacional, relacional e institucionalmente mediada. Os achados são apresentados a seguir por eixos analíticos, articulando resultados empíricos ao referencial teórico já adotado no estudo.

O Quadro 2 apresenta a distribuição das práticas relacionadas à territorialização na APS, nas macrorregiões do Paraná (Norte, Oeste, Noroeste e Leste), com base nos dados do TCE-PR. A análise permite identificar padrões de realização e não realização dessas práticas no contexto estadual. De modo geral, observa-se elevada adesão a práticas de caráter operacional e administrativo, contrastando com menor consolidação de ações que demandam maior apropriação analítica do território e utilização sistemática das informações territoriais no planejamento das ações em saúde.

Quadro 2 – Distribuição entre os percentuais de práticas de territorialização realizadas e não realizadas pelas UBS, Paraná, 2023.

Práticas	Norte					Oeste					Nordeste					Leste					Total				
	Sim	%	Não	%	Total	Sim	%	Não	%	Total	Sim	%	Não	%	Total	Sim	%	Não	%	Total	Sim	%	Não	%	Total
Compartilhamento de informações para decisões colaborativas	406	97,60	10	2,40	416	469	98,12	9	1,88	478	412	97,17	12	2,83	424	815	94,88	44	5,12	859	2102	96,55	75	3,45	2177
Diagnóstico territorial para identificar riscos	371	89,18	45	10,82	416	449	93,93	29	6,07	478	396	93,40	28	6,60	424	762	88,71	97	11,29	859	1978	90,86	199	9,14	2177
Acompanhamento domiciliar de usuários acamados	400	96,15	16	3,85	416	460	96,23	18	3,77	478	412	97,17	12	2,83	424	807	93,95	52	6,05	859	2079	95,50	98	4,50	2177
Cadastro de usuários	402	96,63	14	3,37	416	464	97,07	14	2,93	478	413	97,41	11	2,59	424	804	93,60	55	6,40	859	2081	95,59	94	4,32	2177
A Unidade de Saúde define estratégia para os ACSs	356	85,58	60	14,42	416	414	86,61	64	13,39	478	376	88,68	48	11,32	424	732	85,22	127	14,78	859	1878	86,27	299	13,73	2177
A Unidade define um cronograma de visitas	392	94,23	24	5,77	416	458	95,82	20	4,18	478	403	95,05	21	4,95	424	787	91,62	72	8,38	859	2040	93,71	137	6,29	2177
Estratégias definidas conforme riscos identificados	321	77,16	95	22,84	416	408	85,36	70	14,64	478	354	83,49	70	16,51	424	736	85,68	123	14,32	859	1819	83,56	358	16,44	2177
Profissionais fixos na APS	345	82,93	71	17,07	416	394	82,43	84	17,57	478	371	87,50	53	12,50	424	696	81,02	163	18,98	859	1806	82,96	371	17,04	2177
Unidade realiza mapeamento do território	305	73,32	111	26,68	416	374	78,24	104	21,76	478	352	83,02	72	16,98	424	661	76,95	198	23,05	859	1692	77,72	485	22,28	2177
Mapeamento segmenta população por riscos	326	78,37	90	21,63	416	401	83,89	77	16,11	478	353	83,25	71	16,75	424	688	80,09	171	19,91	859	1768	81,21	409	18,79	2177

Fonte: TCE PR

O compartilhamento de informações para tomada de decisões colaborativas apresenta os maiores percentuais de resposta positiva em todas as regiões, superando 94% no conjunto dos municípios e atingindo valores próximos ou superiores a 97% nas regiões Norte, Oeste e Noroeste. Esse achado sugere a existência de fluxos informacionais e espaços de decisão relativamente institucionalizados no âmbito da APS.

De forma semelhante, práticas como o diagnóstico territorial para identificação de riscos, o acompanhamento domiciliar de usuários acamados, o cadastro de usuários e a definição de cronograma de visitas apresentam percentuais elevados de realização, acima de 90% no total dos municípios. Tais resultados indicam que ações vinculadas à organização básica do processo de trabalho e ao cumprimento de rotinas assistenciais encontram-se amplamente disseminadas.

Por outro lado, práticas que exigem maior capacidade de análise territorial e planejamento estratégico apresentam percentuais inferiores quando comparadas às ações de natureza mais operacional. A definição de estratégias para atuação dos ACS evidencia enfraquecimento em todas as regiões, especialmente quando contrastada com os elevados índices de cadastramento e acompanhamento domiciliar. Tal cenário sugere fragilidade na incorporação do território como base estruturante do processo de trabalho, limitando a atuação dos ACS a funções executivas ou orientadas por metas, em detrimento de uma prática voltada à identificação ativa de vulnerabilidades e à promoção da equidade no cuidado.

A definição de estratégias conforme os riscos identificados apresenta não conformidade em (16,44%) dos municípios no total do estado, com variações regionais, sendo mais elevada na macrorregião Norte (22,84%). Ainda mais expressiva é a não conformidade na prática de mapeamento do território, que atinge 22,28% dos municípios, com destaque para as regiões Norte (26,68%) e Leste (23,05%). O mapeamento da população segundo estratificação de risco acompanha essa tendência, mantendo níveis de não conformidade superiores aos observados nas ações operacionais. Esses achados reforçam a dissociação entre a execução de atividades rotineiras e a consolidação do planejamento territorial como instrumento sistemático de organização do cuidado.

Outro achado relevante refere-se à presença de profissionais fixos na APS, que apresenta não conformidades mais elevadas e heterogêneas entre as regiões, especialmente na região Leste (18,98%) e no Norte (17,07%), indicando possíveis dificuldades na fixação de trabalhadores e na continuidade das ações no território.

De modo geral, os dados indicam que, embora a maioria dos municípios declare realizar práticas relacionadas à territorialização, estas se concentram predominantemente em ações de natureza normativa, administrativa ou assistencial. Em contraste, as iniciativas que exigem leitura crítica do território, integração sistemática de informações e uso estratégico do diagnóstico territorial mostram-se menos consolidadas. Esse descompasso sugere que, nos contextos analisados, a territorialização tende a assumir um caráter mais formal e prescritivo, cumprindo exigências institucionais, do que se afirmar como eixo estruturante e orientador do modelo de atenção à saúde.

Os resultados apresentados na Tabela 2 evidenciam correlações muito fortes e estatisticamente significativas entre as não conformidades observadas nas diferentes macrorregiões de saúde do Paraná e o total de não conformidades. Os coeficientes de correlação de Spearman variam de 0,9152 a 0,9879, indicando elevada concordância no padrão de ocorrência das não conformidades entre as regiões analisadas. As correlações mais elevadas são observadas entre a macrorregião Oeste e o total de não conformidades ($r = 0,9879$), bem como entre Norte e Noroeste ($r = 0,9666$) e entre Noroeste e o total ($r = 0,9666$), sugerindo que essas regiões apresentam comportamentos muito semelhantes quanto à distribuição das não conformidades. Mesmo as correlações de menor magnitude, como entre Norte e Leste ($r = 0,9152$) e entre Noroeste e Leste ($r = 0,9240$), mantêm-se em patamares elevados, reforçando a consistência desse padrão. Os valores de p inferiores a 0,001 em praticamente todas as comparações. Os valores de p inferiores a 0,001, confirmam que as associações observadas não ocorrem ao acaso. Em conjunto, os achados indicam que as não conformidades tendem a se distribuir de forma homogênea entre as macrorregiões, refletindo um padrão sistêmico, mais associado a fragilidades estruturais e organizacionais comuns aos municípios do que a especificidades regionais isoladas.

Tabela 2 – Correlação entre as não conformidades por macrorregião de saúde do Paraná e o total de não conformidades, 2023.

	Spearman r	Valor p	Significância ($\alpha=0,05$)	Número de Pares XY
Norte vs. Oeste	0,9515	0,0001	***	10
Norte vs. Noroeste	0,9666	<0,0001	*****	10
Norte vs. Leste	0,9152	0,0005	***	10
Norte vs. Total	0,9636	<0,0001	*****	10
Oeste vs. Noroeste	0,9423	0,0002	***	10
Oeste vs. Leste	0,9636	<0,0001	*****	10
Oeste vs. Total	0,9879	<0,0001	*****	10
Noroeste vs. Leste	0,9240	0,0004	***	10
Noroeste vs. Todas	0,9666	<0,0001	*****	10
Leste vs. Total	0,9758	<0,0001	*****	10

Fonte: própria, 2025

Do ponto de vista interpretativo, os resultados indicam que, embora os dados possam aparentar diferenças entre as macrorregiões quando observados em termos absolutos, o teste de correlação indica que tais variações não representam padrões distintos de comportamento. As correlações elevadas e estatisticamente significativas evidenciam que as não conformidades se repetem de forma semelhante entre as regiões, de modo que aumentos ou reduções observados em uma macrorregião tendem a ser acompanhados nas demais. Assim, apesar das diferenças visíveis nos números, o padrão de distribuição das não conformidades é praticamente o mesmo em todo o estado, sugerindo que as fragilidades identificadas decorrem de dinâmicas estruturais e organizacionais comuns à APS, e não de particularidades regionais específicas.

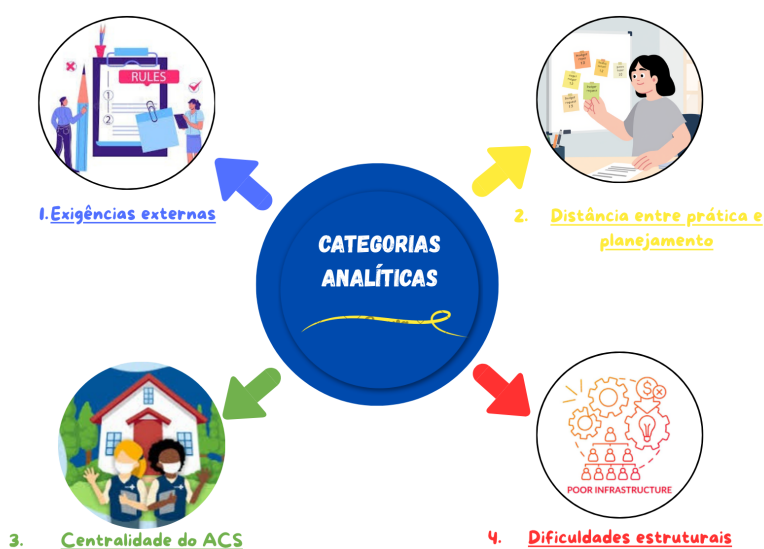
6.2 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

Inicialmente, procedeu-se à caracterização dos entrevistados, seguida da análise do material empírico à luz da Análise de Conteúdo, conforme proposta por Bardin (2016). As entrevistas foram examinadas de forma sistemática, com vistas à identificação e descrição das principais características, recorrências discursivas e significados compartilhados entre os participantes. Buscou-se apreender, de maneira minuciosa, os núcleos de sentido presentes no conjunto das falas, de modo a interpretá-los em consonância com os objetivos da pesquisa e com o referencial

teórico adotado.

Desse processo analítico, emergiram quatro categorias: (1) territorialização impulsionada por exigências externas; (2) distância entre a prática cotidiana no território e o uso dos instrumentos formais de planejamento; (3) papel central do Agente Comunitário de Saúde no reconhecimento do território; e (4) dificuldades estruturais que limitam o planejamento territorial.

Figura 4 - Categorias Analíticas da Análise de Discurso das Entrevistas



Fonte: Própria, 2026.

A sistematização das categorias analíticas emergentes da análise de conteúdo das entrevistas permitiu apreender os principais eixos estruturantes que atravessam a territorialização na APS.

