



**Espaço &  
Geografia**

s

## **DETERMINANTES LOCAIS DA TERRITORIALIZAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

*Local determinants of territorialization in Primary Health Care*

*Determinantes locales de la territorialización en la Atención Primaria  
de Salud*

Lucas Toriyama Ribeiro <sup>1</sup>, Maria Lidiany Tributino de Sousa<sup>2</sup> e Ítalo Ricardo Santos Aleluia<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Universidade Federal do Oeste da Bahia, Centro das Ciências Biológicas e da Saúde, Barreiras-BA, Brasil.  
lucas.toriyama@hotmail.com

ORCID: 0000-0001-5621-9317

<sup>2</sup> Universidade Federal do Oeste da Bahia, Centro das Ciências Biológicas e da Saúde, Barreiras-BA, Brasil.  
maria.sousa@ufob.edu.br

ORCID: 0000-0002-2332-8821

<sup>3</sup> Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Centro de Ciências da Saúde, Santo Antônio de Jesus-BA, Brasil. italoaleluia@ufrb.edu.br.

ORCID: 0000-0001-9499-6360

Recebido: 14/09/2024; Aceito: 12/12/2024; Publicado: 13/03/2025

## RESUMO

A territorialização figura como um dos processos fundamentais da Atenção Primária a Saúde (APS) para subsidiar a análise situacional e sanitária da população, mas pouco tem se discutido sobre quais e como os determinantes político-locais do território das Equipes de Saúde da Família (EqSF) afetam o processo territorialização. Esse estudo teve como objetivo identificar os determinantes locais da territorialização na APS em sistema municipal de saúde do oeste baiano. Trata-se de estudo qualitativo com nível analítico centrado no âmbito local das EqSF e que adotou como referencial as proposições teóricas de Milton Santos. Participaram do estudo Agentes Comunitários de Saúde (ACS), gerentes das EqSF, gestores da APS e um representante de Universidade Federal. Realizaram-se entrevistas semiestruturadas e um grupo focal. O material empírico da pesquisa foi processado com apoio do Software QRS NVIVO, onde as fontes de evidências foram unificadas e classificadas em categorias empíricas. Posteriormente, o material processado foi cotejado com plano analítico e suas respectivas categorias teóricas de análise, a saber: o espaço e seus elementos. O presente estudo identificou que os principais determinantes locais abarcam de relações políticas e poderes paralelos até questões estruturais. Determinantes mais decisivos relacionaram-se com a influência dos atores individuais e coletivos de organizações criminosas que exerciam o controle sobre os fluxos de profissionais e pessoas nas comunidades, a acessibilidade geográfica ao território e a incipiente cobertura de agentes comunitários para as demandas de cadastro populacional. O perfil cultural das comunidades influenciava a colaboração com o processo de visitação e cadastros das pessoas. Ademais, o perfil dos imóveis e a atividades comerciais locais, também exerciam importante determinação da territorialização, evidenciando a complexidade sanitária local para o processo de trabalho das EqSF. Recomendam-se estudos futuros sobre os avanços e limites na implementação de cadastros populacionais informatizados nos cenários rurais e urbanos, bem como estudos comparativos do processo de territorialização na APS em contextos singulares como fronteiras intermunicipais e interestaduais.

**Palavras-Chave:** Cuidados Primários de Saúde. Saúde da Família. Territorialização da Atenção Primária. Política de Saúde. Relações Interprofissionais.

## ABSTRACT

Territorialization appears as one of the fundamental processes of Primary Health Care (PHC) to support the situational and health analysis of the population, but little has been discussed about what and how the political-local determinants of the territory of the Family Health Teams (EqSF) affect the territorialization process. This study aimed to identify the local determinants of territorialization in PHC in a municipal health system in weste Bahia. This is a qualitative study with an analytical level focused on the local scope of the EqSF and which adopted Milton Santos' theoretical propositions as a reference. Community Health Agents (ACS), EqSF managers, PHC managers and a representative from the Federal University participated in the study. Semi-structured interviews and a focus group were carried out. The empirical material of the research was processed with the support of the QRS NVIVO Software, where the sources of evidence were unified and classified into empirical categories. Subsequently, the processed material was compared with the analytical plan and its respective theoretical categories of analysis, namely: space and its elements. The present study identified that the main local determinants range from political relations and parallel powers to structural issues. More decisive determinants were related to the influence of individual and collective actors of criminal organizations that exercised control over the flows of professionals and people in the communities, the geographic accessibility to the territory and the incipient coverage of community agents for the demands of population registration. The cultural profile of the communities influenced collaboration with the process of visiting and registering people. Furthermore, the profile of the properties and local commercial activities also played an important role in determining territorialization, evidencing the local health complexity for the work process of the EqSF. Future studies on advances and limits in the implementation of computerized population registers in rural and urban settings are recommended, as well as comparative studies of the territorialization process in PHC in unique contexts such as intercity and interstate borders.

**Keywords:** Primary Health Care. Family Health. Territorialization in Primary Health Care. Health Policy. Interprofessional Relations.

## 1. Introdução

Os territórios em saúde transcendem demarcações geográficas e constituem-se como espaços vivos, dinâmicos e permeados por determinantes ambientais, culturais, econômicos, políticos e sociais. Trata-se de espaços modulados em função do poder e pelo poder que combinam diversos cenários, continuamente, operados pela ação e conflito entre diferentes atores (Santos, 2004).

A população e o território são elementos constitutivos de sistemas de saúde organizados em redes centradas na Atenção Primária à Saúde (APS). Somente uma atenção baseada na população torna-se capaz de promover ações e serviços coerentes com as necessidades de saúde dos territórios. Nesta direção, as diretrizes normativas brasileiras defendem a atenção centrada na população e no território para apoiar o planejamento e a gestão do cuidado nos serviços de saúde primários, exigindo um reconhecimento territorial complexo e de responsabilidade das Equipes de Saúde da Família (EqSF) (Brasil, 2017).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) determina a territorialização como um dos princípios da APS, propondo que as EqSF tenham território definido e população adscrita para permitir o planejamento, a programação e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais condizentes com as singularidades locais (Brasil, 2017). Entretanto, as proposições da PNAB parecem subestimar a dinamicidade dos territórios em saúde, uma vez que seu discurso institucional atribui uma conotação de relações pacíficas e cooperativas ao processo de territorialização.

Na revisão de literatura empreendida para esta pesquisa, identificou-se uma importante polaridade na produção científica sobre territorialização da APS entre o âmbito internacional e o nacional. No primeiro, a literatura revelou um perfil mais propositivo do que investigativo sobre aspectos relacionados à territorialização na APS, indicando o pioneirismo dos estudos nacionais nas pesquisas empíricas sobre o tema (Macadam, 2011; Brawer et al., 2010; Provost et al., 2011).

No âmbito nacional, as pesquisas predominavam sobre cenários municipais e os objetos de investigação variavam da avaliação do grau de implantação na APS à sua contribuição para integração dos cuidados primários à rede de atenção (Aragão, 2016; Oliveira, 2016; Nepomuceno; Pontes, 2017; Prata et al., 2017; Pinho; Souza, 2018; Sobral et al., 2018; Campos; Bezerra; Jorge, 2019; Freitas; Justo, 2019).

Identificaram-se profusas dificuldades para operacionalização da territorialização da APS no Brasil, ratificando processos de trabalho ainda muito incipientes e com fragilidades de integração intersetorial e participação social. As principais incluíam a existência de barreiras geográficas e geopolíticas (Prata et al., 2017; Friedrich et al., 2019); fragmentação entre equipes de APS e serviços de assistência social (Silva; Garnelo; Giovanella, 2010) e a baixa cobertura de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para realização do cadastro populacional (Teixeira-Júnior, 2020). A insuficiência de ACS não é o único fator que tem comprometido a territorialização da APS, mas, também, o despreparo de alguns desses profissionais (Andrade, 2015). Desse modo, a divisão e a análise territorial inadequada contribuem para iniquidades (Tetemann; Trugilho; Sogame, 2016).

