



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE DOURADOS – SEMS  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
SEMS/FIOCRUZ**

**LUANA LARA SANTOS PENAVES**

**DESIGUALDADES TERRITORIAIS E DIMENSIONAMENTO DA FORÇA DE  
TRABALHO: IMPLICAÇÕES PARA A ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO NA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM DOURADOS, MATO GROSSO DO SUL**

**DOURADOS – MS**

**2025**



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE DOURADOS – SEMS  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
SEMS/FIOCRUZ

LUANA LARA SANTOS PENAVES

**DESIGUALDADES TERRITORIAIS E DIMENSIONAMENTO DA FORÇA DE  
TRABALHO: IMPLICAÇÕES PARA A ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO NA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM DOURADOS, MATO GROSSO DO SUL**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado como requisito parcial para conclusão da Residência Multiprofissional em Saúde da Família SeMS/Fiocruz - Dourados, Mato Grosso do Sul.  
Orientadora: Dra. Marcia Naomi Santos Higashijima.

**DOURADOS - MS**

**2025**

*Marcia Naomi*

Penaves, Luana Lara Santos

Título: Desigualdades territoriais e dimensionamento da força de trabalho: implicações para a organização do cuidado na Atenção Primária à Saúde em Dourados, Mato Grosso do Sul

Orientadora: Dra. Marcia Naomi Santos Higashijima

Trabalho de Conclusão da Residência (TCR) – Residência Multiprofissional em Saúde da Família SeMS/Fiocruz em Dourados, Mato Grosso do Sul.

Ano de apresentação: 2026

LUANA LARA SANTOS PENAVES

Trabalho de Conclusão de Residência Multiprofissional na Estratégia Saúde da Família pelo Laboratório de Inovação na Atenção Primária a Saúde da Fundação Osvaldo Cruz (Fiocruz), como requisito para obtenção do título de Fisioterapeuta Especialista em Saúde da Família.

Aprovado em: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Orientador (a)

---

Examinador 1

---

Examinador 2

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho aos meus pais, que sempre me apoiaram, acreditaram e investiram em mim de todas as formas, para que eu alcançasse tudo que almejava.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus por me proporcionar vida e saúde.

Agradeço aos meus pais Julio e Nita por me apoiarem e darem forças todos os dias.

Aos meus amigos por acreditarem na minha capacidade em finalizar essa pesquisa.

À minha orientadora, que me direcionou, me auxiliou e acreditou no meu esforço.

Agradeço aos colegas de serviço que me ajudaram com conversas, conselhos ou recomendações.

Agradeço aos meus irmãos em Cristo, companheiros de célula que oraram pela minha vida e meu trabalho,.

Agradeço mais uma vez a Deus pela vida de cada uma dessas pessoas!

*“O que você está fazendo não é bom. Você ficará exausto, e o povo também, pois essa tarefa é pesada demais para você. Você não pode realizá-la sozinho.” Êxodo 18: 17-18*

## SUMÁRIO

|  |    |
|--|----|
| <b>INTRODUÇÃO</b> .....  | 11 |
| <b>MÉTODO</b> .....  | 13 |
| <b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....  | 14 |
| <i>Classificação da vulnerabilidade das Estratégias Saúde da Família</i> .....                             | 14 |
| <i>Dimensionamento e produtividade da categoria médica</i> .....   | 20 |
| <i>Dimensionamento e produtividade da categoria enfermagem</i> .....                                       | 23 |
| <i>Dimensionamento de medicina e enfermagem à luz dos diferentes vínculos e jornadas de trabalho</i> ..... | 26 |
| <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....  | 31 |
| <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....  | 32 |
| <b>ANEXO A – APROVAÇÃO DA CEPET</b> .....  | 40 |
| <b>ANEXO B – APROVAÇÃO COMITE DE ÉTICA</b> .....   | 41 |
| <b>ANEXO C – NORMAS DE SUBMISSÃO DA REVISTA CIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA</b> .....                             | 44 |

**Desigualdades territoriais e dimensionamento da força de trabalho: implicações para a organização do cuidado na Atenção Primária à Saúde em Dourados, Mato Grosso do Sul**

*Territorial inequalities and workforce sizing: implications for the organization of care in Primary Health Care in Dourados, Mato Grosso do Sul*

*Desigualdades territoriales y dimensionamiento de la fuerza laboral: implicaciones para la organización del cuidado en la Atención Primaria de Salud en Dourados, Mato Grosso del Sur*

Luana Lara Santos Penaves

Penaves, L.L.S. – [fisioterapeutaluanapenaves@gmail.com](mailto:fisioterapeutaluanapenaves@gmail.com) – ORCID: 0009-0005-3131-0479

Marcia Naomi Santos Higashijima

Higashijima, M. N. S. – [psicologanaomi@gmail.com](mailto:psicologanaomi@gmail.com) – ORCID: 0000-0002-4924-5346

**Resumo:** O estudo tem como objeto o dimensionamento da força de trabalho em saúde na Atenção Primária, com ênfase nas categorias de médicos e enfermeiros. Teve como objetivo analisar a suficiência e a adequação desses profissionais frente às demandas assistenciais. Adotou-se pesquisa documental com análise quantitativa da composição das equipes, cargas horárias e parâmetros normativos. A abordagem teórica baseou-se nos princípios do SUS, na gestão do trabalho e nos referenciais de dimensionamento. Os resultados evidenciaram insuficiência de profissionais, distribuição desigual de cargas horárias e impactos na continuidade do cuidado, revelando descompasso entre demandas territoriais e disponibilidade de força de trabalho. Conclui-se que o dimensionamento é fundamental para orientar a gestão, fortalecer a APS e aprimorar a alocação profissional, destacando a necessidade de reorganização e expansão da força de trabalho para atender às necessidades populacionais.

**Palavras-chave:** Dimensionamento; Força de Trabalho; Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Gestão do Trabalho.

**Abstract:** *This study focuses on the workforce planning and staffing levels in Primary Health Care, emphasizing physicians and nurses. The objective was to analyze the sufficiency and adequacy of these professionals in relation to care demands. A documentary study was conducted using quantitative analysis of team composition, workload distribution, and regulatory parameters. The theoretical framework was based on SUS principles, workforce management, and staffing methodologies. Results revealed insufficient staffing, unequal workload distribution, and impacts on continuity of care, indicating a mismatch between territorial demands and available workforce. The study concludes that workforce planning is essential to guide management decisions, strengthen Primary Health Care, and improve staff allocation, highlighting the need for reorganizing and expanding the workforce to meet population needs.*

**Keywords:** *Staffing; Health Workforce; Primary Health Care; Family Health Strategy; Workforce Management.*

**Resumen:** *El estudio tiene como objeto el dimensionamiento de la fuerza laboral en salud en la Atención Primaria, con énfasis en las categorías de médicos y enfermeros. El objetivo fue analizar la suficiencia y adecuación de estos profesionales frente a las demandas asistenciales. Se realizó una investigación documental con análisis cuantitativo de la composición de los equipos, cargas horarias y parámetros normativos. El enfoque teórico se basó en los principios del SUS, la gestión del trabajo y los referentes de dimensionamiento. Los resultados evidenciaron insuficiencia de profesionales, distribución desigual de cargas horarias e impactos en la continuidad del cuidado, revelando desajustes entre las demandas territoriales*

*y la disponibilidad de fuerza laboral. Se concluye que el dimensionamiento es fundamental para orientar la gestión, fortalecer la Atención Primaria y mejorar la asignación profesional, destacando la necesidad de reorganizar y ampliar la fuerza laboral para atender las necesidades de la población.*

**Palabras clave:** *Dimensionamiento; Fuerza Laboral; Atención Primaria de Salud; Estrategia de Salud de la Familia; Gestión del Trabajo.*

## **INTRODUÇÃO**

O Sistema Único de Saúde (SUS) se consolidou como sistema público universal, pautado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, estruturado em redes de atenção que articulam ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação (Tofani *et al.*, 2021).

A partir dessa consolidação, a Atenção Primária à Saúde (APS) foi definida como porta de entrada para os usuários, com o objetivo de coordenar o cuidado e organizar os fluxos assistenciais. Inicialmente, implementou-se o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991, com a finalidade de fortalecer o vínculo entre população e unidade de saúde; posteriormente, em 1994, foi instituído o Programa Saúde da Família (PSF), que, com a estruturação das equipes multiprofissionais, consolidou-se como Estratégia Saúde da Família (ESF) (Oliveira *et al.*, 2023; Conill, 2008).

Nesse sentido, o planejamento da força de trabalho torna-se estratégia de gestão para garantir a qualidade e a eficiência dos serviços prestados (Carvalho *et al.*, 2022). Para Nascimento e Carvalho (2022, p. 440), o dimensionamento “trata-se de um processo sistemático e dinâmico que inclui a identificação da força de trabalho atual e exige monitoramento e

avaliação constantes, além de fundamentos científicos ou empíricos que garantam sua confiabilidade e a aplicabilidade nos diversos serviços de saúde”.

Entretanto, a gestão da força de trabalho no Brasil historicamente enfrentou desafios, como vínculos precários, terceirizações, contratos temporários e insuficiência de profissionais em áreas estratégicas (Brasil, 2005; Nascimento *et al*, 2020), o que reforça a importância do planejamento e do dimensionamento adequado do pessoal em saúde.

As categorias enfermagem e medicina assumem papel fundamental na APS. A enfermagem, representada por enfermeiros, técnicos e auxiliares, responde por uma gama ampliada de atribuições, que abrange desde ações clínicas até atividades de educação em saúde, vigilância epidemiológica e gestão do cuidado (Biff *et al.*, 2020). Já os médicos são responsáveis pelo diagnóstico, tratamento e acompanhamento clínico além de outras atribuições coletivas, compondo com a equipe multiprofissional o núcleo essencial da ESF (Portela, 2017; Brasil, 2017).