A análise do conteúdo das entrevistas evidenciou a predominância da percepção de que o questionário é reconhecido como instrumento válido e orientador da gestão, ainda que apresente limitações operacionais. Para os entrevistados, trata-se de um dispositivo que estrutura e direciona o planejamento: “Mais do que contribui, ele norteia” (E2). Nessa mesma linha, destaca-se a compreensão de que o instrumento funciona como indutor organizacional e

estratégico.

“Ele acendeu uma luz para organizar o plano e não perder recurso”
(E2)

“Contribui, claro, ele é voltado para as boas práticas mesmo, né?”
(E3)

Mais do que instrumento avaliativo, o questionário do ProGov revelou fragilidades administrativas na organização formal do município. Em um dos contextos analisados, os enfermeiros que atuavam como coordenadores das Unidades Básicas de Saúde não possuíam nomeação formal, o que os impedia de responder oficialmente ao questionário. Conforme relatado:

Os enfermeiros das unidades básicas não tinham nomeação para estar respondendo como coordenador da unidade. [...] Só eu tinha a nomeação aqui pela Secretaria de Saúde, então eu deveria estar respondendo essas perguntas. (E1)

Diante desse entrave, a coordenadora reuniu os profissionais para coletar as respostas e realizou pessoalmente o preenchimento, assumindo formalmente um processo que, na prática, foi construído coletivamente:

Eu me reuni com os enfermeiros pra tá pegando as respostas deles [...] e depois eu que tive que passar todas essas respostas.(E1)

O episódio evidenciou um descompasso entre a estrutura administrativa e o funcionamento real das unidades. Após essa situação, a coordenadora referiu que os enfermeiros foram formalmente nomeados como coordenadores, regularizando o fluxo institucional. Assim, o ProGov atuou como indutor de ajuste organizacional ao expor lacunas na formalização das funções e provocar reorganização administrativa.

Também emergiram fragilidades relacionadas à formulação das questões e à possibilidade de interpretações divergentes entre os respondentes, aspecto que pode comprometer a fidedignidade das respostas e, consequentemente, dos resultados obtidos. Como relatado por um dos participantes: “o entendimento que um tinha para responder, o outro não tinha” (E3). Diante dessa limitação, algumas coordenações relataram a realização de reuniões prévias com os profissionais responsáveis pelo preenchimento dos instrumentos, buscando alinhar

compreensões e promover maior uniformidade interpretativa, minimizando possíveis vieses decorrentes de leituras subjetivas das questões avaliativas.

Além disso, os entrevistados apontaram ambiguidades na formulação de determinadas perguntas, cuja interpretação variava entre os profissionais, podendo resultar em respostas que não necessariamente indicavam ausência da prática investigada, mas diferentes compreensões acerca do fenômeno avaliado. Também foi mencionada a distância entre o nível de exigência do instrumento e as condições concretas de funcionamento das equipes, evidenciando limitações estruturais e organizacionais que atravessam o processo de trabalho na APS. Essa tensão é expressa na fala:

“Seria perfeito a gente conseguir fazer tudo da forma que eles querem (...) Mas a gente não consegue, infelizmente” (E3).

Tal enunciado revela o descompasso entre o modelo ideal prescrito e as condições concretas de execução, explicitando os limites institucionais que atravessam o processo de avaliação.

6.2.1 Territorialização Impulsionada por Exigências Externas

Uma fragilidade relevante refere-se ao caráter indutivo das práticas de territorialização, frequentemente impulsionadas por agentes externos, em detrimento de sua incorporação como dimensão estruturante do processo de trabalho. Os relatos indicam que a territorialização tende a ser acionada em resposta a exigências institucionais e mecanismos de controle, e não necessariamente como estratégia contínua orientada à qualificação do cuidado, ao planejamento e à promoção da saúde. As menções ao início ou retomada da territorialização após a aplicação e o monitoramento do Tribunal de Contas do Estado reforçam essa interpretação.

“Não tinha territorialização quando eles vieram. Depois nós conseguimos fazer a territorialização”(E3)

Em outro contexto, a indução institucional assume caráter jurídico, evidenciado no relato:

“Nós temos um TAC do Ministério Público. (...) À medida que você implanta equipes, você tem que fazer nova territorialização”. (E1)

Nessa fala, a coordenação refere-se ao Termo de Ajustamento de Conduta firmado pelo município após notificação do Ministério Público, em razão da insuficiência de equipes de Estratégia Saúde da Família, evidenciando a territorialização como exigência vinculada ao cumprimento de determinações legais e à ampliação da cobertura da APS.

Paralelamente, o entrevistado 3 revela que a reorganização do processo de trabalho foi fortemente mobilizada por mecanismos avaliativos externos. A menção à melhora significativa nos resultados — “era necessidade de ajuste mesmo” (E3) — indica que o movimento de reestruturação não partiu exclusivamente de uma reflexão interna sobre o modelo assistencial, mas de uma pressão por desempenho.

Essa indução é reforçada quando o mesmo entrevistado afirma que determinada condição “o Ministério da Saúde colocou, inclusive, como indicador”, referindo-se ao acompanhamento dos usuários inscritos no Bolsa Família. Observa-se, assim, que a leitura das vulnerabilidades passa também a ser mediada por parâmetros instituídos externamente, configurando uma territorialização parcialmente orientada por métricas avaliativas. O território é reconhecido, mas sua priorização é atravessada pela lógica dos indicadores.

6.2.2 A Distância Entre a Prática Cotidiana no Território e o Uso dos Instrumentos Formais de Planejamento

Os relatos dos participantes evidenciaram desafios relacionados à articulação entre as práticas desenvolvidas cotidianamente no território e a utilização efetiva dos instrumentos formais de planejamento e organização da APS. Entre os aspectos apontados, destacaram-se dificuldades decorrentes das mudanças de gestão, fragilidades organizacionais e limitações na distribuição territorial das equipes, impactando a continuidade e a sistematização das ações desenvolvidas.

O E2 relata dificuldades no processo, referindo-se à troca de gestão e à falta de organização, descrevendo áreas descobertas decorrentes de má distribuição e não de escassez de recursos.

:

“Assim, o maior desafio no processo de territorialização é você conseguir fazer que a equipe enxergue agora do lado... eu falei que antes eu era pedra, agora eu sou vidraça, né? Do lado da gestão, você fazer a equipe lá da ponta enxergar a importância disso, né? Porque, assim, nós tínhamos uns bairros aqui que a gente resolveu começar por eles, por essas equipes. Então nós pegamos, assim, três equipes que faziam divisa e tinham áreas de vulnerabilidade descoberta, sabe? Aí o que nós conseguimos enxergar? Que essas áreas estavam descobertas por pura falta de esticar mesmo o cobertor. Porque a equipe de agentes comunitários e de localidade de UBS adequada para cobrir o nosso município nós temos. (E2)

Embora reconheça, em diferentes momentos da entrevista, a relevância do processo de territorialização, o E1 demonstra ceticismo quanto à sua efetiva consolidação no contexto local, sobretudo em razão das limitações de recursos humanos e da complexidade geográfica do município. Ao afirmar que:

“é uma cidade grande, né? Tem mais de 100 mil habitantes. Então, são poucas equipes pro quantitativo. Então, eles nunca vão conseguir dar conta mesmo de conhecer o território 100%. E a gente tem aqui uma cobertura em torno de 60% de equipes. E a gente precisa soltar essas 10 equipes pra gente dar ampla cobertura” (E1).

O relato evidencia que, para além do reconhecimento conceitual da territorialização como eixo estruturante do modelo assistencial, sua operacionalização encontra limites concretos relacionados à insuficiência de equipes e à cobertura incompleta. Nesse cenário, o conhecimento aprofundado do território é percebido como ideal desejável, porém de difícil alcance, reforçando a tensão entre a prescrição normativa da política e as condições materiais disponíveis para sua implementação.

Os entrevistados relataram, de forma convergente, os benefícios advindos da Planificação da Atenção à Saúde, destacando seu papel como dispositivo estruturante para a organização das equipes no processo de territorialização. Segundo as falas, a Planificação contribuiu para qualificar o planejamento das ações, favorecer a definição de fluxos e responsabilidades e fortalecer a lógica territorial no cotidiano das unidades.

Quando questionados sobre as estratégias adotadas para garantir atendimento qualificado às subpopulações, os entrevistados relataram abordagens distintas. Em um dos municípios, a principal estratégia consiste na realização de mutirões como forma de identificação e acompanhamento desses usuários.

(...) a gente tem uma área descoberta ainda, que é relevante aqui pro município (...) então, de vez em quando, a gente faz uns mutirões. O último mutirão que nós fizemos foi relacionado às gestantes (E1).

Em outro contexto, a gestão aposta na realização de reuniões periódicas com a equipe, com o objetivo de pactuar ações coletivas voltadas à qualificação do processo de trabalho e à melhoria dos indicadores relacionados às subpopulações. Nesse espaço, segundo relato da coordenação, deliberou-se pela implementação de horário estendido na Unidade como estratégia para ampliar o acesso de usuários que não conseguiam comparecer à UBS no horário comercial. A medida evidencia a utilização do espaço de gestão colegiada como instância de planejamento e tomada de decisão, articulando a análise situacional à reorganização da oferta de serviços em resposta às necessidades identificadas no território.

[...] muitos usuários não estavam sendo acompanhados porque temos bairros dormitórios — territórios em que a população permanece fora durante o dia, retornando apenas no período noturno —, o que dificultava o acesso da equipe. A questão central era o acesso. Diante disso, implantamos horário estendido. Cada UBS, considerando sua própria realidade, passou a ofertar, ao menos uma vez a cada quinze dias, atendimento em horário ampliado, possibilitando tanto a assistência desses usuários quanto o agendamento de visitas de acompanhamento pelos ACS em período alternativo. (E2)

Outro coordenador explicita a fragilidade da organização da APS no que se refere ao planejamento e à identificação das subpopulações ao afirmar que:

“A gente dá prioridade assim, de agendamento pra buscar... se for um caso mais específico, alguma família mais específica, a gente tenta dar umas prioridades, entendeu? Mas não tem uma rotina pré-estabelecida sobre isso, não” (E3).

A fala evidencia que, embora exista sensibilidade por parte da equipe para reconhecer situações que demandam maior atenção, essa priorização não se apoia em protocolo definido, fluxo institucionalizado ou critérios formalmente pactuados. Observa-se, portanto, uma prática orientada pela percepção circunstancial dos profissionais, mais reativa do que planejada. Tal dinâmica compromete a consolidação de um planejamento territorial estruturado e fragiliza o princípio da equidade, uma vez que a definição de prioridades passa a depender do julgamento individual, e não de parâmetros técnicos derivados do diagnóstico situacional e da estratificação de risco das subpopulações.

6.2.3 O Papel Central do Agente Comunitário de Saúde no Reconhecimento do Território

Os coordenadores apontaram dificuldades relacionadas ao processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), incluindo situações de readaptação funcional para atividades administrativas, o que repercute sobre a organização do território e fragiliza a presença cotidiana desses profissionais nas áreas adscritas.