Um estudo sobre territorialização e saúde mental revelou que as práticas sobre o território ainda se mantêm circunscritas a concepções de fixação dos usuários em territórios determinados, prejudicando o acolhimento e as demandas de indivíduos em movimento e trânsito constante (Freitas; Justo, 2019). Diante desta realidade, as evidências expõem como problemática da territorialização, na APS, a excessiva normatividade dos padrões considerados ideais pelo sistema de saúde – como a vinculação e o relacionamento estável e duradouro com o usuário – que nem sempre conseguem atender necessidades de determinados segmentos, o que, contudo, não invalida a aplicabilidade e importância deste modelo pautado na fixação (Freitas; Justo, 2019; Friedrich et al., 2019).

Mesmo com os diversos desafios à territorialização da APS apontados na literatura, resultados exitosos têm sido evidenciados. No estudo de Camargos e Oliver

(2019) os achados ratificaram o papel da territorialização como processo que pode favorecer uma abordagem local de organização das demandas, sobretudo se aliado ao georreferenciamento integrado ao levantamento dos equipamentos sociais do território. No sistema de saúde do Distrito Federal (DF), evidências indicaram melhor operacionalização da territorialização em EqSF que adaptaram os horários de realização das visitas e cadastramentos domiciliares, colaborando para atingir a meta de cadastros e para realização de ações de abordagem familiar, comunitária e de saúde ambiental (Martins, et al., 2019).

Embora diversos estudos nacionais contemplem elementos sobre territorialização em saúde na APS, notou-se uma incipiência de investigações relacionadas aos atores e às determinações locais que permeiam o processo de territorializar a saúde comunitária. Assim, este estudo pretende contribuir com a possibilidade de elucidar elementos locais que condicionam a relação entre sociedade, território e EqSF, mas que são desconsiderados no discurso dos documentos normativos do Ministério da Saúde brasileiro quando descrevem a territorialização como um processo pacífico, estritamente cooperativo e técnico. Assim, este estudo teve como objetivo geral identificar os principais determinantes locais do processo de territorialização na APS em sistema municipal sede de macrorregião do Oeste baiano.

## **2. Metodologia**

Trata-se de um estudo qualitativo de caráter analítico-descritivo e que adotou, como estratégia de investigação, o estudo de caso único municipal com nível de análise centrado no âmbito local/territorial das EqSF. O estudo de caso foi adotado como estratégia investigativa, considerando que esse delineamento metodológico possibilita investigar um fenômeno (neste estudo, foi considerado a territorialização na APS) em seu contexto real, especialmente quando as fronteiras entre o fenômeno e o contexto não estão evidentes (Yin, 2015). Em virtude da complexidade do objeto investigado, o

estudo de caso confere maiores possibilidades de permitir a triangulação de diferentes fontes de evidência e construir na melhor robustez de construção dos dados.

O cenário da pesquisa ocorreu em um sistema municipal de saúde sede da macrorregião Oeste da Bahia e referência para 36 municípios, constituído por uma população de aproximadamente 157.683 habitantes, extensão territorial de 7.538,152 km<sup>2</sup> (2016) (Figura 1) e densidade demográfica de 17,49 hab/km<sup>2</sup> (2010). Trata-se do principal entroncamento viário para as regiões Centro-Oeste, Nordeste e Norte do país. No período da pesquisa, a APS municipal possuía 27 EqSF (com aproximadamente 59% de cobertura da ESF), nove Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) tipo I, além de 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo cinco na zona rural e 12 na zona urbana e uma Equipe de Atenção Básica Prisional III (EABp-III) (Secretaria Municipal de Saúde, 2018).

O município em questão foi cenário de uma cooperação técnica entre a Secretaria Municipal de Saúde e docentes de Universidade Federal localizada na cidade. Essa cooperação desenvolveu um projeto de extensão voltado ao desenvolvimento de oficinas de territorialização da APS com o objetivo de qualificar ACS e gerentes das UBS e Unidades de Saúde da Família (USF) para o desenvolvimento da territorialização de áreas adscritas e remapeamento dos territórios. No total, ocorreram três oficinas entre setembro de 2017 e junho de 2018. Participaram da iniciativa 12 EqSF (do total de 27 existentes) e duas equipes de UBS, resultando na qualificação de 135 profissionais.

**Figura 1** – Mapa territorial do estado da Bahia, com localização do município pesquisado, 2021.



**Fonte:** Plano Diretor de Regionalização em Saúde da Bahia.

A pesquisa foi desenvolvida no âmbito local das EqSF que participaram das oficinas de territorialização e incluiu ACS, gestores (gerentes de equipes, coordenadores e apoiadores institucionais da APS e docentes da parceira na cooperação.

Para os ACS foram adotados como critérios de inclusão estarem vinculados às EqSF participantes da cooperação interinstitucional, encontrar-se em exercício das suas atividades laborais e terem participado assiduamente das oficinas de territorialização. Em relação aos gestores, estes deveriam atuar há, pelo menos, um ano na gestão do município e terem acompanhado as oficinas. Quanto aos atores da Universidade, foram incluídos aqueles que idealizaram ou participaram da condução das oficinas de territorialização. No total, foram entrevistados 18 participantes, sendo cinco ACS, oito gerentes de unidades de saúde, quatro coordenadores de APS e um docente da Universidade. O total de entrevistados desse estudo foi condicionado à saturação das informações.

A produção dos dados combinou duas técnicas: grupo focal e entrevistas em profundidade. O grupo focal (GF) foi realizado em uma única etapa, exclusivamente, com os ACS, por serem os principais atores que executam a territorialização. O GF corresponde a uma técnica de entrevista grupal, baseada na comunicação com o objetivo de aglutinar informações detalhadas para elucidar percepções, crenças, atitudes, produtos ou serviços (Trad, 2009).

O GF ocorreu em espaço privativo de uma USF, prezando pela neutralidade, acessibilidade por parte dos participantes e proteção de interrupção externa. O GF durou 87 minutos e 21 segundos e foi conduzido por dois pesquisadores a partir dos seguintes disparadores: territorializações prévias, obstáculos de cadastramento, análise de situação de saúde, impasses de cobertura, mapeamento territorial, conflitos interprofissionais e com usuários do sistema de saúde, entre outros. A realização de um grupo único obedeceu ao critério de saturação das informações que foram somadas a evidências provenientes das entrevistas em profundidade com outros atores do universo pesquisado.

As entrevistas foram realizadas com um ator da universidade, quatro gestores municipais e oito gerentes das EqSF. Estes participantes foram selecionados por conveniência e através de informantes-chave, por meio da estratégia SnowBall. O método de SnowBall, também conhecido como “estratégia em bola de neve” trabalha com amostragens não probabilísticas e é o principal método utilizado em pesquisas qualitativas. É uma técnica na qual informantes estratégicos indicam potenciais entrevistados, que por sua vez, podem indicar novas participantes, até que seja alcançado o objetivo proposto ou as informações produzidas sejam satisfatórias para confrontação dos dados (Penrod et al., 2003).

Utilizaram-se como instrumentos de produção dos dados: roteiros com disparadores para o grupo focal, roteiros específicos para entrevistas com profissionais e gestores, além do diário de campo dos pesquisadores. Todas as entrevistas e a sessão com o grupo focal foram registradas com gravador eletrônico para posterior

transcrição e análise na íntegra. Os diários de campo do pesquisador foram utilizados para complementar a produção dos dados por meio do registro das impressões, constatações e sentimentos emergentes do campo de pesquisa.