A integração entre enfermeiros e médicos é essencial para a efetividade da APS, tornando necessária a verificação da suficiência desses profissionais frente às demandas populacionais. Assim, o estudo busca analisar e dimensionar a atuação dessas categorias nas Estratégias de Saúde da Família de Dourados/MS, avaliando a adequação de sua alocação às necessidades de saúde do território.

O território do município de Dourados, antes da colonização pelo homem branco, pertencia às tribos indígenas Terena e Kaiowá, que atualmente vivem em uma grande reserva situada na extremidade da cidade, reconhecida por ser uma das maiores do território brasileiro. Localizada no sul de Mato Grosso do Sul, conta com uma ampla rede pública de saúde, incluindo unidades de atenção básica, serviços especializados como clínicas particulares e públicas como Centro de Especialidade Bucal tipo III, Centro de Reabilitação Física, um hemocentro; oito hospitais gerais da rede pública, um especializado; possui rede de atenção a

urgências e emergências e serviços de atendimento móvel; Uma unidade de pronto atendimento (UPA); Rede de atenção psicossocial sendo Centro de atenção psicossocial infanto juvenil (CAPSi), Centro de atenção psicossocial a Alcool e Drogas (CapsAD); Centro de atenção psicossocial (CAPSII); Rede de atenção Às Doenças Crônicas não transmissíveis, tendo diversas clínicas de atendimento ambulatoriais, sendo 6 policlínicas entre outros serviços que se encontram no plano municipal (Dourados, 2023).

Com 86 profissionais enfermeiros (as) e 75 médicos (as) atuando nas ESF do município (Brasil, 2025), esse artigo apresenta o resultado do dimensionamento da força de trabalho e a produtividade de ambas as categorias.

## **MÉTODO**

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, de base analítica, utilizando o método STROBE (*Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*) por Malta *et al.* (2010), resultado do trabalho de conclusão de Residência, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, sob o CAAE nº 87857625.0.0000.0021.

Os dados coletados são das ESF registradas como “ativa” em agosto de 2025 no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); onde os dados coletados deste sistema e do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) referem-se aos meses de março de 2024 a fevereiro de 2025, sendo: número de profissionais médicos e de enfermagem e seus vínculos empregatícios, número de consultas mensal da enfermagem, número de consultas mensal da medicina, carga horária contratual, número de equipes da ESF, carga horária de funcionamento das unidades.

Os dados extraídos foram organizados em planilhas eletrônicas (Microsoft Excel<sup>®</sup>), seguindo as etapas: (1) cálculo da vulnerabilidade de cada unidade, a partir da média dos

indicadores de beneficiários do Programa Bolsa Família, de pessoas com hipertensão arterial e de pessoas com *diabetes mellitus* utilizando dados da segunda vigência de 2024; (2) definição do parâmetro de adscrição populacional de acordo com o grau de vulnerabilidade, e (3) análise entre o número de equipes existentes e o número ideal estimado, associando carga horária contratual e produtividade das categorias médica e de enfermagem. Adotando a metodologia do dimensionamento da força de trabalho elaborada por Nascimento *et al* (2020).

Das 31 ESF do município, quatro recebem o programa de residência multiprofissional da saúde da família do Laboratório de Inovação na Atenção Primária a Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), identificados com asteriscos nos quadros 01, 03 e 04, sendo Ildelfonso Pedroso, Jóquei Clube, Maracanã e Parque do Lago II, juntamente com o programa de residência médica da saúde da família, exceto a primeira unidade mencionada.

Para a elaboração desse manuscrito utilizou-se do recurso da inteligência artificial (IA) na revisão das normas da língua portuguesa.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A partir da análise dos dados extraídos, apresentam-se, a seguir, a classificação de vulnerabilidade das ESF, bem como o dimensionamento da força de trabalho e a produtividade das categorias médica e de enfermagem.

### ***Classificação da vulnerabilidade das Estratégias Saúde da Família***

A classificação de vulnerabilidade dos territórios que possuem Equipes de Saúde da Família (eSF) levou em consideração os indicadores: beneficiários do Programa Bolsa Família (PBF), hipertensos (HAS) e diabéticos (DM). Esses indicadores foram selecionados por serem indicadores socioeconômicos e epidemiológicos, fatores condicionantes de vulnerabilidade (Brasil, p.44, 2025; (Gomes *et al.*, 2021).

Os territórios correspondem ao meio situacional em que o usuário se encontra, sendo este compreendido pela vulnerabilidade do local, a qual leva em consideração os aspectos físicos, socioeconômicos, culturais, políticos, sociodemográficos, sociais e psicológicos (Sandim *et al.*, 2020).

No Quadro 01 é possível identificar as ESF com seus respectivos indicadores, as médias de vulnerabilidade calculadas de acordo com a população adscrita de cada território, o número atual de equipes e a quantidade necessária de equipes com base no número de habitantes.

Os intervalos encontrados — até 7,82, de 7,83 a 11,44, e acima de 11,45 — representam a classificação territorial como baixa, média e alta vulnerabilidade, respectivamente. Para a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a população adscrita por equipe pode variar entre 2.000 a 3.500 habitantes (Brasil, 2017). Para fins deste dimensionamento e, conforme recomendação de Nascimento *et al* (2020), adotaram-se três classificações populacionais: 2.500 habitantes para vulnerabilidade alta; 3.000 habitantes para vulnerabilidade média; e 3.500 habitantes para vulnerabilidade baixa.

Na extração dos dados, as informações referentes aos beneficiários do Programa Bolsa Família da USF Campo Dourado não foram identificadas, sendo necessário inserir o número zero para o cálculo, impactando na classificação de vulnerabilidade do território, e que iremos abordar mais adiante.

Quadro 01. Classificação de vulnerabilidade dos territórios do município de Dourados, Mato Grosso do Sul.

| UBS               | PA   | PBF   | HAS   | DM   | MÉDIA |   | Classificação | Nº eqE | Nº eqA |
|-------------------|------|-------|-------|------|-------|---|---------------|--------|--------|
| Altos do Indaia   | 7645 | 0,30  | 14,17 | 4,96 | 6,47  | 1 | Baixa         | 2,18   | 2      |
| Bem Te Vi         | 6740 | 6,45  | 16,07 | 6,48 | 9,67  | 2 | Média         | 2,25   | 2      |
| Cabeceira Alegre  | 9842 | 6,24  | 16,69 | 6,00 | 9,65  | 2 | Média         | 3,28   | 3      |
| Cachoeirinha      | 7211 | 11,82 | 19,57 | 7,93 | 13,10 | 3 | Alta          | 2,88   | 2      |
| Campo Dourado     | 4694 | 0,00  | 15,49 | 6,07 | 7,19  | 1 | Baixa         | 1,34   | 1      |
| Carisma           | 4497 | 10,92 | 14,97 | 6,58 | 10,82 | 2 | Média         | 1,50   | 1      |
| Chácara dos Caios | 4503 | 7,88  | 17,59 | 6,51 | 10,66 | 2 | Média         | 1,50   | 1      |
| CSU               | 7584 | 5,26  | 20,73 | 8,03 | 11,34 | 2 | Média         | 2,53   | 2      |

|   |        |        |        |        |              |      |       |      |   |
|---|--------|--------|--------|--------|--------------|------|-------|------|---|
| Cuiabazinho                               | 5813   | 10,82  | 20,11  | 6,98   | 12,64        | 3    | Alta  | 2,33 | 2 |
| Guaicurus                                 | 7033   | 12,24  | 11,99  | 4,29   | 9,51         | 2    | Média | 2,34 | 2 |
| Ildefonso Pedroso *                       | 8330   | 15,44  | 11,58  | 4,47   | 10,50        | 2    | Média | 2,78 | 3 |
| Indapolis                                 | 3132   | 5,91   | 28,38  | 10,57  | 14,95        | 3    | Alta  | 1,25 | 1 |
| Itahum                                    | 2619   | 8,86   | 21,38  | 7,87   | 12,70        | 3    | Alta  | 1,05 | 1 |
| IV Plano                                  | 6378   | 0,08   | 21,04  | 8,91   | 10,01        | 2    | Média | 2,13 | 2 |
| Izidro Pedroso                            | 10332  | 4,68   | 18,61  | 7,11   | 10,14        | 2    | Média | 3,44 | 3 |
| Jardim Piratininga                        | 3865   | 10,22  | 15,86  | 5,49   | 10,52        | 2    | Média | 1,29 | 1 |
| Jóquei Clube *                            | 12237  | 0,76   | 15,16  | 5,92   | 7,28         | 1    | Baixa | 3,50 | 3 |
| Maracanã *                                | 13561  | 8,11   | 16,82  | 6,44   | 10,46        | 2    | Média | 4,52 | 3 |
| Novo Horizonte                            | 8058   | 11,79  | 17,90  | 6,81   | 12,17        | 3    | Alta  | 3,22 | 2 |
| Ouro Verde                                | 8155   | 7,55   | 17,14  | 6,87   | 10,52        | 2    | Média | 2,72 | 2 |
| Panambi e São Pedro                       | 2001   | 9,65   | 26,84  | 9,60   | 15,36        | 3    | Alta  | 0,80 | 1 |
| Parque das Nações I                       | 6380   | 0,25   | 19,18  | 8,15   | 9,20         | 2    | Média | 2,13 | 2 |
| Parque das Nações II                      | 6284   | 10,63  | 20,32  | 7,42   | 12,79        | 3    | Alta  | 2,51 | 2 |
| Parque do Lago II *                       | 13016  | 9,98   | 10,76  | 4,24   | 8,33         | 2    | Média | 4,34 | 3 |
| Santo André                               | 8556   | 0,20   | 21,98  | 8,43   | 10,20        | 2    | Média | 2,85 | 2 |
| Seleta Bianor                             | 15850  | 2,55   | 9,17   | 3,45   | 5,06         | 1    | Baixa | 4,53 | 2 |
| Vila Formosa                              | 2302   | 9,77   | 29,93  | 11,73  | 17,14        | 3    | Alta  | 0,92 | 1 |
| Vila Hilda                                | 7239   | 8,11   | 21,67  | 7,61   | 12,46        | 3    | Alta  | 2,90 | 2 |
| Vila Índio                                | 4731   | 5,14   | 19,45  | 7,08   | 10,55        | 2    | Média | 1,58 | 1 |
| Vila Vargas                               | 2724   | 11,12  | 23,72  | 9,65   | 14,83        | 3    | Alta  | 1,09 | 1 |
| Vila Vieira                               | 4142   | 5,58   | 17,04  | 6,18   | 9,60         | 2    | Média | 1,38 | 1 |
| Total                                     | 215454 | 218,31 | 571,31 | 217,83 | 335,81       | —    | —     | —    | — |
| Média                                     | —      | 7,04   | 18,43  | 7,03   | 10,83        | —    | —     | —    | — |
| Intervalo                                 | —      | 2,35   | 6,14   | 2,34   | 3,61         | —    | —     | —    | — |
| Intervalo (BAIXA) (1)<br>Até 7,82         | —      | 2,35   | 15,31  | 5,79   | <b>7,82</b>  | 3500 | —     | —    | — |
| Intervalo (MÉDIA) (2)<br>De 7,83 a 11,44  | —      | 4,69   | 21,46  | 8,14   | <b>7,83</b>  | 3000 | —     | —    | — |
| Intervalo (ALTA) (3)<br>A partir de 11,45 | —      | 4,70   | 21,47  | 8,15   | <b>11,45</b> | 2500 | —     | —    | — |