[...] temos muitos ACS readaptados, realizando tarefas administrativas [...] tá confortável (referindo-se ironicamente) (E4),

O discurso de outro entrevistado explicita que o processo de reorganização do trabalho com os ACS não ocorreu de forma linear, sendo atravessado por dificuldades na condução coletiva das equipes. Inicialmente, a gestão precisou fragmentar os encontros em razão da baixa coesão grupal e das limitações na comunicação interna:

“Tinha muito ruído nas reuniões, a gente dividia em dois dias, quatro vezes. Falava a mesma coisa manhã, falava a mesma coisa tarde, no dia seguinte. Bem desgastante.” (E2)

O trecho revela não apenas entraves operacionais, mas também o desgaste envolvido na tentativa de alinhamento técnico e institucional. Somente em momento posterior foi possível reunir todos os profissionais em um único espaço deliberativo: “Até anteontem eu fiz a primeira reunião com todos juntos” (E2). Esse marco é significativo, pois sinaliza um avanço na integração da equipe e na consolidação de um espaço coletivo de planejamento.

Daí fizemos um cofre, discutimos um monte de casos. Eles trouxeram um monte de ideia para os acompanhamentos agora dessa vigência, inclusive do Bolsa Família e tal, dos indicadores. (E2).

A continuidade da fala indica que, quando a reunião coletiva se efetiva, emerge maior potencial participativo, com a produção de estratégias vinculadas tanto às demandas territoriais quanto às exigências programáticas. Paradoxalmente, apesar dessas limitações, os próprios entrevistados reconhecem o ACS como o principal detentor do conhecimento territorial, descrevendo-o como o “mapa inteligente” da equipe.

Sabe quem é meu mapa inteligente? As ACSs. (...) Quando eu preciso saber, elas sabem de tudo (E3).

Essa percepção evidencia a centralidade do trabalho vivo e do saber experiencial na leitura do território, ao mesmo tempo em que revela dificuldades na valorização e na integração de instrumentos técnicos, como a cartografia e o mapeamento das subpopulações, ao planejamento sistemático do cuidado.

6.2.4 Dificuldades Estruturais que Limitam o Planejamento Territorial

Dois dos entrevistados relataram dificuldades recorrentes na vinculação e fixação de profissionais, com ênfase na categoria médica, apontando a instabilidade das equipes e a necessidade frequente de recomposição do quadro funcional. Tal achado ganha maior densidade quando confrontado com os dados do questionário do Progov, no qual os quatro municípios investigados referiram apresentar não conformidades relacionadas à provisão e à permanência de profissionais.

As falas evidenciam entraves relacionados tanto à reposição de profissionais do Programa Mais Médicos pelo Brasil quanto à perda de trabalhadores para municípios vizinhos de maior porte, que oferecem condições mais atrativas. Como estratégia para garantir a oferta assistencial, os gestores mencionaram a adoção do credenciamento médico, assegurando a presença desses profissionais e a manutenção do atendimento.

“É, aqui, às vezes, tem, assim, uma rotatividade grande, porque se o concurso de Maringá chama, aí a gente perde técnicos de enfermagem, a gente perde enfermeiros[...] não só de técnico e enfermeiro, mas como também de médico. No ano passado, a gente teve uma baixa muito grande de médicos do Programa Mais Médicos. Nós temos um teto de 17 médicos. E o ano passado, entre o ano passado e início deste ano, a gente perdeu seis, porque eles foram fazer residência médica em outros lugares. E aí nós ficamos sem, e o Ministério da Saúde demorou muito para chamar a reposição. Até a gente receber um, semana retrasada, e outro na semana passada, ainda está faltando uma vaga para cobrir. [...] E vou contar que este ano, faz uns dois ou três meses, o prefeito pediu bastante CNPJ, que são médicos para trabalhar na atenção básica por meio de empresa. Então, esses médicos estavam vindo também para dar uma ajuda nas unidades básicas, porque estava faltando bastante consulta, já que a gente teve bastante baixa do Programa Mais Médicos. Agora que estão retornando, os médicos vêm para dar um apoio, para não faltar consulta para ninguém.” (E1)

Temos alta rotatividade principalmente dos médicos. A gente tem credenciamento médico. Isso dificulta muito o vínculo” (E4).

Os quatro municípios entrevistados mantêm o credenciamento médico como estratégia para garantir o funcionamento das Unidades de Saúde. Tal arranjo, ainda que assegure a oferta de consultas, revela-se ambivalente no plano organizacional.

Os próprios entrevistados reconhecem que essa modalidade tem produzido agendas sobrecarregadas e forte direcionamento às consultas de demanda espontânea, frequentemente dissociadas de critérios de promoção da saúde, estratificação de risco e acompanhamento longitudinal. Nesses casos, a organização do processo de trabalho tende a responder prioritariamente às expectativas imediatas da população, assumindo caráter resolutivo e pontual, em detrimento da consolidação de um modelo orientado pelos atributos estruturantes da APS.

Como sintetiza um dos coordenadores: “Parece que a gente tá indo contra a maré... pro usuário, o modelo médico-cêntrico é bom.” (E4). A fala explicita a tensão entre dois paradigmas assistenciais: de um lado, a lógica biomédica, centrada na consulta médica e na resolução imediata da queixa; de outro, o modelo territorial e longitudinal, que demanda planejamento, análise de vulnerabilidades e organização do cuidado com base populacional.

Essa disputa entre modelos contribui para compreender por que práticas de contato direto — como o atendimento clínico e a resposta à demanda espontânea — apresentam maiores índices de conformidade quando comparadas às práticas analíticas e de planejamento territorial. Enquanto as primeiras dialogam com expectativas socialmente legitimadas e politicamente visíveis, as segundas exigem reorganização do processo de trabalho, investimento em análise de dados e fortalecimento da lógica territorial, aspectos que tendem a ser secundarizados em contextos marcados por pressão assistencial.

Quando questionados sobre os processos de identificação e mapeamento das subpopulações, os entrevistados apresentaram respostas distintas. O município de pequeno porte relatou não enfrentar dificuldades no reconhecimento dessas subpopulações; contudo, apontou limitações relacionadas à disponibilidade de materiais físicos, como mapas impressos e insumos de escritório (alfinetes), necessários à operacionalização do mapeamento. Em contraste, os municípios de

maior porte destacaram dificuldades associadas ao quantitativo insuficiente de equipes e à escassez de recursos humanos, o que compromete a atualização e o uso sistemático do mapeamento territorial.

Entre os entrevistados, apenas um município referiu utilizar ferramentas digitais, como o *Google Maps*, para a identificação e a organização dos usuários no território, configurando essa estratégia como uma forma de Mapa Inteligente informatizado. Esse achado evidencia que a informatização do processo de territorialização ainda é incipiente e, em muitos contextos, subutilizada, apesar de seu potencial para facilitar o reconhecimento do território, qualificar a visualização das subpopulações e reduzir a dependência de materiais físicos, superando limitações operacionais frequentemente relatadas.

Em relação ao uso do Mapa Inteligente nas unidades, a maioria dos coordenadores demonstrou reconhecer sua importância como instrumento de planejamento territorial, bem como a necessidade de sua atualização contínua. No entanto, um dos entrevistados relatou que, embora o mapa seja atualizado, “nunca viu ninguém usar” (E3), o que indica que, em alguns contextos, esse instrumento permanece restrito a uma função meramente formal. Nessas situações, o Mapa Inteligente tende a ser compreendido como um recurso estático, exposto na unidade ou utilizado apenas para o cumprimento de exigências institucionais, sem efetiva incorporação ao processo de análise do território e à tomada de decisão. Tal achado evidencia a distância entre a existência do instrumento e seu uso qualificado como ferramenta de visualização, interpretação e planejamento das ações no território.

De forma sintética, os resultados indicam que a territorialização está institucionalmente presente, porém fragilmente incorporada ao cotidiano do trabalho. Embora os dados quantitativos apontem um padrão homogêneo entre os municípios, sugerindo problemas sistêmicos, as entrevistas revelam um processo frequentemente acionado por induções externas, dependente do saber prático dos Agentes Comunitários de Saúde e limitado pela escassez de equipes, pela rotatividade profissional e pela centralidade da demanda espontânea. Assim, observa-se um descompasso entre o modelo territorial proposto e sua efetiva operacionalização, fazendo com que a territorialização se configure mais como requisito formal do que como eixo organizador do cuidado.

7 DISCUSSÃO

A discussão dos achados parte da articulação entre os resultados quantitativos e qualitativos, buscando interpretar não apenas a frequência das ocorrências observadas, mas também os significados que elas assumem no contexto organizacional da APS. Enquanto os dados numéricos evidenciam padrões relativamente homogêneos entre os municípios, as entrevistas permitem compreender os mecanismos que os produzem, revelando tensões entre a prescrição normativa, as condições estruturais e as práticas cotidianas das equipes. A análise desloca-se, assim, da descrição para a compreensão dos determinantes que sustentam tais padrões, à luz do referencial teórico adotado.

Três achados estruturam a presente discussão: (1) a territorialização apresenta-se como diretriz normativamente consolidada, porém operacionalizada de forma heterogênea e, por vezes, fragilizada; (2) os condicionantes estruturais exercem papel determinante na conformação do processo de trabalho na APS; e (3) observa-se elevada maturidade relacional das equipes, especialmente mediada pelo protagonismo do ACS, ainda que tal potencial não se converta plenamente em planejamento territorial sistematizado. Esses eixos analíticos organizam a interpretação dos dados e permitem correlacionar os resultados empíricos com a literatura e com as etapas do percurso metodológico.

Nesse movimento, o questionário do Progov emerge como elemento central. Embora concebido como instrumento de controle externo, produziu efeitos que ultrapassam sua função meramente avaliativa. O Progov assumiu papel indutor na organização da gestão municipal. Seu preenchimento mobilizou alinhamentos internos, revisão de rotinas e maior articulação entre a coordenação e as equipes, evidenciando que a avaliação incide como tecnologia de gestão. Tal dinâmica dialoga com a compreensão de que a avaliação de políticas públicas produz conhecimento capaz de subsidiar ajustes institucionais (ENAP, 2015). Contudo, a indução por instrumentos avaliativos e mecanismos de controle não equivale, necessariamente, à qualificação substantiva da territorialização. Em muitos contextos, sua implementação ocorre sob pressão normativa, mais do que por internalização técnico-política do modelo territorial. O território é acionado quando

demandado ou auditado, mas nem sempre incorporado como racionalidade permanente do processo de trabalho.

Tal cenário distancia-se da compreensão do território enquanto espaço vivido, dinâmico e produzido pelas relações sociais cotidianas (SANTOS, 1996). Mais do que recorte administrativo, o território constitui expressão concreta das condições de vida, circulação, vulnerabilidades e formas de sociabilidade da população, exigindo das equipes capacidade contínua de leitura e interpretação da realidade local.

Nessa perspectiva, a análise comparativa entre os resultados quantitativos do questionário e as entrevistas com as coordenações municipais permite evidenciar uma tensão interpretativa relevante. Nos dados quantitativos, a territorialização aparece como prática amplamente consolidada entre as equipes da Estratégia Saúde da Família, sugerindo elevado grau de conformidade com as diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde para a organização da APS no âmbito do SUS. Entretanto, quando esses resultados são confrontados com os relatos qualitativos, emerge um quadro mais complexo.

As falas das coordenações indicam que a territorialização tende a ser compreendida e executada predominantemente como exigência normativa e operacional — isto é, como um requisito institucional a ser cumprido no cotidiano dos serviços. Embora os entrevistados reconheçam sua importância em nível discursivo, os relatos sugerem que tal reconhecimento nem sempre se traduz em reflexão analítica sobre o território ou em sua incorporação sistemática como instrumento de planejamento e organização do cuidado. Observa-se, assim, um descompasso entre a aderência formal às diretrizes e a apropriação substantiva do território como categoria orientadora do processo de trabalho.