Os dados foram analisados em duas etapas: a primeira correspondente ao processamento do material empírico com apoio do Software de análise qualitativa QRS NVIVO, versão 11. Nesta etapa, os materiais produzidos no GF, entrevistas e diários de campo foram triangulados e procedeu-se com análise de conteúdo (Minayo, 2010) do material e sua classificação em unidades de sentido (categorização empírica). Na segunda etapa, realizou-se o cotejamento do material classificado com as categorias do referencial teórico adotado nessa pesquisa.

Para balizar o material empírico classificado com o referencial teórico da pesquisa, adotou-se um plano de análise (Quadro 1) com base na categoria 'elementos do espaço', de acordo com as proposições teórico-conceituais de Santos (1985), que se subclassificam em cinco: homens, firmas, instituições, meio ecológico e infraestruturas. Para este estudo, buscou-se identificar e compreender os elementos principais e determinantes da dinâmica local da territorialização na APS.

**Quadro 1-** Plano com as categorias analíticas do estudo, suas definições e critérios.

Elementos do espaço	Definição	Critério de análise
Homens	Pessoas que compõem o espaço na condição de detentores, fornecedores do trabalho ou candidatos ao trabalho.	- Perfil das pessoas nos territórios (cultural, laboral, socioeconômico, escolaridade, entre outros) e seu efeito na visitação, cadastro, vinculação e acompanhamento.
Firmas	Produzem bens, serviços e ideias.	- Comercialização e produção de bens e serviços com influência na vulnerabilização do território.

		- Formas de organização local que exercem algum poder sobre a rotina de trabalho das EqSF.
Instituições	Produzem normas, ordens e legitimações.	- Gestão da Secretaria Municipal de Saúde e disponibilidade de profissionais para o cadastramento e acompanhamento das famílias no território. - Modelo organizacional adotado pela gestão municipal nas equipes de APS. - Planejamento urbano municipal.
Meio ecológico	Conjunto de complexos territoriais que compõem a base física do trabalho humano.	- Condições ambientais e geográficas que afetam o acesso das pessoas e profissionais no território.
Infraestruturas	Trabalho humano materializado e espacializado na forma de casas, caminhos, plantações, etc.	- Característica infraestrutural dos imóveis e efeitos sobre a vinculação das EqSF.

**Fonte:** Elaborado pelos autores a partir de Santos (1985 p. 16).

A opção metodológica pelo referencial citado considerou a sua potencialidade para análise de fenômenos relacionados com o território e a saúde, possibilitando uma apreensão mais consistente das relações entre população, território e saúde. A categoria 'elementos do espaço' orientou a construção das evidências a partir da compilação de argumentos que foram sistematizados em um modelo de quadro síntese para facilitar a redação dos resultados (Quadro 2).

**Quadro 2-** Modelo de quadro síntese utilizado na elaboração dos argumentos e evidências do estudo.

Critério de análise	Argumentos	Fontes de evidência	Excertos ilustrativos

**Fonte:** Elaborado pelo autor

Esta pesquisa foi aprovada por um Comitê de Ética em Pesquisa de uma Universidade Federal, sob Certificado de Apreciação Ética nº 08109319.8.0000.8060. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e o estudo foi autorizado por meio de anuência assinada pela gestão municipal.

### **3. Resultados**

Os resultados deste estudo foram organizados em seções condizentes com os principais determinantes locais da territorialização e a partir da classificação orientada pelo plano analítico do artigo. A classificação empírica de cada determinante, bem como seus fatos e desfechos foram sistematizados no Quadro 3.

#### **Organizações do tráfico, criminalidade e violência nos territórios: os efeitos na rotina do trabalho**

A maioria dos entrevistados referiu a influência de organizações relacionadas ao tráfico de drogas no território, afetando, assim, a dinâmica do processo de trabalho relacionado com as visitas domiciliares de profissionais das EqSF para realização de cadastramentos das pessoas. Houve constante referência a ocorrência de furtos e roubos, tanto nos territórios urbanos quanto rurais, alguns casos ocorridos dentro das próprias unidades de saúde:

“Aqui próximo mesmo, tem um ponto onde é... tem usuários de droga. [...] eles têm é receio de ir pra fazer uma busca ativa, né? Já ocorreu mesmo, por exemplo, a gente fez uma busca ativa, horas depois na unidade fica sabendo que teve um tiroteio” (Gerente C).

“[...] Eles entraram, acho que entrou até pela cozinha, tomou o celular de quem estava e aí teve gente que se escondeu. Teve gente que saiu pela janela. Foi dessa forma” (Gerente H).

Áreas de alta vulnerabilidade dominadas pelo tráfico de drogas concentravam-se em regiões mais pobres, periféricas e rurais. Nesses territórios, organizações do tráfico de drogas determinavam a dinâmica de poder local, regulando o acesso de profissionais das EqSF à medida em que muitos entrevistados referiram a necessidade de negociar com representantes do tráfico de drogas para acessarem territórios na tentativa de desenvolverem suas ações. Ademais, chamou-nos a atenção, o papel dos ACS como elo intermediador destas negociações, por serem pessoas que trabalham e residem nas comunidades:

*“Era uma região de tráfico, uma comunidade bem pequenininha e que só foi permitido que a enfermeira entrasse porque ela estava junto com a ACS que já era da área. Então, assim, a ACS teve que ir lá e falar com o chefe do tráfico: não, olha só, eu vou vir aqui tal dia, com a enfermeira, a gente vai fazer o levantamento das pessoas e tal” (Gestora A).*

A imprevisível relação entre os líderes de organização do tráfico e os profissionais das EqSF gerava receio nos ACS para transitarem em determinadas áreas adscritas, limitando a realização de visitas domiciliares e o mapeamento territorial. Alguns entrevistados referiram que foi necessário a gestão municipal estabelecer bonificações para motivar os profissionais a cumprirem metas de cadastramento das pessoas:

*“Teve uma região ali que era uma região periférica, que a gente ouviu falar que tem muita coisa de tráfico, vulnerabilidades no geral. E aí ninguém se dispôs a ir fazer o mapeamento dessa área. Só depois que a gestão relatou que estaria bonificando eles. e foram mapear, mas só aceitaram porque era pra ir todos juntos. Caso fosse pra ir um só, eles tinham receio por conta da questão da periculosidade” (Gestora A).*

**Quadro 3** - Principais determinantes locais da territorialização da APS, segundo os elementos do espaço, seus fatos e desfechos.

Elemento do espaço	Classificação empírica	Fatos	Desfechos	Fonte
Firmas	Organizações do tráfico, criminalidade e violência nos territórios.	Organizações do tráfico controlam o fluxo dos profissionais de saúde e limitam a realização de visitas domiciliares. Em territórios controlados pela criminalidade, profissionais das EqSF se tornam vulneráveis a roubos e furtos.	Profissionais receosos para realização do cadastro em determinadas comunidades e algumas EqSF restringem os horários das atividades.  Descumprimento do número de visitas e realização dos cadastros de pessoas.	Grupo focal, gestão e gerência
	Atividades comerciais locais.	Existência de diversos bares com a comercialização de bebidas alcoólicas.	Aumento da vulnerabilidade territorial, com ocorrência de casos de alcoolismo e fortalecimento do comércio sexual, desafiando a promoção de saúde local.	Gestão, gerência e profissionais

Elemento do espaço	Classificação empírica	Fatos	Desfechos	Fonte
Meio ecológico	Distância geográfica, condições das vias e relevo de áreas adscritas.	Áreas dispersas, relevo acidentado e más condições de uso das vias de acesso a comunidades limitam o trânsito de profissionais das EqSF até às residências.	Descumprimento do número médio de visitas, repercutindo em localidades com baixo acompanhamento das EqSF.  Dificuldade de acessibilidade geográfica para visitação e cadastramento individual e domiciliar.	Gestão, gerência e profissionais.
Instituições	Baixa cobertura territorial de ACS.	Insuficiente cobertura de ACS para acompanhar a demanda territorial decorrente do crescimento populacional, novos cadastros e remapeamento de territórios locais.	Localidades desassistidas por EqSF e insatisfação popular pela dificuldade de acesso aos serviços de APS.	Grupo Focal, gestão e gerência.
	Transições de modelo organizacional nas equipas de APS.	Equipas de Unidade Básica de Saúde Tradicional foram reorganizadas para o modelo Unidade de Saúde da Família.	A transição de modelo organizacional de equipas de APS exige dos gestores e profissionais tempo institucional e burocrático relativamente maior para	Gestão e gerência.