Fonte: própria. Legenda: PA: População adscrita; PBF: Porcentagem de beneficiários do bolsa família. HAS: Porcentagem do número de Hipertensos; DM: Porcentagem do número de diabéticos; Média: Média geral dos indicadores de cada ESF; Classificação: Grau de vulnerabilidade; N° eqE: Número de equipes estimado; N° eqA: Número de equipes atualmente.

De acordo com a análise, os territórios com maiores índices de doenças crônicas e maiores proporções de beneficiários do Programa Bolsa Família tendem a ser classificados como média e alta vulnerabilidade.

Na vulnerabilidade alta, foram identificadas as ESF Cachoeirinha, Cuiabazinho, Indápolis, Itahum, Novo Horizonte, Panambi e São Pedro, Parque das Nações II, Vila Formosa, Vila Hilda e Vila Vargas, destacando-os pelos elevados níveis de hipertensos nos territórios seguidos pela vulnerabilidade socioeconômica e diabéticos. Dito isso, as USF Cachoeirinha, Novo Horizonte, Parque das Nações II e Vila Hilda apresentam necessidade de ampliação de

equipes com parâmetros menores da população, visando aproximadamente 2500 pessoas por equipe.

Das dez unidades que foram classificadas como de alta vulnerabilidade, oito apresentam população adscrita acima do recomendado por equipe. Destacando-se a Novo Horizonte com um excedente de 61,16%, e Vila Hilda, com 44,78%, ambas acima de 40% de superávit populacional por equipe. Em contrapartida, Panambi, São Pedro (ambas com déficit de 20%) e Vila Formosa (déficit de 7,92%) operam com população adscrita menor que o parâmetro definido.

Vale ressaltar que, Indápolis, Panambi e São Pedro, Vila Formosa, Vila Hilda, Vila Vargas, Itahum são consideradas distritos do município de Dourados (MS), identificadas como regiões urbano-rurais. O acesso é predominantemente por rodovias e encontram-se mais distantes da região central do município, podendo chegar a até 70 quilômetros (Dourados, 2014).

Os territórios classificados em vulnerabilidade média — Bem Te Vi, Cabeceira Alegre, Carisma, Chácara dos Caioás, CSU, Guaicurus, Ildefonso Pedroso, IV Plano, Izidro Pedroso, Jardim Piratininga, Maracanã, Ouro Verde, Parque das Nações I, Parque do Lago II, Santo André, Vila Índio e Vila Vieira — apresentam, de modo geral, maior prevalência de doenças crônicas seguida de vulnerabilidade socioeconômica, porém com valores intermediários. Nesses territórios, observa-se relativa estabilidade na composição de equipes, com exceção das unidades Maracanã, Parque do Lago II e Santo André, que demandam ampliação de equipes para atender adequadamente o perfil populacional.

Na vulnerabilidade baixa, foram classificadas as unidades Altos do Indaiá, Campo Dourado, Jóquei Clube e Seleta que obtiveram baixos índices referentes às condições crônicas e vulnerabilidade socioeconômica, das quais Campo Dourado, Jóquei Clube e Seleta Bianor apresentaram superávit populacional expressivos por equipe sendo +34,11%, +16,54%, e

+126,43%, respectivamente. Esse cenário sugere um fator de risco para a ruptura da longitudinalidade do cuidado, uma vez que populações adscritas elevadas tendem a superar a capacidade assistencial disponível, reduzindo o tempo clínico por usuário e pressionando a organização do processo de trabalho (Penha; Chinelli; Fonseca, 2022). Além disso, a necessidade de ampliar o número de equipes torna-se evidente, já que a sobrecarga populacional potencializa a sobrecarga profissional e fragiliza a continuidade do cuidado (Trindade; Pires, 2013).

### *Divergências na Classificação de Vulnerabilidade*

O Quadro 02 apresenta a comparação entre as classificações de vulnerabilidade atribuídas às Unidades de Saúde da Família (USF) de Dourados/MS nas duas vigências de 2024. A leitura desses dados apresenta variações entre a classificação derivada da primeira vigência e aquela obtida na segunda vigência.

Quadro 02. Comparação das classificações de vulnerabilidade territorial entre a primeira e a segunda vigência de 2024.

| USF                 | PA    | PBF   | HAS   | DM   | MÉDIA | CLAS (1) | CLAS (2) |
|---------------------|-------|-------|-------|------|-------|----------|----------|
| Altos do Indaiá     | 7645  | 6,87  | 19,46 | 6,88 | 11,07 | Média    | Baixa    |
| Campo Dourado       | 4694  | 0     | 16,45 | 6,31 | 7,59  | Baixa    | Baixa    |
| Guaicurus           | 7033  | 15,31 | 12,26 | 4,24 | 10,60 | Média    | Média    |
| IV Plano            | 6378  | 5,24  | 22,67 | 9,45 | 12,45 | Alta     | Média    |
| Jóquei Clube        | 12237 | 12,79 | 10,1  | 4,2  | 9,03  | Média    | Baixa    |
| Ouro Verde          | 8155  | 7,17  | 19,91 | 7,86 | 11,65 | Alta     | Média    |
| Parque das Nações I | 6380  | 9,76  | 20,02 | 8,29 | 12,69 | Alta     | Média    |
| Santo André         | 8556  | 5,69  | 0     | 0    | 1,90  | Baixa    | Média    |

Fonte: própria. Legenda: PA: População Adscrita; PBF: Porcentagem de beneficiários do Bolsa Família; HAS: Porcentagem de pessoas hipertensas; DM: Porcentagem de pessoas com diabetes mellitus; Média: Média geral dos indicadores de vulnerabilidade; CLAS (1): Classificação de vulnerabilidade utilizando dados da primeira vigência de 2024; CLAS (2): Classificação de vulnerabilidade utilizando dados da segunda vigência de 2024.

Os resultados observados na reclassificação dos territórios, especialmente quando se utilizou a primeira vigência de 2024, sugerem que variações nos sistemas de informação podem

influenciar diretamente a categorização de vulnerabilidade e, de maneira consequente, o dimensionamento da força de trabalho. A presença de *valores zerados* para condições crônicas em algumas unidades — um comportamento incomum do ponto de vista epidemiológico — alterou os intervalos utilizados para classificar os territórios em baixa, média ou alta vulnerabilidade. Isso implica que a vulnerabilidade final atribuída à unidade não depende apenas dos valores individuais de cada indicador, mas também do conjunto de dados que compõe a média municipal.

Nesse sentido, existe a possibilidade de que territórios com maior complexidade demográfica e social, como a ESF Jóquei Clube, tenham sido reclassificados não por apresentarem, de fato, um perfil menos ou mais vulnerável, mas porque a mudança da base utilizada modificou os intervalos classificatórios. Tal fenômeno é discutido na literatura que analisa a sensibilidade dos indicadores às falhas de registro e à completude das bases de informação (AbouZahr; Boerma, 2005; Tomasi et al., 2021). Pequenas variações numéricas — especialmente quando associadas a registros ausentes — podem gerar deslocamentos na média e no desvio, produzindo classificações que não refletem integralmente a realidade territorial.

Esses achados sugerem a importância de considerar que o dimensionamento da força de trabalho depende, em grande medida, da robustez dos sistemas de informação. Quando a base de dados apresenta lacunas, os parâmetros de adscrição, bem como o cálculo do número de equipes necessárias, podem ser influenciados por essas flutuações. A literatura internacional reforça que a qualidade da informação é componente essencial da governança e do planejamento da força de trabalho em saúde (Szabo *et al.*, 2020; World Health Organization, 2016). Assim, aprimorar o registro das condições crônicas, fortalecer a integração com a vigilância epidemiológica e garantir maior uniformidade na coleta podem contribuir para intervalos classificatórios mais estáveis e representativos.

### ***Dimensionamento e produtividade da categoria médica***

A PNAB (Brasil, 2017) estabelece a distribuição da carga horária dos profissionais médicos em: 60% para atendimentos individuais e 40% para atividades coletivas, atendimentos domiciliares, procedimentos administrativos, ações de vigilância, entre outras.

Além disso, a jornada de trabalho assim como as horas produzidas e efetivas das demais unidades foram identificadas diferentes composições de carga horária semanal — 5h, 20h, 40h e 60h — conforme o vínculo contratual dos profissionais e a organização das equipes, vale ressaltar que média de atendimento por hora previstas de acordo com o Nascimento *et al* (2020) variam de 3 a 4 consultas, no qual nesta pesquisa, foi estabelecido em 3 consultas por hora.