Tal achado dialoga com a concepção de território enquanto espaço socialmente produzido e atravessado por dinâmicas históricas, culturais e sanitárias, não se restringindo à delimitação geográfica ou administrativa dos usuários adscritos. Nessa perspectiva, a territorialização pressupõe a produção contínua de leitura crítica do território e de suas vulnerabilidades, constituindo instrumento orientador do planejamento e da organização do cuidado. Quando reduzida

predominantemente ao cadastramento populacional e ao cumprimento de exigências normativas, corre-se o risco de esvaziar sua dimensão político-sanitária e sua potência como tecnologia de reorganização das práticas em saúde. (FARIA; BORTOLOZZI, 2009; MONKEN; BARCELLOS, 2005).

Esse descompasso também encontra respaldo em evidências nacionais recentes. Dados do Censo das Unidades Básicas de Saúde (2024) indicam que, embora 66,4% das UBS relatem a realização de diagnóstico do território, a incorporação de ferramentas mais estruturadas ainda é limitada, com apenas 32,2% declarando possuir mapeamento inteligente. Além disso, a atualização periódica dessas informações permanece incipiente, uma vez que menos da metade das unidades (48,6%) realiza o diagnóstico comunitário com periodicidade anual. Esses dados reforçam a hipótese de que a territorialização, embora formalmente instituída, ainda enfrenta desafios em sua consolidação como prática sistemática e analítica no cotidiano dos serviços (REDE APS, 2026).

Achados semelhantes foram identificados por Vechi, Campos e Farah (2017) ao analisarem o processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família. Os autores observaram que, em determinados contextos, as práticas vinculadas à adscrição territorial tendem a se restringir à atualização de cadastros populacionais, reduzindo o território a um instrumento administrativo. Nessa configuração, sua dimensão relacional, analítica e estratégica para o planejamento das ações em saúde torna-se secundária, comprometendo seu potencial como eixo organizador do cuidado

Nessa perspectiva, o território passa a ser tratado predominantemente como unidade administrativa de registro, fragilizando tanto a construção de vínculos com a comunidade quanto o planejamento das ações de saúde orientado pelas necessidades do território. A falta de familiaridade com uma compreensão crítica dos usos do território contribui para que a territorialização seja reduzida a um ato meramente geométrico, limitado à definição de áreas, à delimitação espacial e à produção de mapas administrativos. Desse modo, um conceito concebido para qualificar o planejamento local e orientar práticas de cuidado territorializadas acaba frequentemente esvaziado de sua dimensão político-social e analítica, restringindo seu potencial para identificar vulnerabilidades, compreender as dinâmicas sociais e responder às necessidades concretas da população (FARIA, 2013).

Iniciativas recentes de financiamento da APS, que vinculam o cadastramento populacional e o reconhecimento territorial ao cofinanciamento federal (BRASIL, 2024), reforçam essa ambivalência. Embora reconheçam formalmente a centralidade do território, mantêm a lógica de indução externa como principal motor de mudança, perpetuando a tensão entre a exigência sistêmica e a apropriação técnico-política da territorialização como tecnologia de gestão do cuidado.

Essa aparente consolidação normativa da territorialização, contudo, precisa ser analisada à luz das condições concretas em que o processo de trabalho se organiza nos serviços de APS. A insuficiência de equipes, a cobertura incompleta e a instabilidade da força de trabalho reorganizam o processo de trabalho sob uma lógica de escassez, produzindo desgaste e comprometendo o trabalho vivo em ato (LIMA et al., 2025). A alta rotatividade, associada a vínculos precários e à ausência de perspectivas de carreira (OLIVEIRA et al., 2024), fragiliza a longitudinalidade do cuidado (TONELLI et al., 2018; OLIVEIRA et al., 2024; LIMA et al., 2025), especialmente diante da rotatividade médica (SANTOS, 2025), interrompendo vínculos assistenciais e processos de aprendizagem institucional (MEDEIROS et al., 2010).

A literatura também indica que a instabilidade da força de trabalho na APS está fortemente associada às condições organizacionais e institucionais do trabalho, e não apenas às decisões individuais dos profissionais. Estudo de Campos e Malik (2008), ao analisar a rotatividade de médicos no Programa Saúde da Família (PSF) em São Paulo, demonstrou que fatores como infraestrutura das unidades, suporte institucional, organização do processo de trabalho e reconhecimento profissional influenciam diretamente a permanência dos profissionais nas equipes.

Essa dinâmica também emerge nas narrativas dos participantes deste estudo. Um dos coordenadores relata que, quando municípios de maior porte realizam concursos públicos, muitos profissionais migram para essas localidades, indicando preferência por contextos que oferecem maior estabilidade e melhores condições de trabalho. Essa percepção encontra respaldo na literatura recente. Estudo de Pagotto et al. (2025) demonstra que a retenção de médicos no Brasil está

fortemente associada ao grau de urbanização e à densidade de profissionais, com maiores taxas de permanência em capitais e centros urbanos.

Campos e Malik (2008) também observaram variação significativa nas taxas de rotatividade entre diferentes instituições gestoras, sugerindo que modelos de gestão e contextos organizacionais distintos produzem níveis variados de estabilidade das equipes. Tais achados reforçam que a continuidade do cuidado e a consolidação do modelo territorial da ESF dependem não apenas da disponibilidade de profissionais, mas também da construção de ambientes institucionais capazes de sustentar sua permanência no serviço. Em contextos marcados por vínculos frágeis e condições organizacionais adversas, a rotatividade tende a se intensificar, comprometendo a longitudinalidade do cuidado e dificultando a produção de conhecimento acumulado sobre o território e sua população.

Tal situação emerge como um dos principais fatores indutores do credenciamento médico na APS, prática mencionada por todos os entrevistados como adotada em seus respectivos municípios. Embora essa modalidade de contratação contribua, em certa medida, para suprir demandas assistenciais imediatas e reduzir filas de atendimento, ela se distancia dos princípios que estruturam a APS, especialmente no que se refere à construção de vínculos e à continuidade do cuidado.

Em estudo realizado por Silva, Carvalho e Santini (2020), observou-se a expansão da pejetização na região Norte do Paraná durante o período da pandemia de COVID-19. Os autores interpretam essa modalidade de contratação como uma estratégia que tensiona princípios da administração pública e fragiliza a garantia de direitos trabalhistas, além de colocar em questão o próprio princípio da eficiência na gestão dos serviços. A ausência de processos seletivos competitivos e a maior rotatividade associada a esses vínculos tendem a produzir descontinuidade nas ações assistenciais. Nesse cenário, a inserção de profissionais por meio de contratos mais flexíveis pode comprometer o reconhecimento da comunidade e o acompanhamento longitudinal dos usuários, uma vez que o cuidado passa a se organizar prioritariamente em torno da resolução de demandas imediatas, em detrimento da construção de vínculos e do conhecimento acumulado sobre o território. Sob tais condições, o cuidado tende a assumir caráter episódico.

A priorização da demanda espontânea compromete a articulação com as ações programáticas, fragilizando a integralidade e a responsabilização sanitária (FARIA; CAMPOS, 2012). Instala-se, assim, um movimento cumulativo: quanto mais o cotidiano é capturado pela urgência, menor é a capacidade de investir em planejamento territorial. O impacto alcança tanto os usuários quanto as equipes, cujo trabalho passa a ser mensurado predominantemente por indicadores quantitativos, reduzindo a visibilidade de sua dimensão relacional e sanitária.

A análise do Quadro 2 reforça essa interpretação. As elevadas taxas de conformidade em práticas como compartilhamento de informações, cadastramento e acompanhamento domiciliar indicam a consolidação da dimensão relacional e organizativa do trabalho, em consonância com os princípios da ESF (BRASIL, 2017). Contudo, indicadores vinculados ao planejamento estruturado — como mapeamento territorial e definição de estratégias baseadas na estratificação de risco — apresentam percentuais inferiores. A forte correlação entre as macrorregiões (r entre 0,91 e 0,98; $p < 0,001$) sugere que esse padrão decorre de fragilidades estruturais compartilhadas, e não de especificidades regionais. Embora o diagnóstico territorial constitua atribuição formal do ACS (BRASIL, 2017), sua conformidade mostra-se inferior à observada para o cadastramento, sugerindo a predominância de uma lógica registral em detrimento da utilização analítica das informações territoriais. O acompanhamento domiciliar, apesar da elevada conformidade (95,5%), também pode assumir caráter burocrático quando orientado predominantemente pelo cumprimento de metas (SAKATA et al., 2007; MAGALHÃES, 2014; MARINHO; JÚNIOR, 2020).

Esse cenário ganha maior relevância diante da crescente prevalência das condições crônicas, que se consolidam como um dos principais desafios para os sistemas de saúde e demandam a reorganização das práticas assistenciais, com maior protagonismo da APS. Diferentemente das condições agudas, essas situações requerem acompanhamento contínuo, cuidado longitudinal e estratégias que articulem promoção da saúde, prevenção de riscos e manejo clínico ao longo do tempo. Nesse contexto, a APS assume papel central na coordenação do cuidado e na organização das respostas às necessidades da população, utilizando ferramentas

como a estratificação de risco e o apoio ao autocuidado para qualificar o acompanhamento das pessoas com condições crônicas (SESA-PR, 2019).

Entretanto, a predominância de demandas imediatas no cotidiano dos serviços e a ausência de organização do processo de trabalho voltada a esse público frequentemente limitam o espaço destinado ao cuidado programado, evidenciando a necessidade de fortalecer a capacidade das equipes para lidar de forma sistemática e integrada com as condições crônicas.

O percentual inferior observado nas estratégias baseadas em risco (83,56%) evidencia um ponto sensível na articulação entre o diagnóstico territorial e o planejamento das ações em saúde. Entre as 2.177 unidades avaliadas por meio do questionário, 358 informaram não realizar o planejamento das ações com base na estratificação de risco dos usuários. Considerando que uma equipe da ESF é responsável, em média, por aproximadamente 2.500 pessoas (BRASIL, 2017), estima-se que cerca de 895 mil usuários possam estar potencialmente vinculados a equipes que não utilizam a estratificação de risco como critério para o planejamento das ações. Embora essa estimativa não represente o número exato de pessoas afetadas, ela dimensiona a magnitude populacional das fragilidades identificadas.

Ao analisar especificamente o item referente à estratificação de risco, observa-se uma situação ainda mais preocupante. Além do percentual de equipes que referiram não planejar suas ações a partir do risco dos usuários, um contingente ainda maior informou não realizar a própria estratificação da população. Considerando que 18,79% dos respondentes declararam não estratificar os usuários por risco, a ausência de um processo estruturado de estratificação e planejamento territorial assume magnitude populacional relevante. Essa fragilidade pode comprometer a identificação precoce de necessidades, a priorização de grupos mais vulneráveis e a organização do cuidado segundo critérios de equidade, repercutindo diretamente sobre atributos essenciais da APS, como a coordenação do cuidado, a longitudinalidade e a integralidade da atenção.

Nesse contexto, a fragilidade dos processos de estratificação e planejamento territorial contrasta com o papel estratégico atribuído à APS na

organização do SUS. Nas últimas décadas, a consolidação da PNAB e da ESF reafirmou a centralidade da APS na coordenação das redes de atenção, no fortalecimento do vínculo entre serviços e população e na organização de práticas orientadas pelos princípios da integralidade e da equidade (BRASIL, 2017; PINTO; GIOVANELLA, 2018). Nesse sentido, a ausência de instrumentos sistemáticos de identificação de riscos e vulnerabilidades pode limitar a capacidade das equipes de reconhecer necessidades prioritárias, organizar ações programáticas e desenvolver intervenções territorialmente orientadas, comprometendo a efetividade do cuidado ofertado.