Elemento do espaço	Classificação empírica	Fatos	Desfechos	Fonte
			redivisão de limites territoriais e adscrição populacional.	
	Falta de planejamento urbano.	Falta de planejamento urbano, expansão populacional desordenada e condições de moradia precárias.	Barreiras para o cadastramento de pessoas em imóveis irregulares e que não atendiam aos critérios legais exigidos pela burocracia da territorialização.	Gestão, gerência e profissionais.
Homens	Descompasso entre horário de funcionamento das unidades e as atividades laborais das pessoas.	Descompasso entre horários de visita domiciliar e disponibilidade de moradores nas residências em função das atividades laborais ocorrerem, simultaneamente, no período das atividades das EqSF.	Áreas com moradores que trabalham durante todo o horário administrativo e sem outras pessoas na residência para recepcionarem os ACS inviabilizam a realização de visitas e fornecimento de dados pessoas para cadastros no sistema de informação.	Grupo focal, gestão, gerência.
	Condições socioeconômicas e a	Territórios com pessoas de alto e de baixo poder socioeconômico e que desconhecem o papel do ACS e a saúde como direito público.	Há resistência de moradores à visita e cadastros domiciliares e individuais.	Gestores.

Elemento do espaço	Classificação empírica	Fatos	Desfechos	Fonte
	percepção da saúde como direito social.			
	Nível de escolaridade das pessoas.	Há barreiras comunicacionais entre usuários e ACS.	Pessoas com menor poder aquisitivo não compreendiam a saúde como direito e isto era aprofundado pela baixa capacidade comunicacional de alguns ACS durante a visitação.	Gestores e gerentes.
Infraestrutura	Características infraestruturais dos imóveis.	Existência de imóveis irregulares em áreas socioeconomicamente vulneráveis.	Dificuldades de cadastramento domiciliar em população vulnerável, residente em imóveis improvisados, como barracos, etc.  A gestão municipal possui dificuldade de locar imóveis para implantação de novas EqSF pela inexistência de escrituras.	Gestores.
		Territórios urbanos com importante quantitativo de prédios residenciais.	Imóveis com essa característica geram mais barreiras de acesso dos ACS para	Grupo focal e gerência.

Elemento do espaço	Classificação empírica	Fatos	Desfechos	Fonte
			cadastramento e visita domiciliar, pelo maior controle do acesso de pessoas externas.	

Fonte: elaboração do autor (2020).

### **Atividades comerciais locais: os efeitos na produção de vulnerabilização social**

Existia de um importante número de bares, que foram referidos pelos entrevistados como um determinante territorial importante. Não somente porque reforça o fenômeno da prostituição e de casos de alcoolismo com modificação constante dos indicadores epidemiológicos locais, mas também porque pode contribuir para retroalimentar a ação do tráfico de drogas, pois muitos bares assumem a função de pontos para venda de entorpecentes. Esta situação, também, é comum em territórios rurais e adjacentes a rodovias federais, com grande rotatividade de pessoas:

“Bar tem, né? Bares é o que mais tem, principalmente nessas áreas que tem é a questão de drogas, aí tem bastante bares mesmo, aí a gente vê, né? A questão da prostituição, [...] aqui mesmo perto da unidade tem dois [...]” (Gerente H).

“[...] Você vai ver algumas zonas rurais e é igual ao que eu te falei, tem alcoolismo, prostituição, principalmente em zonas rurais próximas à BR” (Gestora B).

### **Distância geográfica, condições das vias e relevo de áreas adscritas: os efeitos no acesso**

As longas distâncias entre a unidade de saúde e as residências das pessoas aumentavam o tempo de deslocamento dos profissionais das EqSF e, em alguns casos, com impossibilidade de trânsito de veículos necessários ao transporte das equipes de APS. Estes determinantes se apresentavam com mais intensidade nas áreas rurais remotas, principalmente, pela sua característica de grande extensão territorial e baixa densidade demográfica:

“[...] A gente tem localidades que ficam a 90 km [...]” (Gestora A).

“Tem a questão da distância porque, onde eu trabalho, é um posto num povoado [...], mas na verdade são 13 localidades que o posto serve. De uma localidade para outra tem certa distância, tem muita serra, ladeira, ponte, questão de distância de um morador pra outro, então, isso dificulta, deixa o processo bem mais complicado de ser exercido” (Gestora C).

RIBEIRO, L. T. et al.

Ademais, vias de acesso para algumas localidades possuíam precária infraestrutura, pela falta de manutenção de pontes e pavimentação, o que limitava a logística tanto dos usuários quanto das equipes, necessitando, muitas vezes, deslocarem-se a pé para longas distâncias:

“[...] Nós temos lugares com pontes, que o prefeito irá arrumar; que estão quebradas. Então, tem uma dificuldade de acesso desta população à equipe. Zonas rurais com morros. Gente, a gente foi fazer uma territorialização na zona rural, a gente foi de caminhonete [...] o carro não subia, gente, porque era pedra. A gente acabou indo andando [...]” (Gestora B).

### **Baixa cobertura territorial de ACS: os efeitos no cadastro e acompanhamento das famílias**

Os Agentes Comunitários de Saúde são os principais atores envolvidos nas ações de mapeamento territorial e, para isto, realizam o cadastramento individual e familiar de todos os moradores nas comunidades sob sua responsabilidade sanitária. No cenário estudado, destaca o intenso crescimento urbano e populacional, seja por ser um polo econômico do agronegócio, seja por ser um polo educacional com diversas universidades públicas e privadas. Isto, aliado a uma baixa cobertura de ACS e sem iniciativas de novas contratações pela gestão municipal, amplia o descompasso entre a expansão populacional e a realização de novos cadastros e adscrição de pessoas, implicando em desigualdades de acesso aos serviços de cuidados primários de saúde:

“[...] Então, os ACS também apresentam essas queixas de usuário ficar questionando por que que um tem e outros não (cartão de visita do ACS). Mas muitas vezes foram usuários que chegaram depois que já tinha realizado o cadastro, então a área cresceu, então aí eles não conseguem mais fazer todos os cadastros dos usuários” (Gerente C).

“[...] a área é uma área bem grande, um bairro bem populoso [...] e, assim, tem muita família que ainda está descoberta pelo agente de saúde, apesar de ter atendimento médico, odontológico [...]” (Gerente D).