Quadro 03. Dimensionamento da força de trabalho da categoria médica das ESF de Dourados, MS.

| Médicos              |       |           |          |          |          |          |          |             |         |       |
|----------------------|-------|-----------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------|---------|-------|
| USF                  | PA    | JST (sem) | HE (sem) | HN (sem) | CP (sem) | CE (ano) | CR (ano) | Nº PA (40h) | Nº PNEC | Clas. |
| Altos do Indaia      | 7645  | 80        | 48       | 87,37    | 144      | 6858,72  | 11074    | 2           | 2,18    | Baixa |
| Bem Te Vi            | 6740  | 80        | 48       | 89,87    | 144      | 6858,72  | 9596     | 2           | 2,25    | Média |
| Cabeceira Alegre     | 9842  | 120       | 72       | 131,23   | 216      | 10288,08 | 12530    | 3           | 3,28    | Média |
| Cachoeirinha         | 7211  | 80        | 48       | 115,38   | 144      | 6858,72  | 10697    | 2           | 2,88    | Alta  |
| Campo Dourado        | 4694  | 40        | 24       | 53,65    | 72       | 3429,36  | 3142     | 1           | 1,34    | Baixa |
| Carisma              | 4497  | 40        | 24       | 59,96    | 72       | 3429,36  | 5478     | 2           | 1,50    | Média |
| Chácara dos Caios    | 4503  | 40        | 24       | 60,04    | 72       | 3429,36  | 5013     | 1           | 1,50    | Média |
| CSU                  | 7584  | 80        | 48       | 101,12   | 144      | 6858,72  | 8553     | 2           | 2,53    | Média |
| Cuiabazinho          | 5813  | 80        | 48       | 93,01    | 144      | 6858,72  | 9820     | 2           | 2,33    | Alta  |
| Guaicurus            | 7033  | 80        | 48       | 93,77    | 144      | 6858,72  | 7888     | 2           | 2,34    | Média |
| Ildefonso Pedroso *  | 8330  | 120       | 72       | 111,07   | 216      | 10288,08 | 11814    | 3           | 2,78    | Média |
| Indapolis            | 3132  | 40        | 24       | 50,11    | 72       | 3429,36  | 5842     | 1           | 1,25    | Alta  |
| Itahum               | 2619  | 40        | 24       | 41,90    | 72       | 3429,36  | 4203     | 1           | 1,05    | Alta  |
| IV Plano             | 6378  | 80        | 48       | 85,04    | 144      | 6858,72  | 7399     | 2           | 2,13    | Média |
| Izidro Pedroso       | 10332 | 120       | 72       | 137,76   | 216      | 10288,08 | 18626    | 3           | 3,44    | Média |
| Jardim Piratininga   | 3865  | 40        | 24       | 51,53    | 72       | 3429,36  | 4438     | 1           | 1,29    | Média |
| Joquei Clube*        | 12237 | 120       | 72       | 139,85   | 216      | 10288,08 | 15609    | 3           | 3,50    | Baixa |
| Maracanã *           | 13561 | 120       | 72       | 180,81   | 216      | 10288,08 | 18476    | 3           | 4,52    | Média |
| Novo Horizonte       | 8058  | 80        | 48       | 128,93   | 144      | 6858,72  | 9378     | 2           | 3,22    | Alta  |
| Ouro Verde           | 8155  | 80        | 48       | 108,73   | 144      | 6858,72  | 8612     | 2           | 2,72    | Média |
| Panambi e São Pedro  | 2001  | 40        | 24       | 32,02    | 72       | 3429,36  | 4332     | 1           | 0,80    | Alta  |
| Parque das Nações I  | 6380  | 120       | 72       | 85,07    | 216      | 10288,08 | 8058     | 3           | 2,13    | Média |
| Parque das Nações II | 6284  | 80        | 48       | 100,54   | 144      | 6858,72  | 7180     | 2           | 2,51    | Alta  |
| Parque do Lago II *  | 13016 | 120       | 72       | 173,55   | 216      | 10288,08 | 18235    | 3           | 4,34    | Média |
| Santo André          | 8556  | 80        | 48       | 114,08   | 144      | 6858,72  | 9013     | 2           | 2,85    | Média |
| Seleta Bianor        | 15850 | 120       | 72       | 181,14   | 216      | 10288,08 | 8759     | 3           | 4,53    | Baixa |
| Vila Formosa         | 2302  | 40        | 24       | 36,83    | 72       | 3429,36  | 4987     | 1           | 0,92    | Alta  |
| Vila Hilda           | 7239  | 80        | 48       | 115,82   | 144      | 6858,72  | 9478     | 2           | 2,90    | Alta  |
| Vila Índio           | 4731  | 80        | 48       | 63,08    | 144      | 6858,72  | 4613     | 2           | 1,58    | Média |
| Vila Vargas          | 2724  | 40        | 24       | 43,58    | 72       | 3429,36  | 4840     | 1           | 1,09    | Alta  |

|             |      |    |    |       |    |         |      |   |      |       |
|-------------|------|----|----|-------|----|---------|------|---|------|-------|
| Vila Vieira | 4142 | 40 | 24 | 55,23 | 72 | 3429,36 | 5483 | 1 | 1,38 | Média |
|-------------|------|----|----|-------|----|---------|------|---|------|-------|

Fonte: própria. Legenda: JST: Jornada semanal total dos médicos; HE: Horas efetivas semanais; HN (Sem): Número de horas necessárias semanais; CP: Número de consultas esperadas semanais; CE (ano): Número de consultas esperadas ao ano; CR (ano): Número de consultas realizadas ao ano; N° PA (40h) Número atual de profissionais com carga horária de 40h/semanais; N° PNEC (40h): Número necessários de profissionais com carga horária de 40h; Clas.: Classificação da vulnerabilidade do território.

O levantamento da força de trabalho médica nas ESF demonstra significativa variação entre jornadas semanais, capacidade produtiva e necessidade estimada de profissionais. As jornadas totais semanais (JST) variam entre 40, 80 e 120 horas semanais por unidade, o que se reflete nas horas efetivas (HE) e no número de consultas possíveis (CP) e esperadas ao ano (CE).

Nas unidades com jornadas de 80 horas semanais, observa-se um desempenho acima do esperado. ESF como Altos do Indaiá, Bem Te Vi, Cachoeirinha, CSU, Cuiabazinho, Guaicurus, IV Plano, Novo Horizonte, Ouro Verde, Santo André e Vila Hilda registram superávits entre 107% e 161%, demonstrando elevada pressão sobre a oferta assistencial.

As unidades com 120 horas semanais exibem desempenho semelhante. Cabeceira Alegre, Ildefonso Pedroso, Izidro Pedroso, Jóquei Clube, Maracanã e Parque do Lago II superam amplamente o esperado, atingindo percentuais entre 114% e 181%.

Parque das Nações I (78%) e Seleta Bianor (85%) também apresentam produtividade inferior ao esperado. Situação semelhante ocorre na Vila Índio, que opera com 67% do estimado. Nesses casos, além do número de profissionais estar abaixo do recomendado para a população adscrita, há possibilidade de que outros elementos do processo de trabalho influenciem o volume realizado, como a organização da agenda, o fluxo assistencial, limitações na execução de atividades extramuros, afastamentos por licença ou férias e a própria composição insuficiente das equipes.

Já entre as unidades que operam com jornada de 40 horas semanais, observa-se maior variabilidade na produtividade. Carisma, Chácara dos Caioás, Indápolis, Itahum, Panambi e São Pedro, Vila Formosa, Vila Vieira e Vila Vargas apresentam superávits que variam entre

122% e 170%. Esses resultados sugerem que, mesmo em unidades com carga horária reduzida, a produtividade pode ser elevada quando há maior demanda assistencial ou quando o fluxo de atendimentos é intensificado. Por outro lado, o Campo Dourado, com 92% do estimado, aparece como uma das poucas unidades em déficit dentro desse grupo, indicando que o volume realizado ficou abaixo do projetado para essa carga horária.

Nota-se que várias unidades operam com menor número de profissionais que o necessário, mas ainda assim apresentam superávit. Isso ocorre em territórios como Novo Horizonte, Cachoeirinha, Izidro Pedroso, Parque do Lago II, Maracanã e Indápolis, onde o percentual de produtividade supera 130%, mesmo com o número de profissionais necessários sendo superior ao número de médicos disponíveis. Tal cenário sugere que a força de trabalho existente absorve demanda acima do previsto, indicando possível sobrecarga.

Segundo Nascimento *et al* (2020) é fundamental uma gestão eficiente da força de trabalho no âmbito da saúde, pois, na maioria dos casos, a inadequada distribuição de profissionais resulta em sobrecarga, comprometendo a capacidade dos trabalhadores de alcançar as metas estabelecidas.

Por sua vez, as unidades Parque das Nações I, Seleta Bianor e Vila Índio apresentaram carga horária semanal inferior ao esperado, o que se refletiu em menor número de atendimentos realizados. Esse comportamento pode estar associado a diferentes fatores operacionais, como limitações na organização interna das agendas, participação em atividades extramuros, afastamentos por licença ou férias, além da composição insuficiente das equipes diante do volume populacional adscrito. Esses elementos, quando combinados, podem influenciar diretamente a capacidade assistencial das unidades.

De modo geral, observou-se que as horas efetivas semanais realizadas pelos médicos foram inferiores às horas estimadas como necessárias para atender à demanda de consultas projetada para cada território. Essa diferença sugere a importância de reavaliar tanto o número

de profissionais alocados por equipe quanto a distribuição da carga horária e a adequação entre cobertura populacional e força de trabalho disponível, conforme discutem Carvalho e Nascimento (2021).