A territorialização pressupõe uma leitura dinâmica e situada do território (COLUSSI; PEREIRA, 2016), e instrumentos como o Mapa Inteligente tendem a produzir efeitos apenas quando apropriados coletivamente pelas equipes e incorporados ao cotidiano do trabalho (BUDAL et al., 2018). No entanto, o relato de um coordenador — ao afirmar que “nunca viu ninguém usar (E3)” tal ferramenta — sugere um descompasso entre a prescrição normativa e a prática dos serviços. Embora mapas territoriais sejam reconhecidos como recursos capazes de organizar informações e subsidiar o planejamento (BRASIL, 2016), sua utilização nem sempre adquire sentido prático para os trabalhadores.

Nesse cenário, torna-se pertinente problematizar se a exigência de determinados instrumentos, como o Mapa Inteligente, não contribui para uma padronização excessiva do processo de trabalho na APS, como se houvesse um conjunto fixo de procedimentos a ser seguido independentemente das especificidades locais. Essa lógica pode reduzir a territorialização a um cumprimento formal de etapas, deslocando o foco daquilo que constitui seu núcleo central: a capacidade das equipes de interpretar o território e organizar suas práticas a partir das necessidades concretas da população.

Os entrevistados reconhecem o ACS como o principal detentor do conhecimento territorial, frequentemente descrito como um “mapa inteligente” vivo da comunidade. Tal percepção reafirma o papel historicamente atribuído a esse trabalhador na mediação entre serviços de saúde e território, uma vez que sua inserção comunitária possibilita identificar dinâmicas sociais, vulnerabilidades e necessidades frequentemente invisíveis aos instrumentos formais de planejamento.

(BRASIL, 2017). Entretanto, esse saber experiencial nem sempre se converte em planejamento sistematizado das ações de saúde.

Nessa mesma direção, Morosini, Fonseca e Meyer (2025) destacam que o trabalho dos ACS contribui para ampliar a compreensão das equipes sobre as condições de vida das pessoas, das famílias e das comunidades, qualificando a leitura territorial que orienta as ações da APS. A proximidade cotidiana com o território e a convivência contínua com os moradores permitem que esses profissionais identifiquem necessidades, vulnerabilidades e situações de risco que frequentemente não emergem nos contatos formais estabelecidos nos serviços de saúde. Por meio das visitas domiciliares e da construção de vínculos de confiança com a população, os ACS tornam visíveis dimensões sociais e sanitárias que dificilmente seriam captadas por instrumentos padronizados de registro ou por atendimentos pontuais nas unidades. Dessa forma, sua atuação contribui para produzir uma compreensão mais sensível, contextualizada e abrangente do território, oferecendo subsídios relevantes para o planejamento das ações de saúde.

Parte dessa lacuna pode ser compreendida à luz das transformações recentes no processo de trabalho desses profissionais. A ampliação e a diversificação de suas atribuições, associadas à crescente burocratização das atividades e à pressão pelo cumprimento de metas institucionais, tendem a deslocar o ACS de sua função estratégica de análise territorial para tarefas predominantemente operacionais e administrativas (ALONSO; BÉGUIN; DUARTE, 2018). Nesse contexto, o conhecimento produzido no cotidiano das visitas domiciliares e da convivência comunitária nem sempre é incorporado aos processos formais de planejamento das equipes, limitando sua utilização na definição de prioridades e na organização das ações de cuidado.

Além disso, observa-se um movimento gradual de reconfiguração e, por vezes, de depreciação simbólica do papel do ACS diante dos desafios contemporâneos da APS. Mudanças normativas, redefinições de atribuições e disputas em torno do escopo de práticas têm tensionado sua identidade profissional, podendo reduzir sua centralidade na produção do cuidado territorializado.

Embora os ACS sejam frequentemente reconhecidos pelas equipes como os profissionais que detêm maior conhecimento sobre o território e as famílias, esse reconhecimento nem sempre se traduz em valorização efetiva de seu papel no processo de trabalho. Estudos indicam que, ao longo do tempo, o trabalho desses profissionais passou por uma ampliação significativa de atribuições, incorporando tarefas administrativas e atividades relacionadas à alimentação dos sistemas de informação, o que tende a deslocar parte de sua atuação das dimensões relacionais e territoriais para funções predominantemente burocráticas (SANTOS et al., 2025).

Esse processo fragiliza um dos pilares históricos da ESF: a presença de um trabalhador capaz de traduzir as necessidades do território para a equipe de saúde e, simultaneamente, aproximar o serviço da realidade vivida pela população.

Dados do Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde de 2024 indicam que, embora 96,4% das unidades declarem contar com ACS em suas equipes, 38,5% apresentam pelo menos uma microárea descoberta por esse profissional. A análise regional revela percentuais ainda mais elevados de microáreas sem cobertura de ACS nas regiões Centro-Oeste (54,8%), Sul (46,1%) e Norte (41,7%), superando a média nacional e evidenciando que a cobertura territorial plena por esses trabalhadores permanece como um desafio estrutural para a APS. Esses dados, contudo, são dinâmicos e devem ser interpretados à luz das mudanças nos ciclos de gestão municipal e das estratégias locais de organização das equipes (MOROSINI; FONSECA; MEYER, 2025).

Essas evidências dialogam diretamente com os achados qualitativos desta pesquisa. Em uma das entrevistas, foi relatada a existência de microáreas descobertas e de situações de readaptação funcional de ACS, fatores que comprometem a continuidade do acompanhamento das famílias e produzem repercussões diretas sobre a organização territorial do cuidado. Além de reduzir a presença cotidiana desses profissionais no território, tais situações limitam a capacidade das equipes de reconhecer precocemente vulnerabilidades, fortalecer vínculos com a comunidade e incorporar o conhecimento territorial ao planejamento das ações de saúde.

Morosini, Fonseca e Meyer (2025) reforçam que, paralelamente à persistência de microáreas descobertas, observa-se um processo de redefinição das atribuições do ACS, frequentemente associado à redução do número desses profissionais nas equipes. Esse movimento tende a produzir sobrecarga de trabalho para aqueles que permanecem em atividade e altera significativamente a dinâmica e o conteúdo de suas funções. De um lado, amplia-se a incorporação de tarefas de natureza burocrático-administrativa ou de apoio instrumental a outros profissionais da equipe; de outro, verifica-se a progressiva inclusão de atividades de caráter assistencial, tradicionalmente vinculadas ao campo da Enfermagem, muitas vezes justificada pela necessidade de ampliar a resolutividade das equipes frente às transformações do perfil demográfico e epidemiológico da população.

Essas transformações suscitam debates acerca da redefinição do papel do ACS no contexto contemporâneo da APS. Enquanto a ampliação de atividades burocráticas é frequentemente percebida como fator que limita o exercício de sua função territorial, a incorporação de práticas assistenciais pode ser interpretada, em alguns contextos, como o reconhecimento de ações que historicamente já eram realizadas de maneira informal no atendimento às demandas da comunidade. Ainda assim, permanece central a compreensão de que o território — e não a unidade de saúde — constitui o espaço privilegiado de atuação desses trabalhadores, sendo fundamental preservar sua função estratégica na mediação entre os serviços de saúde e a população, sem que sejam utilizados como substitutos de outros profissionais da equipe.

Assim, a territorialização e a orientação comunitária dependem, em grande medida, do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (MOROSINI; FONSECA; MEYER, 2025); contudo, persistem desafios para que esse saber seja efetivamente mobilizado na organização das práticas e no planejamento das ações das equipes.

Em síntese, os resultados revelam a coexistência de elevada maturidade relacional das equipes, forte protagonismo do ACS e boa execução de práticas de contato direto com a população, contrastando com fragilidades na conversão do território em instrumento sistemático de planejamento das ações.

A elevada conformidade observada nas práticas de compartilhamento de informações, visitas domiciliares e acompanhamento territorial aproxima-se dos atributos essenciais e derivados da Atenção Primária à Saúde descritos por Starfield, especialmente no que se refere à longitudinalidade, à orientação comunitária e à coordenação do cuidado (STARFIELD, 2002).

Nesse sentido, a territorialização mostra-se consolidada como prática de vínculo e reconhecimento comunitário, porém ainda em processo de consolidação como tecnologia analítica de gestão do cuidado, o que evidencia a necessidade de fortalecer sua dimensão estratégica no cotidiano da APS.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente investigação buscou compreender as práticas de territorialização desenvolvidas na APS nos municípios do estado do Paraná, com ênfase na organização do processo de trabalho das eSF. Os resultados evidenciam que a territorialização, embora amplamente reconhecida como diretriz estruturante da APS, ainda se materializa de forma heterogênea no cotidiano dos serviços.

A análise quantitativa demonstrou elevados níveis de conformidade em práticas operacionais e relacionais, como cadastro de usuários, visitas domiciliares e compartilhamento de informações entre profissionais. Entretanto, a análise qualitativa revelou que a conversão dessas práticas em planejamento territorial estruturado — orientado pela estratificação de risco e pela organização longitudinal do cuidado — ocorre de forma parcial e desigual entre os municípios.

Observou-se que a territorialização é conceitualmente reconhecida e legitimada no discurso institucional, porém frequentemente acionada sob uma lógica de indução externa, associada a instrumentos avaliativos ou mecanismos de financiamento. Nesses contextos, o território tende a aparecer mais como requisito administrativo ou indicador de desempenho do que como fundamento efetivo para a definição de prioridades e organização das práticas de cuidado. Assim, os resultados sugerem que o desafio atual não reside na formulação normativa da

territorialização — já consolidada nas políticas públicas —, mas na sua incorporação como tecnologia cotidiana de gestão clínica e sanitária.

Os achados também indicam que as dificuldades de consolidação da territorialização estão fortemente associadas a condicionantes estruturais do trabalho em saúde. A insuficiência de profissionais, a cobertura incompleta, a sobrecarga assistencial e a rotatividade recorrente reorganizam o processo de trabalho sob a lógica da escassez. Nessas circunstâncias, as equipes tendem a priorizar o atendimento imediato da demanda espontânea, favorecendo práticas episódicas e centradas na consulta médica, em detrimento de ações programáticas e do planejamento territorial contínuo. Como consequência, atributos centrais da APS — como longitudinalidade, coordenação do cuidado e integralidade — tornam-se mais vulneráveis.

O protagonismo do ACS emergiu como elemento central no reconhecimento do território e das necessidades da população. Contudo, verificou-se que o conhecimento experiencial acumulado por esses trabalhadores nem sempre se converte em informação sistematizada e incorporada aos processos coletivos de planejamento. Em outras palavras, o território é amplamente conhecido pelas equipes, mas nem sempre é governado a partir desse conhecimento.

Nesse sentido, a principal crítica que emerge deste estudo não se dirige à diretriz da territorialização em si — cuja relevância permanece inequívoca —, mas às formas de sua operacionalização nos serviços. Quando reduzida a uma exigência formal ou à resposta a processos avaliativos, a territorialização tende a perder parte de sua potência estratégica, transformando-se em procedimento técnico desvinculado do planejamento sanitário. A territorialização, em sua concepção original, pressupõe leitura dinâmica das vulnerabilidades, estratificação de risco, definição de prioridades e organização equitativa do cuidado. Nos contextos analisados, entretanto, observa-se uma territorialização em processo de consolidação, tensionada entre práticas relacionais já estabelecidas e fragilidades na dimensão analítica e estratégica do planejamento.