A insuficiente cobertura de ACS em determinadas microáreas adscritas às EqSF potencializava iniquidades de acesso, resultando em improvisações das gerências locais para alocações compensatórias dos agentes:

“Isso quando a gente tinha uma área descoberta, né? Então, a gente priorizou deixar descoberta de Agente perto da unidade e priorizar ter o agente dentro daquela região (mais distante da unidade), daquela microárea que era mais vulnerável, porque a gente entende que aqueles que estão próximos à unidade têm um acesso mais fácil, até por uma questão geográfica.” (Gestora A)

### **Transições de modelo organizacional nas equipes de APS: efeitos nos processos de gestão e atenção em saúde**

Diversas equipes de APS no município funcionavam no modelo de Unidade Básica de Saúde (UBS) tradicional. Neste modelo, não havia uma lógica de organização de serviços a partir da territorialização. Durante o estudo, a gestão municipal realizou a transição de diversas equipes do modelo UBS para o modelo Saúde da Família, as quais deveriam realizar demarcações de novos limites territoriais e adscrição populacional. Segundo os entrevistados, esta transição organizacional demandou tempo institucional e burocrático maior para apropriação dos profissionais de saúde e gerentes das unidades em relação a todo instrumental necessário à territorialização:

“Antes, a gente trabalhava lá como Unidade Básica de Saúde. Agora que nós viramos PSF, então está tendo ainda toda aquela engrenagem de colocar as coisas nos lugares, os pontos nos “is”. Aí tem ainda, a gente tá examinando aqui, acolá, pra ver onde é que está errando, acertando... até nos dias que a gente entrar nos trilhos como tem que ser, né? como manda o caderno da Atenção Básica e todas as leis que regem o SUS.” (Gerente G).

### **Falta de planejamento urbano: os efeitos na ampliação da cobertura da APS**

De acordo com alguns entrevistados, o município estudado possuía muitos territórios construídos sem planejamento urbano e que abrigava uma expressiva população em residências precárias, sem numeração e comprovação formal de residência, limitando o registro de dados importantes para o cadastro dos domicílios, conforme documentação exigida pela burocracia da territorialização na APS.

RIBEIRO, L. T. et al.

A falta planejamento urbano municipal inviabilizava a própria implantação de novas EqSF. Havia uma lógica de expansão de EqSF determinada pela oferta de imóveis para locação nos territórios em detrimento de uma expansão orientada pelo diagnóstico e necessidades comunitárias de saúde. Especialmente em áreas periféricas, isso era mais evidente, onde predominavam imóveis sem escrituração pública e insuficientes condições estruturais, colaborando para inviabilizar a alocação de novas equipes de APS quando não era possível a construção de imóveis próprios:

“[...] só que existem bairros hoje que a gente tem dificuldade em conseguir os imóveis legalizados. Por exemplo, o Santa Luzia é um bairro que nós fizemos já a territorialização. Entretanto, não finalizou conforme teria que ser; não deu desfecho ainda por conta disso; porque lá é um bairro que a gente tem grande dificuldade de achar casas, residências ou imóveis no geral para poder mudar o posto de lá, que tem uma estrutura péssima” (Gestora A).

### **Descompasso entre horário de funcionamento das unidades e as atividades laborais das pessoas: os efeitos na visitação, cadastro e acompanhamento**

Os resultados deste estudo apontaram limitações da territorialização em função da dinâmica laboral pessoas. No âmbito rural, torna-se mais desafiante localizar moradores nas residências durante o horário administrativo de visitação dos ACS, em função das atividades laborais serem desempenhadas em localização distante das moradias:

“[...] eles (ACS) têm um pouco de dificuldade de encontrar as pessoas, porque como são trabalhadores rurais, nem sempre naquele momento que eles vão, a pessoa está em casa, às vezes tá na roça. Aqui é a residência, mas você sabe que o plantio é um pouco mais distante. Então, eles não querem sair daqui da casa para ir lá onde a pessoa está. Aí, às vezes, eu oriento: "sim, mas marque com ele algum momento que você pode ir e tal... entrar num consenso". Mas assim, eles não querem perder tempo porque acham que talvez o agente não tenha tanta importância e a gente tem trabalhado isso na unidade. Eu tenho trabalhado isso. As minhas parceiras também têm trabalhado essa questão da importância dos agentes, quando chegar na casa, eles serem bem recebidos para que eles possam fazer o trabalho deles de forma correta” (Gestora C).

No âmbito urbano, também há dificuldade de acesso a residências para cadastramento domiciliar, por seus modos de trabalho e produção de bens e serviços ocorrerem simultaneamente ao horário administrativo das EqSF, o que resulta na indisponibilidade de moradores para recepcionar os ACS durante as visitas destinadas aos cadastros:

“Eu vejo um entrave no responsável, porque nós encontramos um idoso ou uma criança... [...] você vai pedir a documentação pra uma criança? Você vai pedir pra um idoso? Não.” (Grupo Focal).

“E, também, a disponibilidade das pessoas é pouca por conta do trabalho, elas trabalham o dia todo.” (Grupo Focal).

### **Condições socioeconômicas e a percepção da saúde como direito social: os efeitos das resistências à visitação e ao cadastramento**

A população de áreas com maior poder aquisitivo tende a não reconhecer o uso dos serviços de APS como um direito, principalmente, aquela parcela que dispõe de plano de saúde privado, contribuindo para resistência ao cadastramento domiciliar e individual e inviabilizando que a territorialização ocorra de forma igualitária entre os territórios cobertos por EqSF. Outros entrevistados também referiram resistências à visitação em áreas socialmente vulneráveis, ratificando que o processo de cadastramento tem uma importante relação com a percepção das pessoas sobre o papel do ACS e a saúde como direito social:

“Teve uma senhora mesmo que ela ligou aqui, ela falou assim “olha, eu tenho plano de saúde e o agente comunitário disse que você pediu para ele fazer um cadastro aqui”. [...] Aí eu falei: “a senhora é consultada onde?” [...] Ela disse que ia também para o Hospital Central e para os ambulatórios particulares. E aí eu falei assim: “Sim, mas é um posto de saúde se a senhora precisar... ninguém na sua casa precisa?” e ela falou: “minha irmã precisa, mas minha irmã não sou eu”. Olha só... “minha irmã não sou eu!”. E eu falei: “a sua irmã mora onde?”, ela disse: “mora aqui na minha casa” (Gestora D).

Você acredita que a gente tem resistência em lugares menos, bem menos favorecidos, mas que as pessoas colocaram na cabeça que não precisam de agente comunitário de saúde?” (Gestora D).

### **Nível de escolaridade das pessoas: os efeitos comunicacionais**

Tanto gestores quanto gerentes ratificaram a existência de barreiras comunicacionais entre os ACS e os usuários, principalmente, em territórios onde há pessoas com menor nível socioeconômico. Esses obstáculos decorriam tanto da pouca habilidade comunicativa dos agentes quanto do parco conhecimento das pessoas de baixa renda sobre o direito à saúde:

*“Às vezes, nem tem aquela condição de pagar tudo particular, sabe? Precisa do SUS, mas não quer o agente comunitário lá. Mas eu entendo também, porque, muitas vezes, o agente comunitário não sabe nem expressar o que ele tem que fazer lá na casa, pela falta de qualificação.” (Gestora D).*

*“É que a gente vê até a questão educacional também, né? Porque tem é pessoas que são analfabetas, e tem outras pessoas que não, que tem até um nível superior. O que dificulta um pouco às vezes o trabalho da gente é se comunicar com elas, né? [...] Eu tento trabalhar de uma forma que eles podem, usar de uma comunicação mais simples, né? Pra poder eles assimilarem as orientações que a gente tá dando.” (Gerente H).*

### **Características infraestruturais dos imóveis: os efeitos na vinculação às equipes**

Os profissionais das EqSF de territórios urbanos tinham barreiras relacionadas às características dos imóveis, onde áreas com grande quantitativo de imóveis de aluguel contribuía para rotatividade constante de pessoas na área, dificultando a vinculação do usuário às EqSF:

*“Tem a questão de mudança de área das pessoas ne, porque elas não param em uma residência, moram muitas, muitas moram de aluguel. Então hoje está aqui na nossa área, amanhã já não está na nossa área, isso dificulta um pouco, mas a gente sabe que tem que cadastrar e descadastrar né, pra poder obter os dados, essas informações que nos dá um subsídio maior pra fazer os planejamentos da unidade.” (Gerente H).*

Ainda nos territórios urbanos, caracterizados por muitos prédios residenciais, identificou-se barreiras para os profissionais localizarem moradores de edifícios, em

RIBEIRO, L. T. et al.

virtude de um controle mais rígido do acesso de pessoas externas, nestes tipos de moradias:

"Têm os prédios também na área, que é difícil para ser cadastrar por conta de a gente não saber nem quem é o morador, porque vai chegar tocando e chamando, chamando quem? [...]" (Grupo Focal).