Tais achados dialogam com literatura que aponta que a gestão do trabalho no Sistema Único de Saúde desempenha papel central na organização da Atenção Primária, especialmente em cenários de sobrecarga e ausência de parâmetros locais de produtividade. Estudos recentes têm sugerido que o dimensionamento da força de trabalho pode ser um instrumento estratégico para promover maior equidade, eficiência e alinhamento entre oferta e necessidade assistencial (Nascimento; Carvalho, 2022).

### ***Dimensionamento e produtividade da categoria enfermagem***

Assim como na categoria médica, a PNAB (Brasil, 2017) orienta que a carga horária dos enfermeiros seja distribuída entre atividades assistenciais (60%), educativas e administrativas, compondo um processo de trabalho multifacetado — característica amplamente discutida na literatura sobre a complexidade do trabalho da enfermagem na APS (Pires, 2000; Peduzzi *et al.*, 2020). Esses profissionais apresentam jornadas variadas (5h, 20h, 40h ou 60h semanais) e realizam, em média, dois atendimentos por hora, parâmetro utilizado neste estudo.

Quadro 04. Dimensionamento da força de trabalho da categoria enfermagem das ESF de Dourados, MS.

| Enfermeiros       |      |           |          |          |          |          |          |             |               |               |
|-------------------|------|-----------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------|---------------|---------------|
| USF               | PA   | JST (sem) | HE (sem) | HN (sem) | CP (sem) | CE (ano) | CR (ano) | Nº PA (40h) | Nº PNEC (40h) | Classificação |
| Altos do Indaia   | 7645 | 80        | 48       | 80       | 96       | 4572,48  | 4034     | 2           | 2,18          | Baixa         |
| Bem Te Vi         | 6740 | 80        | 48       | 80       | 96       | 4572,48  | 4005     | 2           | 2,25          | Média         |
| Cabeceira Alegre  | 9842 | 120       | 72       | 120      | 144      | 6858,72  | 3257     | 3           | 3,28          | Média         |
| Cachoeirinha      | 7211 | 80        | 48       | 80       | 96       | 4572,48  | 6851     | 2           | 2,88          | Alta          |
| Campo Dourado     | 4694 | 40        | 24       | 40       | 48       | 2286,24  | 4647     | 1           | 1,34          | Baixa         |
| Carisma           | 4497 | 40        | 24       | 40       | 48       | 2286,24  | 3137     | 1           | 1,50          | Média         |
| Chácara dos Caios | 4503 | 40        | 24       | 40       | 48       | 2286,24  | 2571     | 1           | 1,50          | Média         |
| CSU               | 7584 | 80        | 48       | 80       | 96       | 4572,48  | 3993     | 2           | 2,53          | Média         |
| Cuiabazinho       | 5813 | 80        | 48       | 80       | 96       | 4572,48  | 2667     | 2           | 2,33          | Alta          |

|                      |       |     |    |     |     |         |       |   |      |       |
|----------------------|-------|-----|----|-----|-----|---------|-------|---|------|-------|
| Guaicurus            | 7033  | 80  | 48 | 80  | 96  | 4572,48 | 3943  | 2 | 2,34 | Média |
| Ildefonso Pedroso *  | 8330  | 120 | 72 | 120 | 144 | 6858,72 | 10749 | 3 | 2,78 | Média |
| Indapolis            | 3132  | 40  | 24 | 40  | 48  | 2286,24 | 2192  | 1 | 1,25 | Alta  |
| Itahum               | 2619  | 40  | 24 | 40  | 48  | 2286,24 | 2181  | 1 | 1,05 | Alta  |
| IV Plano             | 6378  | 80  | 48 | 80  | 96  | 4572,48 | 4782  | 2 | 2,13 | Média |
| Izidro Pedroso       | 10332 | 120 | 72 | 120 | 144 | 6858,72 | 6407  | 3 | 3,44 | Média |
| Jardim Piratininga   | 3865  | 40  | 24 | 40  | 48  | 2286,24 | 1267  | 1 | 1,29 | Média |
| Jóquei Clube*        | 12237 | 120 | 72 | 120 | 144 | 6858,72 | 12065 | 3 | 3,50 | Baixa |
| Maracanã*            | 13561 | 80  | 48 | 120 | 96  | 4572,48 | 10202 | 2 | 4,52 | Média |
| Novo Horizonte       | 8058  | 80  | 48 | 80  | 96  | 4572,48 | 3661  | 2 | 3,22 | Alta  |
| Ouro Verde           | 8155  | 80  | 48 | 80  | 96  | 4572,48 | 2762  | 2 | 2,72 | Média |
| Panambi e São Pedro  | 2001  | 40  | 24 | 40  | 48  | 2286,24 | 2263  | 1 | 0,80 | Alta  |
| Parque das Nações I  | 6380  | 80  | 48 | 120 | 96  | 4572,48 | 4019  | 2 | 2,13 | Média |
| Parque das Nações II | 6284  | 80  | 48 | 80  | 96  | 4572,48 | 4167  | 2 | 2,51 | Alta  |
| Parque do Lago II*   | 13016 | 120 | 72 | 120 | 144 | 6858,72 | 10224 | 3 | 4,34 | Média |
| Santo André          | 8556  | 160 | 96 | 80  | 192 | 9144,96 | 4789  | 4 | 2,85 | Média |
| Seleta               | 15850 | 120 | 72 | 120 | 144 | 6858,72 | 3564  | 3 | 4,53 | Baixa |
| Vila Formosa         | 2302  | 40  | 24 | 40  | 48  | 2286,24 | 1043  | 1 | 0,92 | Alta  |
| Vila Hilda           | 7239  | 80  | 48 | 80  | 96  | 4572,48 | 4002  | 4 | 2,90 | Alta  |
| Vila Índio           | 4731  | 40  | 24 | 80  | 48  | 2286,24 | 1443  | 1 | 1,58 | Média |
| Vila Vargas          | 2724  | 40  | 24 | 40  | 48  | 2286,24 | 1077  | 1 | 1,09 | Alta  |
| Vila Vieira          | 4142  | 40  | 24 | 40  | 48  | 2286,24 | 2112  | 1 | 1,38 | Média |

Fonte: própria. Legenda: JST: Jornada semanal total dos enfermeiros; HE: Horas efetivas semanais; HN (Sem): Número de horas necessárias semanais; CP: Número de consultas esperadas semanais; CE (ano): Número de consultas esperadas ao ano; CR (ano): Número de consultas realizadas ao ano; N° PA (40h) Número atual de profissionais com carga horária de 40h/semanais; N° PNEC (40h): Número necessários de profissionais com carga horária de 40h; Classificação: Classificação da vulnerabilidade do território.

O Quadro 04 evidencia que, nas unidades com jornadas ampliadas (120 a 160 horas semanais), os resultados são heterogêneos. A USF Ildefonso Pedroso apresenta 157% da produtividade esperada; o Jóquei Clube, 176%; o Maracanã, 223%; e o Parque do Lago II, 149%. Esses percentuais podem sugerir maior intensidade de produção, possivelmente associada à dinâmica assistencial dessas unidades e ao apoio de profissionais vinculados ao LABINOVAAPS. A literatura indica que, em contextos de maior pressão assistencial, a enfermagem tende a reorganizar seu trabalho ampliando o foco em consultas individuais, o que eleva a produtividade, mas pode reduzir o tempo destinado à vigilância, à educação em saúde e às ações territoriais (Mendes *et al.*, 2023; Cruz *et al.*, 2021).

Por outro lado, unidades como Cabeceira Alegre (47%) e Seleta Bianor (52%) operam abaixo do esperado, mesmo com carga horária semanal idêntica. No caso da Seleta, a estimativa aponta a necessidade de quatro profissionais equivalentes a 40h, mas apenas três profissionais encontram-se alocados — fator que pode sugerir insuficiência da força de trabalho para atender

à totalidade da demanda. Estudos mostram que lacunas de pessoal podem impactar diretamente o volume assistencial, especialmente em contextos em que há sobrecarga e complexidade territorial (Dall’Ora *et al.*, 2022; Oro; Matos, 2011).

Entre as unidades com jornadas de 40 horas semanais, observa-se variabilidade semelhante. Campo Dourado apresenta 203% da meta projetada; Panambi/São Pedro, 99%; enquanto outras, como Vila Formosa (46%), Vila Vargas (47%) e Jardim Piratininga (55%), operam com produtividade abaixo do esperado. Esses achados sugerem que a produtividade não depende exclusivamente da quantidade total de horas disponíveis, mas também da forma como essas horas são organizadas, distribuídas e apoiadas pela equipe multiprofissional. A literatura reforça que fatores como carga cognitiva, organização da agenda, demandas espontâneas, condições de trabalho e interrupções frequentes podem influenciar significativamente o desempenho da enfermagem (Peduzzi *et al.*, 2020; Dantas *et al.*, 2021).

Algumas unidades exibem número de profissionais abaixo do recomendado, mas, ainda assim, apresentam superávits expressivos — como Cachoeirinha (150%), Campo Dourado (203%), Maracanã (223%) e Parque do Lago II (149%). Embora esses índices possam sugerir capacidade ampliada de resposta, estudos apontam que produtividade muito acima da meta tende a estar associada à intensificação do trabalho, menor tempo por atendimento e maior desgaste físico e emocional (Lautert, 1995; Santos *et al.*, 2022). Além disso, é possível que atividades como visitas domiciliares, ações educativas e registros administrativos sejam reduzidas nesses contextos, comprometendo dimensões essenciais da APS, como longitudinalidade e integralidade do cuidado (Starfield, 2002).