Os impactos dessa dissociação são relevantes para a saúde pública, uma vez que a ausência de planejamento territorial consistente pode contribuir para o

agravamento de condições crônicas, aumento de internações por condições sensíveis à APS e manutenção de desigualdades em saúde. Ao mesmo tempo, os resultados revelam potencialidades importantes, como a maturidade relacional das equipes, a comunicação consolidada entre profissionais, a presença ativa dos Agentes Comunitários de Saúde e o reconhecimento institucional da centralidade do território. Esses elementos constituem bases relevantes para o fortalecimento das práticas de territorialização.

Como contribuição, esta dissertação amplia a compreensão sobre os mecanismos que produzem os padrões observados nos indicadores avaliativos, ao integrar dados quantitativos e narrativas qualitativas. Ao evidenciar a diferença entre execução formal e incorporação substantiva da territorialização, o estudo oferece subsídios para o aprimoramento das políticas de financiamento, avaliação e gestão do trabalho na APS, reforçando a necessidade de modelos avaliativos mais sensíveis à qualidade do planejamento territorial e às condições concretas de produção do cuidado.

Algumas limitações devem ser consideradas. A pesquisa concentrou-se na perspectiva de coordenadores e gestores municipais, o que permite compreender a dimensão organizacional da territorialização, mas pode não captar integralmente a experiência cotidiana dos diferentes trabalhadores das equipes. Além disso, o caráter transversal da investigação limita a análise das transformações dessas práticas ao longo do tempo.

Durante a análise dos questionários, identificou-se que algumas unidades respondentes não se configuravam como Unidades Básicas de Saúde, abrangendo estabelecimentos como Unidades de Pronto Atendimento, Centros de Saúde da Mulher e instâncias de coordenação da Atenção Primária. Tais unidades foram excluídas da análise por não desenvolverem o processo de trabalho característico da APS. Considerou-se que a inclusão desses estabelecimentos, desprovidos dos atributos essenciais da APS, poderia comprometer a interpretação dos resultados e introduzir vieses analíticos. Dessa forma, o estudo restringiu-se à análise dos estabelecimentos efetivamente caracterizados como UBS.

Nesse sentido, destaca-se a necessidade de que os instrumentos de monitoramento e avaliação, especialmente aqueles vinculados ao Tribunal de Contas, considerem critérios mais rigorosos para a definição das unidades elegíveis ao preenchimento dos questionários. A participação de serviços como UPAs, Centros de Saúde da Mulher e instâncias administrativas, que não executam o processo de trabalho típico da APS, pode comprometer a fidedignidade das respostas e influenciar a avaliação final dos indicadores analisados.

Por fim, os achados apontam possibilidades para novas investigações. Estudos que incorporem a perspectiva dos diferentes profissionais da Estratégia Saúde da Família — especialmente ACS e enfermeiros — podem aprofundar a compreensão sobre como o conhecimento territorial é produzido, compartilhado e mobilizado no planejamento das ações. Pesquisas longitudinais e comparativas entre diferentes contextos municipais também podem contribuir para compreender como mecanismos de indução institucional, modelos de gestão e condições de trabalho influenciam a consolidação da territorialização como tecnologia de organização do cuidado.

Em síntese, a territorialização permanece como horizonte estruturante da APS brasileira. Contudo, sua consolidação depende da superação de entraves estruturais, da valorização do trabalho vivo em ato e da transformação do território em fundamento efetivo para o planejamento e a gestão do cuidado.

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALONSO Carolina Maria do Carmo; BÉGUIN Pascal Daniel; DUARTE Francisco J.C. Moura. **Work of community health agents in the Family Health Strategy: meta-synthesis**. Rev Saude Publica. 2018;52:14. doi: 10.11606/s1518-8787.2018052000395. Epub 2018 Feb 26. PMID: 29489997; PMCID: PMC5825119.

BARCELLOS, C.; ROJAS, L.I. 2004. **O território e a Vigilância da Saúde**. EPSJV:Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde - Proformar – Unidade de Aprendizagem I, Módulo III. Rio de Janeiro. Disponível em <https://api.arca.fiocruz.br/api/core/bitstreams/3ad0509f-8df3-4153-b756-b715c805aa50/content>. Acesso em: 16 nov. 2025.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 15 nov. 2025

BRASIL. **Lei nº 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. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <<https://www.planalto.gov.br/>>. Acesso em: 16 nov. 2025

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 dez. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 13 dez. 2025.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **Sistema Único de Saúde**. Brasília: CONASS, 2007. 291 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS; 1). ISBN 978-85-89545-08-2

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde **Manual cadastramento nacional de usuários do SUS / Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadastramento_sus.pdf. Acesso em: 22 ago. 2025

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf. Acesso em: 08 dez. 2025

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/esf/consultorio-na-rua/arquivos/2012/politica-nacional-de-atencao-basica-pnab.pdf/view>. Acesso em: 22 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Para entender o controle social na saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2014. 178 p. ISBN 978-85-334-2095-3. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_controle_social_saude.pdf. Acesso em: 12 dez. 2025

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 22 set. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 22 ago. 2025.

BRASIL. **A construção social da Atenção Primária à Saúde: fundamentos, princípios e desafios**. 2. ed. Brasília: Observatório de Saúde Pública, 2021. Disponível em: <https://biblioteca.observatoriosaudepublica.com.br/wp-content/uploads/taianacan-items/143/11826/A-CONSTRUCAO-SOCIAL-DA-APS-2-edicao.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ações para a implementação do Programa Previne Brasil: modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2024?]. Disponível em: [Biblioteca Virtual em Saúde MS](#). Acesso em: 22 maio 2026

BRASIL. **Ministério da Saúde**; Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde; Universidade Federal do Rio Grande do Sul. **Geoprocessamento em saúde, cadastramento e territorialização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. (Programa Saúde com Agente; E-book 9). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/geoprocessamento_cadastramento_territorializacao.pdf. Acesso em: **16 nov. 2025**.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024**. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 11 abr. 2024. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3493_11_04_2024.html. Acesso em: **10 dez. 2025**.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Como identificar a classificação do município no Índice de Equidade e Dimensionamento e, conseqüentemente, o valor a ser repassado no componente fixo das eSF e eAP?** Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/esf/faq-novo-modelo-de-cofinancia>

mento-federal-da-aps/indice-de-equidade-e-dimensionamento-ied/como-saber-a-classificacao-do-municipio-pelo-indice-de-equidade. Acesso em: 8 abr. 2026

BRASIL. **Ministério da Saúde apresenta novos indicadores de indução de boas práticas para a Atenção Primária. Notícias** – Ministério da Saúde, 21 maio 2025. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/maio/ministerio-da-saude-apresenta-novos-indicadores-de-inducao-de-boas-praticas-para-a-atencao-primaria>. Acesso em 05 NOV 2025

BROCH, Daiane; RIQUINHO, Deise Lisboa; VIEIRA, Letícia Becker; RAMOS, Adriana Roese; GASPARIN, Vanessa Aparecida. **Determinantes sociais de saúde e o trabalho do agente comunitário**. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 54, e03558, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018031403558>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/4gvNKTSTgR9CTxYxMGkdhRG/?lang=pt>. Acesso em: 10 jun. 2025.

BUBNA, Marcos Roberto; OLIVEIRA, Vladimir Luís de. **A importância do controle interno na administração pública**. Curitiba: Escola Superior de Polícia Civil do Paraná, 2020. Disponível em: https://www.escola.pc.pr.gov.br/sites/espcc/arquivos_restritos/files/documento/2020-05/artigo_14_marcos_roberto_bubna.pdf. Acesso em: **10 dez. 2025**.

BUDAL, Aline Mitie Both; MAZZA, Verônica de Azevedo; BUFFON, Marilene da Cruz Magalhães; DITTERICH, Rafael Gomes; JOCOWSKI, Michele; PLUCHEG, Valquíria. **Construção de novo modelo de mapa inteligente como instrumento de territorialização na Atenção Primária**. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 42, n. 4, p. 727–740, 2018. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/2503/2581>. Acesso em: 22 ago. 2025

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; MALIK, Ana Maria. **Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família**. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 347-368, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/kKH6BLCbVfMXrMk8vHLzT9S/>. Acesso em: 5 mar. 2026.

COLUSSI, Claudia Flemming; PEREIRA, Katiuscia Graziela. **Territorialização como instrumento do planejamento local na Atenção Básica**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2016. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/13957>. Acesso em: 22 ago. 2025.

ENAP - **Controle Institucional e Social dos Gastos Públicos**. Brasília, 2017. <https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/3161/1/Módulo%201%20PDF.pdf>. Acesso em 13 dez. 2025

ESCOLA NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA (ENAP). **Avaliação de Políticas Públicas** – Material de Apoio (Slides). Brasília: ENAP, 2015. Disponível em:

<https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/3369/2/Avalia%C3%A7%C3%A3o%20de%20Pol%C3%ADticas%20P%C3%ABlicas%20-%20Slides.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2026.

FARIA, Rivaldo Mauro; BORTOLOZZI, Arlêude. **ESPAÇO, TERRITÓRIO E SAÚDE: contribuições de Milton Santos para o tema da Geografia da Saúde no Brasil.** *Ra'e Ga: O Espaço Geográfico em Análise*, v. 17, p. 31-41, 2009. DOI: 10.5380/raega.v17i0.11995. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/raega/article/view/11995>. Acesso em: 15 nov. 2025.

FARIA, Rivaldo Mauro de. **A territorialização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território urbano.** *Hygeia – Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, Uberlândia, v. 9, n. 16, p. 131-147, jun. 2013. Disponível em: <<https://seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/19501/12458>>. Acesso em: 17 nov. 2025

FERREIRA Vitória Solange Coelho, ANDRADE, Cristina Setenta, FRANCO, Tulio Batista, MERHY Emerson Elias. **Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva.** *Cad Saude Publica*. 2009;25(4):898-906.

<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000400021>

FILGUEIRAS, Andréa Sabino; SILVA, Ana Lúcia Abrahão. **Agente comunitário de saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil.** *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 899-915, 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312011000300008>>. Acesso em: 16 nov. 2025

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz; CNS. Conselho Nacional de Saúde. **Atenção Primária e Sistemas Universais de Saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. Posicionamento brasileiro (Fiocruz e Conselho Nacional de Saúde) para a Global Conference on Primary Health Care, Astana, outubro de 2018.** *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, número especial 1, p. 434-451, set. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2018.v42nspe1/434-451>. Acesso em 15 nov de 2025

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2017.

GIOVANELLA, Lúcia. **Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde?** *Cad. Saúde Pública* 34. 8. 2018. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csp/a/rxLJRM8CWzfDPqz438z8JNr/?format=html&lang=pt>. Acesso em 07 dez. 2025.

GIOVANELLA, Lúcia. **Atenção primária à saúde integral em sistemas públicos universais para a garantia do direito à saúde.** Rio de Janeiro: Centro de Estudos Estratégicos Antonio Ivo de Carvalho, Fiocruz, 8 dez. 2021. Disponível em: <<https://cee.fiocruz.br/?q=atencao-primsria-a-saude-integral-em-sistemas-publicos-uiversais-para-a-garantia-do-direito-a-saude>>. Acesso em: 17 nov. 2025.

GONDIM, Grácia Maria de Miranda; MONKEN, Maurício. **Território e territorialização.** In: GONDIM, Grácia Maria de Miranda; CHRISTÓFARO, Maria

Auxiliadora Córdova; MIYASHIRO, Gladys (Orgs.). Técnico de vigilância em saúde: contexto e identidade. Rio de Janeiro: EPSJV, 2017. p. 21-44. Disponível em: <https://api.arca.fiocruz.br/api/core/bitstreams/52433d13-cbaf-4faf-b176-0f7f80cd968c/content>. Acesso em: 8 nov. 2025.

Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES).

Densidade demográfica – Paraná: 2022. Curitiba: IPARDES, 2022. Disponível em: <https://www.ipardes.pr.gov.br/sites/ipardes/arquivos_restritos/files/documento/2025-10/Densidade_demografica_2022.pdf>. Acesso em: 08 nov. 2025

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Atlas da vulnerabilidade social nos municípios brasileiros.** Brasília, DF: Ipea, 2015. Disponível em:

https://ivs.ipea.gov.br/api/cockpit/storage/uploads/publicacoes/publicacao_atlas_ivs_municipios.pdf. Acesso em: 23 maio 2026.

LAVRAS, Carmen. **Redes Regionais de atenção à saúde no Brasil.** Saúde Soc. São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, 2011. Disponível em

<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/CrHzJyRTkBmxLQBttmX9mtK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 07 dez. 2025.

LIMA, Natan Gonçalves de; SCHÄFER, João Antônio Augusto; VIANA, Mônica Martins de Oliveira; SORATTO, Jacks. **Organização do cuidado na Atenção Primária: desafios e perspectivas.** Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, e350332, 2025. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/physis/2025.v35n3/e350332/>. Acesso em: 15 fev. 2026.

MAGALHÃES, Kelly Alves; GIACOMIN, Karla Cristina; SANTOS, Jorge dos; FIRMO, Josélia Oliveira Araújo. **A visita domiciliária do agente comunitário de saúde a famílias com idosos frágeis.** Ciência & Saúde Coletiva, vol.20, 2015: 3787-3796. DOI: 10.1590/1413-812320152012.07622014.

MARINHO, Cristiane da Silva; BISPO JÚNIOR, José Patrício. **Supervisão de agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família: entre controle, apoio e formação.** Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, e300328, 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.org/article/physis/2020.v30n3/e300328/>. Acesso em: 22 ago. 2025.4

MEDEIROS, C. R. G.; JUNQUEIRA, A. G. W.; SCHWINGEL, G.; CARRENO, I.; JUNGLES, L. A. P.; SALDANHA, O. M. F. L. **A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 1521–1531, 2010.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/K7krGK8mMKNmQxTnjnnnXkH/?lang=pt>. Acesso em: 15 fev. 2026.

MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B.; DEMARZO, M. M. P. **Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde - Origens e Diferenças Conceituais.** Rev. APS, v. 12, n. 2, p. 204-213, 2009. Disponível em: . Acesso em 07 dez. 2025.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, ago. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/VRzN6vF5MRYdKGMBYgksFwc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 08 de nov.de 2025

MENDES Eugênio Vilaça. **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1993.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; ASSIS, Simone Gonçalves de; SOUZA, Edinilsa Ramos de (org.). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. Disponível em: [ResearchGate](#). Acesso em: 22 maio 2026.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa e saúde**: 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. São Paulo: Editora Hucitec, 1993

MONKEN, Maurício; BARCELLOS, Christovam. **Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas**. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, maio/jun. 2005. Disponível em: <https://cadernos.ensp.fiocruz.br/ojs/index.php/csp/article/view/2454/4917>. Acesso em: 15 nov. 2025.

MONKEN, Maurício; BARCELLOS, Christovam. **O território na promoção e vigilância em saúde**. In: FONSECA, Angélica Ferreira; CORBO, Ana Maria D'Andrea (Orgs.). *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 177-224. Disponível em: <https://api.arca.fiocruz.br/api/core/bitstreams/3800f42b-6d87-422c-a6c2-5bd7b5372d76/content>. Acesso em: 22 ago. 2025.

MOROSINI, Márcia Valéria; FONSECA, Angélica Ferreira. **Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios**. *Saúde Debate* | Rio de Janeiro, v. 42, número especial 1, p. 261-274, setembro 2018

MOROSINI, Márcia Valéria; FONSECA, Angélica Ferreira; MEYER, Débora. **Agentes comunitárias na Estratégia Saúde da Família: 30 anos de história e desafios para o trabalho em saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, eXXXX, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/QwLsYLfDCm5By6VtHGwMmzR/>. Acesso em: 6 mar. 2026.

OLIVEIRA, Larayne Gallo Farias; SOUSA, Maria Jamileide de; SILVA, Ana Karla Rodrigues da; SANTOS, Maria Alana Duarte dos; LIMA, Francisca Alana de; ALENCAR, Bruna Rafaela de; BARBOSA, Maria Karoline da Silva; RIBEIRO, Maria

Jéssica de Oliveira. **Razões da rotatividade das equipes da ESF e seus impactos para a longitudinalidade do cuidado.** *Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia*, Juazeiro do Norte, v. 12, n. 3, p. 4441–4449, 2024. DOI: 10.16891/2317-434X.v12.e3.a2024.pp4441-4449.

PAGOTTO, Vinícius; MACHADO, Carla Jorge; AMARAL, Paulo Victor; CARVALHO, Marília Sá; GIRARDI, Sávio. **Desigualdades regionais e baixa retenção de médicos no Brasil: evidências de 15 anos de análise por coorte.** *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 49, n. spe1, 2025. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2025.v49nspe1/e9797/>. Acesso em: 5 mar. 2026.

PAIM, Jairnilson Silva. **Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde.** Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2001. Disponível em: <http://www.repositorio.ufba.br:8080/ri/bitstream/ri/6168/1/Paim%20JS.%20Texto%20Modelos%20Assistenciais.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2025.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Plano Estadual de Saúde: 2024–2027.** 1. ed. Curitiba: SESA, 2024. Disponível em: <https://www.documentador.pr.gov.br/documentador/pub.do?action=d&uuid=@gtf-escriba-sesa@39d1a6cb-649f-464a-ae63-7f321c0ef332&emPg=true>. Acesso em: 8 abr. 2026.

PERES, Cássia R. Fernandes, CALDAS, Júnior AL, SILVA Roseli Ferreira, MARIN, Maria José Sanches. **O agente comunitário de saúde frente ao processo de trabalho em equipe: facilidades e dificuldades.** *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(4):905-11. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000400016>

PESSOA, Vanira Matos; RIGOTTO, Raquel Maria; CARNEIRO, Fernando Ferreira; TEIXEIRA, Ana Cláudia de Araújo. **Sentidos e métodos da territorialização na atenção primária à saúde: desvelando as relações produção, ambiente e saúde.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2253-2262, 2013. Disponível em: <https://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/sentidos-e-metodos-da-territorializacao-na-atencao-primaria-a-saude-desvelando-as-relacoes-producao-ambiente-e-saude/10515?id=10515>. Acesso em: 16 nov. 2025

PINTO, Luiz Felipe; GIOVANELLA, Lúgia. **Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB).** *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1903-1914, jun. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2018.v23n6/1903-1914/>. Acesso em: 8 nov. 2025.

PROADI-SUS. **A organização da Atenção Ambulatorial Especializada em rede com a Atenção Primária à Saúde – PlanificaSUS.** Hospital Israelita Albert Einstein; PROADI-SUS, [s.d.]. Disponível em:

<https://hospitais.proadi-sus.org.br/projeto/a-organizacao-da-atencao-ambulatorial-especializada-em-rede-com-a-atencao-primaria-a-saude1>. Acesso em: 17 nov. 2025.

REDE DE PESQUISA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (REDE APS).

Panorama da APS no SUS: Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde 2024. [S.l.]: Rede APS, 2026. Disponível em:

<https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2026/02/Panorama-da-APS-no-SUS-Censo-Nacional-das-UBS-2024-.pdf>. Acesso em: 8 abr. 2026.

Sakata KN, Almeida MCP, Alvarenga AM, Craco PF, Pereira MJB. **Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares.** Rev Bras Enferm 2007;60(6):659-664

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

https://ia800600.us.archive.org/19/items/10SANTOSMiltonANaturezaDoEspaoPARTE12/10-SANTOS%2C_Milton_A_Natureza_do_Espa%C3%A7o-PARTE%201%2C2.pdf. Acesso em: 22 maio 2026.

SANTOS, Milton. **O retorno do território. Território : globalização e fragmentação.** Tradução . São Paulo: Hucitec, 1998.

SANTOS, Daniela. **A atuação do Tribunal de Contas no controle da administração pública.** JusBrasil, 22 jun. 2022. Disponível em:

<https://www.jusbrasil.com.br/artigos/a-atuacao-do-tribunal-de-contas-no-controle-da-administracao-publica/1551309788>. Acesso em: 10 dez. 2025.

SANTOS, Andréia Augusto dos. **A formação de vínculo no contexto atual da Atenção Primária à Saúde: um relato de experiência.** Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, 2025. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/physis/a/rmKNFwmlHtfnFTRmdDwb5nB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 03/01/2026.

SANTOS, Jamile Jesus dos; NUNES, Silvana Gomes; ALMEIDA, Eliana do Sacramento de; MOTA, Thaciane Alves; SAMPAIO, Antônio Adônis Callou. **O processo histórico do trabalho do agente comunitário de saúde na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa.** Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Rio de Janeiro, v. 20, n. 47, e4428, 2025. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/4428>. Acesso em: 6 mar. 2026

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ. **PlanificaSUS: As condições crônicas na Atenção Primária à Saúde (Anexo 4).** Curitiba: SESA-PR, 2019.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ. **PlanificaSUS Paraná.** [S. l.], s.d. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/PlanificaSUS-Parana>. Acesso em: 17 nov. 2025.

SIDI, Pilar de Moraes; CONTE, Elaine. **A hermenêutica como possibilidade metodológica à pesquisa em educação.** Educação Por Escrito, Porto Alegre, v. 8, n. 2, p. 243–258, jul./dez. 2017. Disponível em:

<https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/poescrito/article/view/30388>. Acesso em: 4 nov. 2025

SILVA, João Felipe Marques da; CARVALHO, Brígida Gimenez; SANTINI, Stela Maris Lopes. **A pejetização em saúde na macrorregião norte do Paraná e suas implicações com a COVID-19.** *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, Brasília, v. 11, n. 3, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.26512/ges.v11i3.32400>. Acesso em: 5 mar. 2026.

SILVA, Luciano Cícero da; MALTA, Arlete do Monte Massela; BARCELOS, Cristiane de Castro; MACIEL, Emmanuelle Silveira; LIMA, Fabiano de. **Entre o progresso e o retrocesso: revisão crítica das mudanças na política nacional de atenção básica.** *Europub Journal of Health Research*, v. 6, n. 1, p. 1-19, 2025. DOI: 10.54747/ejhrv6n1-008. Acesso em: 08 dez. 2025.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002. 726 p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2025.

TASCA, Renato; MASSUDA, Adriano; CARVALHO, Wellington Mendes; BUCHWEITZ, Claudia; HARZHEIM, Erno. **Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), 2020. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51793>. Acesso em: 13 nov. 2025.

TEIXEIRA, Carmen Fontes de Souza (Org.). **Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências.** Salvador: EDUFBA, 2010. 161 p. ISBN 978-85-232-0707-6. Disponível em: https://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/elaboracao-do-plano-estadual-de-saude-2010-2015/textos-de-apoios/livro_planejamento_em_saude_carmem_teixeira.pdf. Acesso em: 10 dez. 2025.

TONELLI, Bárbara Quadros; LEAL, Ana Paula dos Reis; TONELLI, Wanini Félix Quadros; VELOSO, Daniella Cristina Martins Dias; GONÇALVES, Dulce Pimenta; TONELLI, Stéphanie Quadros. **Trabalho e organizações em saúde: reflexões para o campo da atenção primária.** Rio de Janeiro: IMS-UFRJ; OPAS/OMS; Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/10/948110/8314-barbara-quadros-tonelli.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2026.