#### 4. Discussão

Os determinantes locais da territorialização evidenciados nesta pesquisa coadunaram com as proposições teóricas de Santos (2004) sobre os territórios como arenas sóciosanitárias que transcendem demarcações geográficas e se constituem como espaços permeados por determinantes ambientais, culturais, econômicos, políticos e sociais.

As relações de poder paralelo e relacionadas à ação de organizações do tráfico de entorpecentes evidenciam a capilaridade de atores com poder sobre os fluxos de pessoas no território e que, conseqüentemente, afetam a dinâmica de trabalho das EqSF nas atividades de visitação domiciliar e cadastramentos de pessoas nas áreas adscritas. O  ltimo Atlas da Violência aponta que o território de estudo se situa no estado que concentra a maior taxa de homicídios entre municípios no Brasil, em 2022 (46,8/100.000 hab). Dentre os municípios de médio porte (acima de 100 mil e abaixo de 500 mil habitantes), a taxa de homicídios para o município de estudo foi de 36,9/100.000 hab, sendo o 77<sup>o</sup> município mais violento no ranking brasileiro (Cerqueira; Bueno, 2024).

O poder exercido pelas organiza es do tráfico e seu impacto sobre os processos de trabalho da territorializa o em saúde reforçam a concep o de território proposta por Santos (1985; 1994) enquanto espaços socialmente determinados e modulados em fun o do poder e pelo poder, combinando continuamente a o e conflito, protagonizado por atores da sociedade civil (organizada ou não). Assim, destaca-se que os determinantes locais são indissociáveis da dimensão espacial e produzem efeitos na territorializa o e nos processos de trabalho da APS. Isto reforça a premissa

RIBEIRO, L. T. et al.

de território enquanto categoria relacional e o processo de territorializar como ação social de mudança que afeta e é afetada pela estrutura espacial (Santos, 2004; 1996).

O território se constitui-se através da apropriação/dominação estabelecida pelas relações de poder entre os grupos sociais (Saquet, 2008; Raffestin, 1993). Este cenário caracterizado por relações entre as tensões e ambivalências causadas pela violência territorial e o adoecimento de sua população impõe uma necessidade de atenção às vulnerabilidades determinadas ou acentuadas por essas interações em algumas populações e grupos, podendo incluir os profissionais da APS. Entende-se que essas relações sociais de poder precisam ser consideradas no planejamento das ações de cuidado em saúde para que haja a mitigação das iniquidades sociais produtoras de violência territorial, de forma intersetorial (Prata et al., 2017).

As atividades comerciais locais assumem a conotação do que Santos (1985) caracteriza como “firmas”, enquanto elementos produtores de bens, serviços e ideias. Neste estudo, embora as atividades comerciais fossem potencializadoras da produção de serviços e desenvolvimento econômico local, revelaram-se como espaços de relações sociais que também podem produzir mais vulnerabilidades, a exemplo de bares, que oportunizam o consumo alcoólico, especialmente, em áreas rurais ou adjacentes a grandes rodovias com fluxo constante de pessoas. Esta evidência reforça a necessidade de maior atenção das EqSF, no que tange a agrupamentos populacionais e seus modos de produção de bens e serviços, uma vez que podem aprofundar a vulnerabilização social, já marcada pela violência, prostituição e uso de substâncias psicoativas (Pessoa; Almeida; Carneiro, 2018). A inexistência de dados relativos à distribuição espacial de bares e pontos de prostituição no município, limitou uma melhor contextualização dos fatores de vulnerabilidade territorial. Por outro lado, dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS apontam que no período da pesquisa foram registradas 16 internações, por local de residência, relativas a transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool e 14 internações por doença alcoólica do fígado no município de estudo (Brasil, 2018a).

O meio ecológico representa um conjunto de complexos territoriais que compõem a base física do trabalho humano (Santos, 1985). Nesta pesquisa, destaca-se

RIBEIRO, L. T. et al.

as determinações das áreas esparsas, relevos e condições das vias de acesso, enquanto barreiras que afetam a acessibilidade geográfica e o deslocamento dos profissionais necessário para operacionalizar a territorialização na APS, especialmente nas áreas rurais. Em outro estudo, estas barreiras também foram semelhantes e apontadas como potencializadoras de iniquidades em saúde (Tetemann, Trugilho e Sogame, 2016). Apesar disso, Santos (1985) defende que a população em contexto rural deve dispor dos mesmos serviços oferecidos em áreas urbanas. O autor reafirma a dificuldade, no âmbito rural, de acesso aos serviços de uma forma geral, sendo necessária a conformação de estratégias para o atendimento das necessidades comunitárias, haja vista a dificuldade da universalização do acesso à saúde.

No último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, os dados territoriais revelam que o município de estudo possui aproximadamente 170 mil habitantes e uma ampla extensão territorial de 8.051,274 km<sup>2</sup> (IBGE, 2022). Os desafios impostos pelas distâncias geográficas e condições das vias de acesso a áreas adscritas às EqSF apenas ratificam o papel desses determinantes que também são afirmados por outros autores como potencializadores das iniquidades em saúde (Tetemann; Trugilho; Sogame, 2016).

A teoria de Santos (1985) afirma que as “instituições” no território são responsáveis pela produção de normativas, ordenamentos e legitimações. Neste estudo, identificou-se que a insípida cobertura populacional de ACS reflete a não legitimação do papel da Secretaria Municipal de Saúde, na garantia da cobertura populacional de ACS necessária para territorialização de todas as áreas adscritas ao município. Em outros estudos, isto também foi recorrente e fragilizou a organização da APS centrada na população e no território com ações descoordenadas e desvinculadas dos indicadores sanitários (Andrade, 2015; Teixeira-Júnior, 2020).

À época da pesquisa, dados do penúltimo censo apontavam que município pesquisado registrava um contingente populacional de aproximadamente 159.734 habitantes (IBGE, 2022). Por outro lado, registros da cobertura populacional de APS ratificavam que menos de 60% das pessoas na cidade eram vinculadas a uma EqSF (Brasil, 2018b), corroborando com os achados das entrevistas, que revelaram

RIBEIRO, L. T. et al.

iniquidades na cobertura de ACS e, conseqüentemente, impactos no processo de cadastramento familiar.

Por outro lado, a transição no modelo organizacional das equipes de APS implantadas pela gestão municipal, parece revelar tentativas institucionais de ordenamento do modelo de atenção à saúde para reorganizar limites administrativos entre unidades de saúde, embora isto exija um tempo político-administrativo variável para os atores locais envolvidos na gerência e assistência das EqSF, implantarem, de forma efetiva, uma atuação de territorial. Esses achados se assemelham aos observados em outro artigo, quanto à dificuldade dos profissionais da APS romperem como o modelo de UBS e se apropriarem da implantação de processos de trabalho centrados no território e na comunidade (Santos et al., 2010).