Por outro lado, a baixa produtividade observada em unidades como Bem Te Vi (88%), Altos do Indaia (88%), Cabeceira Alegre (47%), Cuiabazinho (58%), Jardim Piratininga (55%), Parque das Nações I (88%), Vila Índio (63%), Vila Vieira (92%) e Vila Formosa (46%) pode estar relacionada a diferentes variáveis. Entre elas, destacam-se afastamentos por licença

médica, férias, atendimentos de maior complexidade e fluxos assistenciais com maior tempo médio por consulta — elementos frequentemente mencionados na literatura como moduladores da produtividade e da carga de trabalho (Peduzzi *et al.*, 2020; Mendes *et al.*, 2020)

Diante desses achados, reforça-se a importância do planejamento e da gestão do trabalho na APS, especialmente no que diz respeito à adequação do número de profissionais, à organização racional das agendas e ao alinhamento entre carga assistencial e perfil populacional. Estudos nacionais e internacionais apontam que o dimensionamento adequado da força de trabalho contribui para maior eficiência, equidade e qualidade da atenção (Possa, 2021; World Health Organization, 2016; Szabo *et al.*, 2020).

### ***Dimensionamento de medicina e enfermagem à luz dos diferentes vínculos e jornadas de trabalho***

A análise integrada do dimensionamento da força de trabalho médica (Quadro 03) e de enfermagem (Quadro 04), quando observada em conjunto com a composição real das jornadas — 5h, 20h, 30h, 40h e 60h semanais — no Quadro 5, revela importantes nuances na interpretação dos déficits e superávits estimados. Embora o método considere apenas profissionais com 40h semanais para fins de cálculo, as jornadas parciais influenciam diretamente a organização do processo de trabalho e ajudam a explicar por que unidades com perfil semelhante apresentam desempenhos tão distintos.

Nas duas categorias, há unidades em que o número de profissionais de 40h é inferior ao necessário, mas a produção realizada supera amplamente o esperado. Esse padrão aparece de forma marcante em unidades como Maracanã, Parque do Lago II, Cachoeirinha, Izidro Pedroso, Novo Horizonte e Seleta, onde a combinação de vínculos de 20h, 30h e 60h amplia a jornada semanal total e parece favorecer maior volume de atendimentos clínicos. Estudos sobre intensificação do trabalho em saúde sugerem que arranjos desse tipo podem momentaneamente

umentar a produtividade, mas tendem a reduzir a continuidade assistencial e a exigirem esforços adicionais das equipes (Peduzzi *et al.*, 2020; Lautert, 1995; Santos *et al.*, 2022). Assim, parte do superávit dessas unidades parece estar mais associada à concentração de atendimentos e ao fluxo intenso de consultas do que à suficiência do quadro de profissionais de 40h.

Por sua vez, outras unidades apresentam produtividade inferior ao esperado, apesar de contarem com jornadas totais formalmente compatíveis com a demanda. Esse comportamento aparece em Cabeceira Alegre, Vila Formosa, Vila Vargas, Jardim Piratininga, Cuiabazinho, Parque das Nações I, Seleta Bianor e Vila Índio. Nesses cenários, a simples soma de horas de diferentes vínculos não necessariamente se traduz em maior capacidade assistencial. A literatura destaca que a distribuição temporal das jornadas, a estabilidade da presença cotidiana e a integração das agendas entre profissionais têm impacto direto sobre o desempenho (Starfield, 2002; Mendes *et al.*, 2020). Vínculos fragmentados podem gerar janelas de atendimento irregulares, dificultar o acompanhamento longitudinal e reduzir a efetividade das ações coletivas e territoriais.

As unidades que funcionam por 12 horas diárias — como Ildefonso Pedroso, Jóquei Clube, Maracanã, Parque do Lago II, Santo André e Seleta — ilustram a dissociação entre jornada oficial e operacional descrita por Nascimento *et al.* (2020). Nessas unidades, embora o número de profissionais de 40h seja inferior ao recomendado, a ampliação da cobertura diária se apoia em vínculos parciais que estendem a presença da equipe, sustentando altos volumes de produção. Por outro lado, unidades que operam com jornadas de 40 horas totais — como Campo Dourado, Carisma, Chácara dos Caioás, Indápolis e Itahum — revelam grande variabilidade de produtividade, sugerindo que o desempenho não depende apenas da carga horária total, mas de como essa carga é distribuída entre profissionais e turnos (Carvalho; Nascimento, 2021).

Essas diferenças também se expressam na natureza das atividades das duas categorias profissionais. Embora médicos e enfermeiros possuam percentual semelhante de distribuição

entre assistência direta e atividades coletivas, seus objetivos no território diferem. Os enfermeiros tendem a concentrar maior parte da sua jornada em ações programáticas, visitas domiciliares, educação em saúde e vigilância, sem desprezar a clínica das queixas agudas. Já os médicos organizam sua permanência predominantemente em torno da atenção clínica, mesmo que a PNAB recomende dedicar 40% do tempo às ações de vigilância e trabalho no território (Brasil, 2017; Nascimento *et al*, 2020). Esses contrastes influenciam a forma como a carga horária real — integral ou parcial — se converte (ou não) em produtividade numérica.

Além disso, nas unidades que sediam programas de residência observa-se a presença de preceptores e residentes com distintas atribuições. Os preceptores, geralmente em 40h, dedicam-se mais intensamente às atividades educativas e de supervisão, enquanto os residentes, com 60h, têm papel assistencial sob orientação direta (Delfino; Vinadé, 2024). Esse arranjo contribui para diferenças de produtividade entre unidades com e sem residência, já que parte significativa da produção numérica é realizada pelos residentes e incorporada ao total anual das unidades.

No conjunto, o dimensionamento da força de trabalho médica e de enfermagem evidencia que o número de profissionais de 40h, embora essencial para o cálculo técnico, não captura integralmente a complexidade da organização das equipes. Os vínculos parciais influenciam a continuidade do cuidado, a cobertura real ao longo do dia, a realização de atividades extramuros e a integração entre ACS, técnicos, enfermeiros e médicos. Como indicam Nascimento *et al.* (2020), Possa (2021) e a interpretação dos déficits e superávits torna-se mais precisa quando se articula o dimensionamento com elementos do processo de trabalho e com as especificidades dos territórios.

Nesse sentido, o cruzamento entre dados quantitativos e características das jornadas sugere caminhos para pactuações futuras: reorganização da distribuição das cargas horárias, ampliação da estabilidade dos vínculos, ajustes na adscrição populacional das equipes e

fortalecimento das ações programáticas que sustentam a longitudinalidade. A análise integrada dos dados aponta não apenas lacunas numéricas, mas também nuances estruturais do trabalho vivo na APS, abrindo espaço para estratégias de gestão mais sensíveis ao modo como os profissionais, suas jornadas e os territórios se encontram no cotidiano das unidades.

Quadro 5. Cargas Horárias e Quantitativo de profissionais das categorias médica e enfermagem de Dourados, MS.

| UBS  | População Adserita | Hrs func. | eSF | eAP | eMulti | CH Enf (5) | CH Enf (20) | CH Enf.(40) | CH Enf.(60) | CH méd (4) | CH méd(20) | CH méd(30) | CH méd(40) | CH méd(60) | Nº Enf (5) | Nº Enf (20) | Nº Enf (40) | Nº Enf (60) | Nº Méd (4) | Nº Méd (20) | Nº Méd (30) | Nº Méd (40) | Nº Méd (60) |
|--|--------------------|-----------|-----|-----|--------|------------|-------------|-------------|-------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-------------|-------------|-------------|------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Altos do Indaia Dra Helena Yoshie Moribe               | 7645               | 8         | 2   | 0   | 0      | 0          | 0           | 80          | 0           | 0          | 0          | 0          | 80         | 0          | 0          | 0           | 2           | 0           | 0          | 0           | 0           | 2           | 0           |
| Bem Te Vi Vereador Americo Monteiro Salgado            | 6740               | 8         | 2   | 0   | 0      | 0          | 0           | 80          | 0           | 0          | 0          | 0          | 80         | 0          | 0          | 0           | 2           | 0           | 0          | 0           | 0           | 2           | 0           |
| Cabeceira Alegre Levy Schautz                          | 9842               | 8         | 3   | 0   | 0      | 0          | 0           | 120         | 0           | 0          | 0          | 0          | 120        | 0          | 0          | 0           | 3           | 0           | 0          | 0           | 0           | 3           | 0           |
| Cachoeirinha   | 7211               | 8         | 2   | 0   | 1      | 0          | 0           | 80          | 0           | 0          | 0          | 0          | 80         | 0          | 0          | 0           | 2           | 0           | 0          | 0           | 0           | 2           | 0           |
| Campo Dourado ACS Marta Siqueira Rodrigues             | 4694               | 8         | 1   | 0   | 0      | 0          | 0           | 40          | 0           | 0          | 0          | 0          | 40         | 0          | 0          | 0           | 1           | 0           | 0          | 0           | 0           | 1           | 0           |
| Carisma Dr Divino Antonio Luiz                         | 4497               | 8         | 1   | 0   | 0      | 0          | 0           | 40          | 0           | 4          | 0          | 0          | 40         | 0          | 0          | 0           | 1           | 0           | 0          | 0           | 0           | 2           | 0           |
| Chácara dos Caioas                                     | 4503               | 8         | 1   | 0   | 0      | 0          | 0           | 40          | 0           | 0          | 0          | 0          | 40         | 0          | 0          | 0           | 1           | 0           | 0          | 0           | 0           | 1           | 0           |
| CSU Dr Leon Tolstoi Rodrigues de Lima                  | 7584               | 8         | 2   | 0   | 1      | 0          | 0           | 80          | 0           | 0          | 0          | 0          | 80         | 0          | 0          | 0           | 2           | 0           | 0          | 0           | 0           | 2           | 0           |
| Cuiabazinho Frei Hugolino Becker                       | 5813               | 8         | 2   | 0   | 0      | 0          | 0           | 80          | 0           | 0          | 0          | 0          | 80         | 0          | 0          | 0           | 2           | 0           | 0          | 0           | 0           | 2           | 0           |
| Guaicurus Erisvaldo Mendonca dos Santos                | 7033               | 8         | 2   | 0   | 0      | 0          | 0           | 80          | 0           | 0          | 0          | 0          | 80         | 0          | 0          | 0           | 2           | 0           | 0          | 0           | 0           | 2           | 0           |
| Ildefonso Pedroso Dr Luiz Carlos Siebert               | 8330               | 12        | 3   | 0   | 0      | 0          | 0           | 120         | 360         | 0          | 0          | 0          | 120        | 0          | 0          | 0           | 3           | 6           | 0          | 0           | 0           | 3           | 0           |
| Indapolis Vereador Frederico Bernardo Fritz Holtermann | 3132               | 8         | 1   | 0   | 0      | 0          | 0           | 40          | 0           | 0          | 0          | 0          | 40         | 0          | 0          | 0           | 1           | 0           | 0          | 0           | 0           | 1           | 0           |
| Itahum Altair Ramires de                               | 2619               | 8         | 1   | 0   | 0      | 0          | 0           | 40          | 0           | 0          | 0          | 0          | 40         | 0          | 0          | 0           | 1           | 0           | 0          | 0           | 0           | 1           | 0           |