PARANÁ. Tribunal de Contas do Estado do Paraná. **Contas municipais de governo. Curitiba: TCE-PR**, s.d. Disponível em: <https://www.tce.pr.gov.br/transparencia/municipios/contas-municipais-de-governo.htm>. Acesso em: 13 dez. 2025.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila; DAL POZ, Mario Roberto. **A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família.** *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 11-48, 1998. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/8mXrz3TFbzTFPKzYXV5FRrz/?lang=pt>. Acesso em: 16 nov. 2025.

TCE - Tribunal de Contas do Estado do Paraná. **Instrução normativa 172/2022**, Dispõe sobre a forma e a composição da Prestação de Contas de Prefeitos Municipais, nos termos do art. 216, § 2º, do Regimento Interno. [online]. 2024. Disponível em <https://www1.tce.pr.gov.br/multimidia/2022/7/pdf/00366850.pdf>

VALLE, Paulo Roberto Dalla; FERREIRA, Jacques de Lima. **Análise de conteúdo na perspectiva de Bardin: contribuições e limitações para a pesquisa qualitativa em educação**. *Educação em Revista*, Belo Horizonte, v. 41, p. 1-21, 2025. DOI: 10.1590/0102-469849377. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/edur/a/hhywJFvh7ysP5rGPn3QRFWf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 02 maio 2025

VECCHI, Marli Pires de Souza; CAMPOS, Elza Maria dos Santos; FARAH, Beatriz Francisco. **Autoavaliação: instrumento para reflexão do processo de trabalho nas equipes de saúde da família**. *Revista de APS*, Juiz de Fora, v. 20, n. 4, p. 1–12, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15940/8281>. Acesso em: 6 mar. 2026.

VIEIRA, P. V. M.; WAINER, J. **Correlações entre a contagem de citações de pesquisadores brasileiros, usando o Web of Science, Scopus e Scholar**. *Perspectivas em Ciência da Informação*, Belo Horizonte, v. 18, n. 3, p. 45-60, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pci/a/DsqBd8Rn47zmQsV87TbwbLp/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 5 nov. 2025.

APÊNDICES

Apêndice A - Roteiro entrevista semi estruturado

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Nome do (a) entrevistado(a): _____

Função: _____

Vínculo de trabalho: _____

Tempo de atuação na gestão da APS: _____

Quais cargos em que atuou?: _____

Local de trabalho: _____

Município: _____

PARTE 1 – IDENTIFICAÇÃO PROFISSIONAL

1. Você exercia alguma função no município durante o ano de 2023? Caso afirmativo, qual era sua função naquele período?

PARTE 2 – CONHECIMENTO SOBRE O QUESTIONÁRIO TCE / PROGOV

2. Você conhece o questionário anual aplicado pelo Tribunal de Contas do Estado (TCE), voltado à avaliação das contas e processos de gestão municipal, especialmente no âmbito da saúde, conhecido como Progov?^[DG2] Você respondeu o questionário?

3. Qual sua percepção sobre o questionário Progov? Acredita que ele contribui para a avaliação dos processos de trabalho na gestão municipal? De que forma?

PARTE 3 – TERRITORIALIZAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

4. Me fale sobre o que foi realizado em relação à territorialização a partir de 2023? O que avalia como positivo nesse processo?

5. Que desafios são (e foram) enfrentados para realizar a territorialização: pelas equipes e pela gestão?

6. A partir da análise de respostas ao questionário do TCE, observou-se que algumas equipes apresentam dificuldades na identificação, classificação e/ou mapeamento das subpopulações. Como ocorre esse processo em seu município?

7. Quais estratégias têm sido adotadas pela Secretaria Municipal de Saúde para garantir o atendimento adequado, efetivo e humanizado a essas populações?

8. Um dos desafios apontados por diversos municípios é a dificuldade de fixação de profissionais na Atenção Primária à Saúde. Como tem se dado esse processo em seu município?

9. Seu município utiliza o mapa inteligente para organização do processo de territorialização? Você acredita que esse instrumento auxilia na organização do processo de trabalho das equipes? Por quê?

Anexo A - Parecer consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FORÇA DE TRABALHO E PROCESSO DE TRABALHO NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE: REPERCUSSÕES NA RESOLUTIVIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Pesquisador: Fernanda de Freitas Mendonça

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 85545224.0.0000.5231

Instituição Proponente: CCS - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.335.444

Apresentação do Projeto:

Parecer emitido utilizando as informações fornecidas pelo formulário da Plataforma Brasil PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2431571 (2).pdf

Trata-se de um projeto multicêntrico desenvolvido pelas seguintes instituições de ensino superior: Universidade Estadual de Londrina, Universidade Estadual de Maringá, Universidade do Oeste do Paraná e Universidade Federal do Paraná. O desenho metodológico do projeto compreende o uso de diferentes métodos analíticos de abordagem quantitativa e qualitativa.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é o modelo adotado como referência para a organização da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil. Tem como premissa o trabalho de equipes multiprofissionais atentas às necessidades de saúde das pessoas e do território, que produzam cuidado individual e coletivo, considerando a longitudinalidade da atenção, integrada a uma rede de serviços.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Geral: Analisar a força de trabalho e o processo de trabalho de profissionais que atuam nas unidades básicas de saúde e suas repercussões para a resolutividade da atenção primária à saúde em municípios de diferentes estratos populacionais do Paraná.

Objetivo Secundário:

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 7.335.444

1. Investigar o dimensionamento da força de trabalho presente na atenção primária à saúde;
2. Identificar o perfil dos profissionais da atenção primária à saúde em relação à formação acadêmica, raça, gênero e antecedentes familiares;
3. Identificar ações de apoio, educação permanente e qualificação de trabalhadores;
4. Analisar a organização e as limitações para a realização das ações de saúde voltadas para a apropriação territorial;
5. Identificar a incorporação da saúde digital na atenção primária à saúde;
6. Analisar como a atenção primária à saúde atua na regulação do acesso aos demais pontos de atenção;
7. Compreender os desafios relacionados à resolutividade da atenção primária à saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: - Possibilidade remota de exposição dos dados obtidos, seja por meio do preenchimento dos questionários ou participação nas entrevistas; - Possíveis situações de constrangimentos durante o preenchimento do questionário ou participação nas entrevistas; - Cansaço durante o preenchimento do questionário ou participação nas entrevistas. No sentido de minimizar tais riscos, a identificação será por meio de códigos, em caso de constrangimento, o participante pode, sem nenhum prejuízo se recusar a participar ou responder às questões. Referente ao cansaço, como se trata de um questionário online, o participante poderá preencher em seu tempo e conforme sua disponibilidade. Já em se tratando das entrevistas, quando presenciais, será garantido que ela ocorra em ambiente protegido e seguro ao participante e de modo a garantir que ele não sofra nenhuma penalidade caso necessite se afastar do seu horário de trabalho.

Benefícios: A participação na pesquisa é uma possibilidade de contribuir com a geração de conhecimento no campo da força e do processo de trabalho na atenção primária à saúde, além disso, oferta condições de reflexão ao trabalhador sobre o cotidiano do seu trabalho, fato que pode contribuir para uma maior apropriação do participante sobre sua prática.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Nada a declarar

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou a Folha de Rosto devidamente preenchida e assinada;

Termo de concordância da Comissão Intergestores Bipartite do Paraná e CIB-PR, devidamente

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 7.335.444

assinado pelos responsáveis.

Apresentou Riscos e Benefícios, descritos no formulário da Plataforma Brasil e no TCLE.

TCLE: apresentou o TCLE devidamente redigido para os dois grupos que compõe o projeto.

Orçamento: consta R\$ R\$ 57.800,00 de gasto com o projeto

Cronograma: início da coleta dos dados em 03/02/2025.

Apresentou o Projeto Brochura contendo os questionários que serão aplicados;

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências foram atendidas e o projeto não possui óbices éticos. Recomendo aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado(a) Pesquisador(a),

Este é seu parecer final de aprovação, vinculado ao Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina. É sua responsabilidade apresenta-Lo aos órgãos e/ou instituições pertinentes.

Ressaltamos, para início da pesquisa, as seguintes atribuições do pesquisador, conforme Resolução CNS 466/2012 e 510/2016:

A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais, cabendo-lhe:

- conduzir o processo de Consentimento e de Assentimento Livre e Esclarecido;
- apresentar dados solicitados pelo sistema CEP/CONEP a qualquer momento;
- desenvolver o projeto conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção;
- elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;
- manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa;
- encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores e pessoal técnico integrante do projeto;
- justificar fundamentadamente, perante o sistema CEP/CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Coordenação CEP/UEL.

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

CEP: 86.057-970

E-mail: cep268@uel.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 7.335.444

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2431571.pdf	15/01/2025 18:14:47		Aceito
Outros	Oficio02.pdf	15/01/2025 18:14:26	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEquipe1501.doc	15/01/2025 18:14:11	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCL1501.doc	15/01/2025 18:13:49	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Outros	OficioPlataformaBrasil.pdf	14/01/2025 11:15:42	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLGestoresalterado.doc	14/01/2025 11:14:50	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEquipealterado.doc	14/01/2025 11:14:41	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	10/12/2024 09:51:39	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	10/12/2024 09:51:17	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Declaração de concordância	declaracaocib.pdf	09/12/2024 19:45:46	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLGestores.doc	09/12/2024 19:45:26	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEquipe.doc	09/12/2024 19:45:16	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Avaliação da CONEP:

Não

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 7.335.444

LONDRINA, 16 de Janeiro de 2025

Assinado por:
Alessandra Lourenço Cecchini Armani
(Coordenador(a))

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br

Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TCLE

“Reconhecimento das implementações de práticas voltadas ao território pelas equipes de Atenção primária no Estado do Paraná”

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) para participar da pesquisa **“Reconhecimento das implementações de práticas voltadas ao território pelas equipes de Atenção primária no Estado do Paraná”**, a ser realizada através das respostas do Questionário do TCE PR - Progov, aplicado anualmente aos municípios do Estado do Paraná. O objetivo da pesquisa é **“Analisar as práticas de territorialização desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde nos municípios do estado do Paraná, com ênfase na organização do processo de trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família”**. Sua participação é muito importante e ela se daria da seguinte forma – entrevistas via Google Meet com perguntas abertas sendo esse processo gravado. As perguntas são referentes ao processo de territorialização e os desafios enfrentados pelas equipes de atenção primária à saúde no Paraná.

O acesso do participante ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) será via **email**, cujo entrevistado opta pelo aceite ou não. Os TCLE serão arquivados durante um período de cinco anos.

Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa, bem como, poderá solicitar, a interrupção momentânea da entrevista e a possibilidade de continuar em data e horário que julgar mais adequado. Esclarecemos, também, que suas informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade (após o processo de análise dos dados o material gravado e transcrito será destruído).

Esclarecemos ainda, que você não pagará e nem será remunerado(a) por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação.

Os benefícios esperados são a oportunidade de refletir sobre a prática profissional e conhecer novas estratégias de gestão do trabalho. Quanto aos riscos, **estes serão os mínimos possíveis, tendo em vista que serão respeitados todos os aspectos éticos.**

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá nos contatar **(Angela Cristina Schneider, end:**

pesquisador proponente) ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao LABESC –

Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone 3371-5455, e-mail: cep268@uel.br.

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue à você.

Londrina, 26 de agosto de 2025.

(NOME POR EXTENSO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA), tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

Data: _____