A ação institucional do poder municipal, também deve ser considerada em relação às políticas de planejamento urbano. Nesta pesquisa, a ocupação desordenada do território, além de ser obstáculo para a ampliação de cobertura da APS, limita o acesso das pessoas aos serviços primários de saúde, pois trata-se de uma realidade não prevista nas diretrizes e normativas de territorialização que ensejam a fixação regular das pessoas ao território e uma vinculação longilínea de sua população, o que contribui para a invisibilização de usuários(as) marginalizados e em situação de moradia precária e rotativa (Freitas; Justo, 2019; Friedrich et al., 2019).

O território de estudo se destaca na região Oeste da Bahia como a maior cidade, em crescimento acelerado e que se intensificou desde a década de 1980 com a construção Rodovia Salvador/Brasília (BR-242) e expansão das atividades do agronegócio no cerrado baiano. Isto repercutiu na concentração de serviços comerciais e financeiros de âmbito nacional e internacional, além da expansão de instituições de ensino superior públicas e privada no espaço urbano. Registra-se também, o crescimento acelerado de bairros antigos e criação de novos loteamentos, condomínios e residenciais, sem sua devida inclusão no planejamento urbano municipal (Ferreira e Soares, 2023).

Neste artigo, considerou-se a categoria “homens” enquanto pessoas que compõem os territórios (Santos, 1985) e que devem ser a centralidade dos sistemas de

RIBEIRO, L. T. et al.

saúde orientados pela APS. Sem pessoas não há possibilidades de realizar a adscrição populacional, por meio da territorialização em saúde. Todavia, vale reiterar que a o processo de territorializar na APS mostrou-se interdependente das dinâmicas sociais impostas, principalmente pelo perfil cultural, laboral e socioeconômicos dos moradores das áreas das EqSF. Isto coaduna com as proposições de Santos (1985, 1996) sobre o território como espaço vivo e dependente muito mais das relações sociais projetadas no espaço do que apenas espaços concretos propriamente ditos.

A inviabilidade de cadastramentos diante da ausência de pessoas nas residências visitadas pelos ACS em horários administrativos sustenta o que ressaltam outros estudos quanto a necessidade de adaptação de horários de visitação e cadastramentos como forma de superar este obstáculo, inclusive com o estabelecimento de visitação noturna em um dia da semana para trabalhadores (Martins et al., 2019; Pessoa et al., 2013). No entanto, é preciso considerar esta alternativa com cuidado, haja vista que muitos territórios não oferecem condições de segurança pública, além de depender da aceitação das pessoas e famílias a serem visitadas.

Esta pesquisa apontou que as condições socioeconômicas e educacionais são determinantes importantes da territorialização, pois fazem parte das características populacionais que influenciam a consciência coletiva sobre o direito à saúde e media a relação entre EqSF e moradores das áreas adscritas, sobretudo no aspecto comunicacional. Apesar dos entreves comunicacionais entre população e ACS evidenciados neste artigo, pesquisas destacam que estes profissionais devem figurar como um dos principais elos de comunicação entre a APS e a população. Isso justifica o uso de estratégias de comunicação que inspirem confiança e ensejem vinculação à comunidade da sua área de atuação. Para tanto, é necessário o estabelecimento de uma interlocução horizontalizada e que faça sentido tanto para o profissional quanto para o usuário do sistema de saúde (Souza, 2016).

A categoria 'infraestrutura' se relaciona com o trabalho humano materializado na forma de casas, vias, entre outros (Santos, 1985). Nesta pesquisa, o perfil dos imóveis visitados pelos ACS afetava diretamente o estabelecimento do vínculo entre

RIBEIRO, L. T. et al.

as pessoas e profissionais das EqSF. Este determinante mostrou-se relacionado intimamente com o nível socioeconômico das famílias visitadas pelos ACS, incluindo condições habitacionais precárias, de modo que as normativas estabelecidas para o cadastramento populacional não permite a inclusão de residências que fogem aos padrões burocráticos e pautados na concepção de moradia “ideal”, a exemplo de residências sem número, endereço fixo, etc. Por outro lado, moradores de áreas com alto poder aquisitivo, tendem a apresentar resistências à visitação dos ACS e, conseqüentemente, compromete o cadastramento necessários à territorialização, por não compreender o acesso ao SUS e à APS como um direito social para todos(as).

Em suma, a territorialização figura como um processo determinado por elementos socialmente interdependentes e concomitantes, que variam das organizações à infraestrutura local. Há uma relação dialética entre espaço e as pessoas que o habita, no qual essas pessoas são sujeitas na construção sóciopolítica. O território, trata-se de um local de forças desiguais e em dinamicidade das relações sociais nele desenvolvidas, realiza-se pela ação e requer constante territorialização e ações desenvolvidas em sinergia com instituições, atores e organizações locais (Santos, 2004). Ele abriga uma arena de interação entre pessoas e serviços de saúde, possuindo condicionantes e determinantes que podem ser vislumbrados a partir da territorialização (Santos; Rigotto, 2010), sendo esse processo um instrumento de apoio aos macroprocessos básicos que oferecem suporte ao atendimento das demandas populacionais em saúde (Mendes, 2015).

## 5. Considerações Finais

O presente estudo identificou como principais determinantes locais da territorialização, a influência de organizações relacionadas ao tráfico de drogas sobre o processo de trabalho da APS, a acessibilidade geográfica e infraestrutural ao território e aos imóveis, além da incipiente cobertura de ACS. Soma-se a isso, o perfil cultural da comunidade e seus moradores, que determinavam a colaboração com o processo de visitação e cadastramento individual e familiar. Outros determinantes

RIBEIRO, L. T. et al.

locais relacionaram-se ao perfil dos imóveis e a atividades comerciais locais, o que arremata a arena sanitária local e fundamenta a complexidade da APS.

Os determinantes supracitados se figuraram como importantes obstáculos ao processo de territorialização, sobretudo quando se considera a potencialidade deste processo para o diagnóstico local de saúde e o planejamento e gestão de ações e serviços de APS. Destaca-se ainda, que os elementos do espaço identificados nesta pesquisa, afetam a ação de diversos atores do sistema de saúde, tais como profissionais das EqSF, gerências locais das unidades de saúde e gestão municipal, o que implica em desafios que transcendem dimensões sanitárias e implicam em dimensões infraestruturais, trabalhistas, econômicas e sociais relacionadas à macropolítica municipal, ratificando a concepção ampla de território enquanto arena sociosanitária.

A não realização de outros grupos focais inviabilizou possibilidades comparativas de uma maior diversidade de ACS atuantes em outros cenários do município pesquisado. É possível que isto possa não elucidar completamente a percepção de outros profissionais de áreas de abrangência com dinâmicas distintas das identificadas nos territórios estudados. Atenta-se para o fato de que a não realização de entrevistas individuais com ACS possa ter ocultado informações singulares por constrangimento de revelações coletivas no grupo focal.

Por outro lado, os artigos existentes não abordam investigações com atores do processo de territorialização e suas as determinações político-locais. Isto reforça a originalidade deste estudo, pela possibilidade de seus achados contribuírem para análises mais políticas sobre o processo de territorializar a saúde, rompendo com as proposições documentos normativos, que pregam a territorialização da APS como uma dinâmica comunitária estritamente cooperativa e técnica, subestimando suas disputas contradições e conflitos.

Por fim, estudos futuros são necessários para investigar avanços e limites na informatização do cadastramento populacional e implementação do sistema E-SUS no contexto rural e urbano, permitindo a comparação do processo de territorialização na APS em diferentes contextos, incluindo os rurais remotos e, também, cenários de maior complexidade políticas como as fronteiras intermunicipais e interestaduais de saúde.