|   |       |    |   |   |   |   |    |     |     |   |    |    |     |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|-------|----|---|---|---|---|----|-----|-----|---|----|----|-----|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Souza Dona Nega                               |       |    |   |   |   |   |    |     |     |   |    |    |     |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| IV Plano                                      | 6378  | 8  | 2 | 0 | 0 | 0 | 0  | 80  | 0   | 0 | 0  | 0  | 80  | 0   | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 |
| Izidro Pedroso Dr Moacir Stein Arruda         | 10332 | 8  | 3 | 0 | 1 | 0 | 0  | 120 | 0   | 0 | 0  | 0  | 120 | 0   | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 |
| Jardim Piratininga                            | 3865  | 8  | 1 | 0 | 0 | 0 | 0  | 40  | 0   | 0 | 0  | 0  | 40  | 0   | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| Joquei Clube Antonio da Costa Carvalho        | 12237 | 12 | 3 | 0 | 1 | 0 | 0  | 120 | 360 | 0 | 0  | 0  | 120 | 240 | 0 | 0 | 3 | 6 | 0 | 0 | 0 | 3 | 4 |
| Maracanã Motohide Hiraishi                    | 13561 | 12 | 3 | 0 | 1 | 0 | 20 | 80  | 300 | 0 | 0  | 0  | 120 | 240 | 0 | 1 | 2 | 5 | 0 | 0 | 0 | 3 | 4 |
| Novo Horizonte Dr Joaquim Lourenço filho      | 8058  | 8  | 2 | 0 | 0 | 5 | 0  | 80  | 0   | 0 | 0  | 0  | 80  | 0   | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 |
| Ouro Verde                                    | 8155  | 8  | 2 | 0 | 0 | 0 | 0  | 80  | 0   | 0 | 0  | 0  | 80  | 0   | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 |
| Panambi e São Pedro                           | 2001  | 8  | 1 | 0 | 0 | 0 | 0  | 40  | 0   | 0 | 0  | 0  | 40  | 0   | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| Parque das Nações I Otavia Vitorino Serrante  | 6380  | 8  | 2 | 0 | 0 | 0 | 0  | 80  | 0   | 0 | 0  | 0  | 120 | 0   | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 |
| Parque das NaçõesII - Dr Luiz Antonio Alves   | 6284  | 8  | 2 | 0 | 1 | 0 | 0  | 80  | 0   | 0 | 0  | 0  | 80  | 0   | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 |
| Parque do Lago II Dr Nelson Rodolfo Kozoroski | 13016 | 12 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0  | 120 | 240 | 0 | 0  | 0  | 120 | 240 | 0 | 0 | 3 | 4 | 0 | 0 | 0 | 3 | 4 |
| Santo Andre Marlucia Araujo Lupinetti         | 8556  | 12 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0  | 160 | 0   | 0 | 20 | 30 | 80  | 0   | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 0 |
| Seleta Bianor Alves da Silva                  | 15850 | 12 | 2 | 1 | 1 | 0 | 0  | 120 | 0   | 0 | 0  | 0  | 120 | 0   | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 |
| Vila Formosa Macauba Arino Pereira de Matos   | 2302  | 8  | 1 | 0 | 0 | 0 | 0  | 40  | 0   | 0 | 0  | 0  | 40  | 0   | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| Vila Hilda Dr Archiduke Fernandes             | 7239  | 8  | 2 | 0 | 0 | 0 | 40 | 80  | 0   | 0 | 0  | 0  | 80  | 0   | 0 | 2 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 |
| Vila Indio Enf Jaci Silva Martins             | 4731  | 8  | 1 | 0 | 0 | 0 | 0  | 40  | 0   | 0 | 0  | 0  | 80  | 0   | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 |
| Vila Vargas                                   | 2724  | 8  | 1 | 0 | 1 | 0 | 0  | 40  | 0   | 0 | 0  | 0  | 40  | 0   | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| Vila Vieira                                   | 4142  | 8  | 1 | 0 | 0 | 0 | 0  | 40  | 0   | 0 | 0  | 0  | 40  | 0   | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |

Fonte: própria. Legenda: População Adscrita; Hrs func.: Tempo de funcionamento de cada ESF; eSF: Quantidade de equipes de Estratégia da Saúde da Família; eAP: número de equipes da Atenção Primária; eMulti: número de equipes multiprofissionais; CH Enf (5): Carga horária semanal de enfermeiros de 5h; CH Enf. (20): Carga horária semanal de enfermeiros de 20h; CH Enf (40): Carga horária semanal de enfermeiros de 40h; CH Enf (60): Carga horária semanal de enfermeiros de 60h; CH Méd (4): Carga horária semanal de médicos com 4h; CH Méd (20): Carga horária semanal de médicos com 20h; CH Méd (30): Carga horária semanal de médicos com 30h; CH Méd (40): Carga horária semanal de médicos com 40h; CH Méd (60): Carga horária semanal de médicos com 60h; N°Enf (5): Número total de enfermeiros com carga horária de 5 horas; N° Enf (20): Número total de enfermeiros

com carga horária de 20 horas; N°Enf (40): Número total de enfermeiros com carga horária de 40 horas; N° Enf (60): Número total de enfermeiros com carga horária de 60 horas; N° Méd (4): Número total de médicos com carga horária de 4 horas; N° Méd (20): Número total de médicos com carga horária de 20 horas; N° Méd (30): Número total de médicos com carga horária de 30 horas; N° Méd (40): Número total de médicos com carga horária de 40 horas; N° Méd (60): Número total de médicos com carga horária de 60 horas;

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A análise do dimensionamento e da produtividade das equipes da ESF em Dourados/MS mostra que médicos e enfermeiros atuam em contextos de elevada pressão assistencial, marcada tanto pela insuficiência de profissionais de 40h quanto pela diversidade de vínculos que compõem as jornadas. Essa combinação afeta diretamente a continuidade do cuidado, a estabilidade das agendas e a capacidade das equipes de responder às necessidades dos territórios, sobretudo nos locais de maior vulnerabilidade.

Os resultados indicam que territórios com maior carga sanitária concentram tanto déficits de força de trabalho quanto superávits de produtividade, sugerindo que parte das unidades opera acima de sua capacidade regular. Em outras, observa-se o inverso: jornadas compatíveis com o esperado, mas com produtividade reduzida, possivelmente em função da fragmentação de vínculos e da organização interna das agendas. Esses padrões reforçam que o planejamento da força de trabalho deve considerar não apenas o número de profissionais, mas também como as horas se distribuem e se articulam ao processo de trabalho.

Diante desse cenário, recomenda-se fortalecer a distribuição de profissionais de acordo com a vulnerabilidade, ampliar vínculos integrais, qualificar a organização das jornadas e institucionalizar o dimensionamento como ferramenta contínua de gestão. A valorização da enfermagem, o cuidado com os trabalhadores e a aproximação entre APS, vigilância e iniciativas intersetoriais também se mostram essenciais para equilibrar o volume de atividades e qualificar a oferta assistencial.

Em síntese, os achados apontam que o fortalecimento da APS em Dourados depende de ações estruturantes que aproximem capacidade instalada e necessidades territoriais. Um planejamento sensível às jornadas, às vulnerabilidades e ao cotidiano das equipes contribui para uma atenção mais resolutiva, integrada e capaz de materializar o princípio da equidade no cuidado.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABOUZHR, C.; BOERMA, T. **Health information systems: the foundations of public health. *Bulletin of the World Health Organization***, v. 83, n. 8, p. 578–583, 2005.

BIFF, D. *et al.* **A prática avançada em enfermagem na atenção primária à saúde no Brasil: revisão integrativa. *Escola Anna Nery***, v. 24, n. 4, e20200042, 2020.

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. *Diário Oficial da União*. Ed: 90, p. 44. Brasília, 20 set. 1990. Disponível em <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm)>

BRASIL. Ministério da Saúde. CNES. **Dados de Mantenedoras**. Secretaria de Atenção à Saúde. 2025. Disponível em <[https://cnes2.datasus.gov.br/Listar\\_Mantidas.asp?VCnpj=03155926000144&VEstado=50&VNome=MUNICIPIO%20DE%20DOURADOS](https://cnes2.datasus.gov.br/Listar_Mantidas.asp?VCnpj=03155926000144&VEstado=50&VNome=MUNICIPIO%20DE%20DOURADOS)>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde – conceitos e caminhos a percorrer. Brasília: MS, 2005. Disponível em <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educacao\\_permanente\\_entra\\_na\\_roda.pdf?](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educacao_permanente_entra_na_roda.pdf?)>

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Ministério da Saúde. Brasília-DF, 2017. Disponível em <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)>

BRASIL. Portaria 1.084, de 14 de maio de 2025. Ministério da Saúde. Dispõe-se de estabelecimento de normas e procedimentos para a gestão dos benefícios do Bolsa Família. Diário Oficial da União. Brasília, 2025.