## 6. Referências Bibliográficas

ANDRADE, I. M. **Territorialização da Atenção Primária à Saúde: avaliação e perspectivas no município de Santo Antônio de Jesus, Bahia**. Dissertação (Mestrado em Planejamento Territorial) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2015. Disponível em: <http://localhost:8080/tede/handle/tede/534>

ARAGÃO, M. N. **Limites e desafios da implantação de Redes de Atenção à Saúde no contexto municipal**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016. Disponível em: <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/21653>

BRASIL. **Portaria 2436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde. Brasília, DF. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Morbidade hospitalar do SUS por local de residência, Bahia**. Brasília: DF, 2018a. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nrba.def>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cobertura de atenção básica por unidade geográfica e municípios**. Brasília: DF, 2018b. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml?jsessionid=ZyEeXbLar1GYildDUBvCKggk>

BRAWER, P. A. et al. St. Louis Initiative for Integrated Care Excellence (SLI(2) CE): integrated-collaborative care on a large scale model. **Families, Systems, & Health**, v. 28, n. 2, p. 175-87. 2010. DOI: <https://doi.org/10.1037/a0020342>

CAMARGOS, M, A.; OLIVER, F. C. Uma experiência de uso do georreferenciamento e do mapeamento no processo de territorialização na Atenção Primária à Saúde. **Saúde debate**, v. 43, n. 123, p. 1259-1269, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912321>

CAMPOS, D. B.; BEZERRA, I. C.; JORGE, M. S. B. Produção do cuidado em saúde mental: práticas territoriais na rede psicossocial. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 1, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00231>

CERQUEIRA, Daniel; BUENO, Samira (coord.). Atlas da violência 2024: retrato dos municípios brasileiros. Brasília: Ipea; FBSP, 2024. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/14031>.

RIBEIRO, L. T. et al.

FERREIRA, R. J.; SOARES, L. P. C. Reflexões sobre o espaço urbano de Barreiras-Ba e o uso da natureza na cidade: mudanças recentes na organização espacial do centro histórico às margens do Rio Grande. **Sul-Sul - Revista de Ciências Humanas e Sociais**, v. 4, n.1, p. 1-18, 2023. DOI: <https://doi.org/10.53282/sul-sul.v4i1.985>

FREITAS, C. J.; JUSTO, J. S. Entre a paragem e o trânsito: atenção psicossocial para a errância e o nomadismo. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 12, n. 2, p. 300-318, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.36298/gerais2019120208>

FRIEDRICH, M. A. et al. Barreiras de acesso à saúde pelos usuários de drogas do consultório na rua. **Journal of Nursing and Health**, v. 9, n. 2, p. 199-202, abr. 2019. DOI: <https://doi.org/10.15210/jonah.v9i2.13443>

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE: cidades e estados do Brasil. Brasília DF, 2022. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>

MACADAM, M. Progress toward integrating care for seniors in Canada: "We have to skate toward where the puck is going to be, not to where it has been.". **International Journal of Integrated Care**, v. spec. e016, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3111885/>

MARTINS, A. C. T. et al. O Projeto AcolheSUS na Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 2095-2103, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08492019>

MENDES, E. V. **A Construção Social da Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Conass; 2015. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf>

MINAYO, M. C. de S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010. 80 p.

NEPOMUCENO, L. B.; PONTES, R. J. S. O Espaço Socioprofissional da Estratégia Saúde da Família sob a Perspectiva de Psicólogos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 37, n. 2, p. 289-303, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703000352015>

OLIVEIRA, A. A. 2016. **Territorialidade em rede de atenção psicossocial no Município de Alagoinhas - Ba**. Dissertação (Mestrado em Planejamento Territorial e Desenvolvimento Social) - Superintendência de Pesquisa e Pós-Graduação, Universidade Católica do Salvador, Salvador.

PENROD, J.; PRESTON, D. B.; CAIN, R.; STARKS, M. T. A discussion of chain referral as a method of sampling hard-to-reach populations. **Journal of Transcultural Nursing**, vol. 4, n. 2, p. 100-7, 2003. DOI: <https://doi.org/10.1177/1043659602250614>

RIBEIRO, L. T. et al.

PESSOA, V. M. et al. Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2253-2262, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000800009>

PESSOA, V. M.; ALMEIDA, M. M.; CARNEIRO, F. F. Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil?. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 302-314, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S120>

PINHO, E. S.; SOUZA, A. C. S.; ESPERIDIAO, E. Processos de trabalho dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial: revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 141-152, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.08332015>

PRATA, N. I. S. S. et al. Saúde mental e atenção básica: território, violência e o desafio das abordagens psicossociais. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 33-53, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00046>

PROVOST, S. et al. Evaluation of the implementation of an integrated primary care network for prevention and management of cardiometabolic risk in Montréal. **BMC Family Practice**, v. 10, n. 12, p. 126, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2296-12-126>

RAFFESTIN, C. **Por uma geografia do poder**. São Paulo: Ática, 1993. 270 p.

SANTOS, A. L.; RIGOTTO, R. M. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trabalho, Educação e Saúde (Online)**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 387-406, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462010000300003>

SANTOS, M. **A natureza do espaço - Técnica e tempo. Razão e Emoção**. São Paulo: Hucitec, 1996. 260 p.

SANTOS, M. **Espaço e método**. São Paulo: Nobel, 1985. 120 p.

SANTOS, M. **Territórios e Sociedade: entrevista com Milton Santos**. 2ª ed. Da 2ª reimpressão. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004. 127 p.

SANTOS, M. **Território globalização e fragmentação**. São Paulo: Hucitec, 1994. 172 p.

SAQUET, M. A.; SILVA, S. S. Milton Santos: concepções de geografia, espaço e território. **Geo UERJ**, v.2, n.18, p. 24-42, 2008. DOI: <https://doi.org/10.12957/geouerj>

Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**. Conselho Municipal de Saúde. 185 p. Disponível em: [https://barreiras.ba.gov.br/wp-content/uploads/2019/11/pms\\_2018\\_2021.pdf](https://barreiras.ba.gov.br/wp-content/uploads/2019/11/pms_2018_2021.pdf)

RIBEIRO, L. T. et al.

SILVA, N. C.; GARNELO, L.; GIOVANELLA, L. Extensão de Cobertura ou Reorganização da Atenção Básica? A trajetória do Programa de Saúde da Família de Manaus-AM. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 592-604, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000300011>

SOBRAL, J. P. C. P. et al. O lazer como prática promotora de saúde mental na comunidade: relato de experiência. Cultura de los Cuidados. **Revista de Enfermería y Humanidades**, v. 22, n. 52, p. 189-194, 2018. DOI: <https://doi.org/10.14198/cuid.2018.52.17>

SOUZA, J. A. **Comunicação e incomunicação na estratégia saúde da família: um estudo sobre as interações entre equipes e usuários no município de Brumadinho MG**. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT), Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2016. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/37775>

TEIXEIRA-JÚNIOR, J. E. et al. Interloquções entre a Declaração de Astana, o Direito à Saúde e a formação em Medicina de Família e Comunidade no Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1261-1268, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.31252019>

TETEMANN, E. C.; TRUGILHO, S. M.; SOGAME, L. C. M. Universalidade e Territorialização no SUS: contradições e tensões inerentes. **Textos & Contextos**, v. 15, n. 2, p. 356-369, 2016. DOI: <https://doi.org/10.15448/1677-9509.2016.2.25456>

TRAD, Leny A. Bomfim. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis**, v. 19, n. 3, p. 777-796, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312009000300013>

YIN, Robert K. **Estudo de Caso - Planejamento e Métodos**. 5 ed. Porto Alegre: Bookman, 2015. 320 p.