BUSS, P.; PELLEGRINI FILHO, A. **A saúde e seus determinantes sociais.** *Physis*, v. 17, n. 1, p. 77–93, 2007.

CARVALHO, A. I. **Políticas de saúde no Brasil: continuidade e mudanças.** In: LIMA, N. T. *et al.* (org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. p. 101–124.

CARVALHO, D. S.; NASCIMENTO, E. P. L. **DimeRede: desenvolvimento de uma proposta de metodologia para o planejamento e dimensionamento da força de trabalho em saúde.** *Saúde Coletiva*, v. 11, n. 62, p. 5097-5115, 2021. DOI: 10.36489/saudecoletiva.2021v11i62p5097-5115.

CARVALHO, Desirée Dos Santos *et al.* **Planejamento e Dimensionamento da Força de Trabalho em Saúde no Brasil: avanços e desafios.** *Saúde em Debate*. v. 46, n. 135, p. 1215–1237, dez. 2022.

CONILL, E. M. **Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil.** *Cadernos de Saúde Pública*, v. 24, supl. 1, p. S7-S16, 2008.

CRUZ, D. *et al.* **Intensificação do trabalho em saúde e suas repercussões na APS.** *Saúde em Debate*, 2021.

DALL'ORA, Chiara *et al.* Nurse staffing levels and patient outcomes: A systematic review of longitudinal studies. *International Journal of Nursing Studies*, v. 134, p. 104311, out. 2022.

DELFINO, MFNS, VINADÉ, TF. **O Papel do preceptor na gestão de programa de residência para efetivação do ensino.** *Rev. Cient. Esc. Estadual Saúde Pública Goiás “Cândido Santiago”*.2024;10(10a4):1-11.

DOURADOS. Portal Prefeitura de Dourados. Regiões Urbanos Rurais de Dourados, 2014. Disponível em <LC 72\_2003 – Institui o Plano Diretor de Dourados, cria o Sistema de Planejamento Municipal>. Acesso em 26 de novembro de 2025.

DOURADOS. Portal Prefeitura de Dourados. Secretaria Municipal de Administração, 2024. Disponível em <Portal Prefeitura de Dourados: Síntese Histórica>. Acesso em 19 de novembro de 2025.

DOURADOS (MS). Secretaria Municipal de Saúde. Plano Regional da Macrorregião de Saúde – PRMS: 2023/2025. Dourados: Secretaria Municipal de Saúde, 2023.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. **Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora de redes?** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 4, p. 1475–1488, 2020.

GOMES, Crizian Saar et al. **Estimates of hypertension and diabetes mellitus prevalence according to Health Vulnerability Index in Belo Horizonte, MG, Brazil.** *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 24, n. suppl 1, p. e210015, 2021.

IBGE. Cidades e Estados. Rio de Janeiro, 2025. Disponível em <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ms/dourados.html>>. Acesso em 04 de novembro de 2025.

LAUTERT, Liana. **O desgaste profissional do enfermeiro.** 1995. 276 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidad Pontificia de Salamanca, Salamanca, 1995.

MENDES, Mariana *et al.* Cargas de trabalho na Estratégia Saúde da Família: interfaces com o desgaste dos profissionais de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 54, p. e03622, 2020.

MENDES, E. V. *et al.* **Intensificação do trabalho e reorganização da APS no Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, 2023.

NASCIMENTO, E. P. L. *et al.* **Dimensionamento da força de trabalho em saúde: análise e perspectivas.** In: POSSA, L. B. *et al.* (org.). **Dimensionamento da força de trabalho em saúde: gestão em ato e territórios em diálogo.** Porto Alegre: Rede UNIDA, 2020. p. 123–140.

NASCIMENTO, E. P. L. *et al.* **Planejamento e Dimensionamento da Força de Trabalho em Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde/IBICT, 2020.

NASCIMENTO, Elisabet Pereira Lelo; CARVALHO, Desirée Dos Santos. **Dimensionamento da força de trabalho em saúde: produção e disseminação de conhecimentos no Brasil.** Saúde em Redes, v. 8, n. 3, p. 439–464, 29 dez. 2022.

NASCIMENTO, E. P. L.; CARVALHO, D. S. **Dimensionamento da força de trabalho em saúde: perspectivas para a gestão do SUS.** Revista Saúde em Debate, v. 46, n. esp. 2, p. 1-15, 2022.

OLIVEIRA, M. F. *et al.* **Fragilidades informacionais no monitoramento de doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: uma revisão narrativa.** Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 25, 2022.

OLIVEIRA, R. M. *et al.* **Estratégia Saúde da Família: trajetória, desafios e perspectivas.** Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. v. 18, n. 45, p. 3302-3315, 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Atenção Primária à Saúde nas Américas: 40 anos de Alma-Ata.** Washington, DC: OPAS, 2018.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica.** Salvador: EDUFBA, 2012.

PEDUZZI, Marina *et al.* Trabalho em equipe: Uma revista ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. suppl 1, p. e0024678, 2020.

PIRES, Denise. **Novas formas de organização do trabalho em saúde e na enfermagem.** Revista Baiana de Enfermagem, v. 13, n.1-2, p83-92, 2000.

PORTELA, Gustavo Zoio. **Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais.** Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 27, n. 2, p. 255–276, jun. 2017.

POSSA, Lisiane Bôer. **Dimensionamento da força de trabalho em saúde: gestão em ato e territórios em diálogo.** Porto Alegre, RS: Rede Unida, 2021.

POSSA, T. **Gestão da força de trabalho em saúde: fundamentos e aplicações.** Brasília: OPAS, 2021.

SÁ, S. C. M. *et al.* **Desafios e potencialidades da atuação da equipe multiprofissional na atenção primária em saúde.** Saúde Coletiva. Pará, 2021; (11) N.61. DOI: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i61p4918-4929>

SANTOS, N. *et al.* **Fatores associados ao desgaste e absenteísmo de profissionais da enfermagem.** Revista Brasileira de Enfermagem, 2022.

SOLAR, O.; IRWIN, A. **A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health.** Geneva: World Health Organization, 2010. Disponível em <<https://iris.who.int/handle/10665/44489>>

STARFIELD, B. **Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Edição Brasileira. Ministério da Saúde. UNESCO, 2002.

MALTA, M. *et al.* **STROBE initiative: guidelines on reporting observational studies.** Revista Saúde Pública, 2010;44(3).

TOMASI, E. *et al.* **Avaliação da qualidade dos dados e cobertura de informações da Atenção Primária no Brasil.** Revista de Saúde Pública, v. 55, p. 1–11, 2021.

TOFANI, T. *et al.* **Redes de atenção à saúde: uma revisão integrativa sobre os avanços e desafios no SUS.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 26, n. 7, p. 2729–2739, 2021.

TRINDADE, Leticia De Lima; PIRES, Denise Elvira Pires De. **Implications of primary health care models in workloads of health professionals.** Texto & Contexto - Enfermagem, v. 22, n. 1, p. 36–42, mar. 2013.

VICTORA, C. G. **et al.** **Health equity: the unfinished agenda.** The Lancet, v. 367, p. 1123–1125, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030.** Geneva: WHO, 2016.

# ANEXO A – APROVAÇÃO DA CEPET



## DEVOLUTIVA DE SOLICITAÇÃO DE PROJETOS E PESQUISAS

### CEPET ( Comissão de Estágios, Projetos, Pesquisas, Extensões e Trabalhos) da SeMS

Projeto: Dimensionamento da Força de Trabalho dos Enfermeiros e Médicos da Estratégia Saúde da Família em Dourados – MS

Pesquisadora responsável e acadêmica: Luana Lara Santos Penaves  
Instituição: SEMS / Fiocruz  
Área: Atenção Primária em Saúde

#### Compete a CEPET:

- Analisar o objetivo do Projeto em relação ao impacto gerado para a Saúde Pública em nosso município;
- Analisar somente projetos que citam as unidades de saúde e serviços vinculados diretamente a SeMS;
- Avaliar a necessidade de autorização de termo de compromisso quando há necessidade de acesso ao Prontuário Eletrônico ou Físico das Unidades de Saúde/Serviços sob a responsabilidade direta da SeMS;
- Averiguar se o Projeto apresenta o mínimo necessário para cumprir os preceitos éticos relacionados à pesquisa.

Data de Solicitação: 12/09/2025

via e-mail     entrega da solicitação no Núcleo de Educação em Saúde/SeMS

#### Unidades/Serviços Solicitados:

Atenção Especializada: CAM, PAM, PAI, CAPS AD, CAPS II-Residência Terapêutica, CAPSi, SAMU 192.

Atenção Primária à Saúde: US com ESF; US sem ESF; Saúde Prisional; Equipe Multi; Melhor em Casa.

Vigilância em Saúde: CEREST; SAE/CTA; CCZ; Vigilância Sanitária; Vigilância Epidemiologia; Núcleo de imunização, Núcleo TB e HANS.

Complexo Regulador: Núcleo de Regulação Ambulatorial; Núcleo de Regulação de Leitões; Tratamento Fora do Município (TFD).

Ouvidoria do SUS

SeMS: Núcleo de Educação na Saúde e Gestão do Trabalho; Núcleo de Atenção Especializada; Núcleo de Atenção Primária; Núcleo de Contratos em Serviços de Saúde; Núcleo de Controle, Monitoramento e Avaliação.

Aprovado pela CEPET:

Sim

Não – Justificar a resposta

Data de avaliação: 17/09/2025

Parecer: Realizar a formalização junto à Coordenadoria de Saúde Digital e Inovação pelo e-mail [infoest.sems@dourados.ms.gov.br](mailto:infoest.sems@dourados.ms.gov.br) (quanto utilização de dados para alterações necessárias); sugerir a citação das resoluções do COFEN referentes ao dimensionamento de enfermagem; e descrever as unidades incluídas no projeto.

Documento assinado digitalmente  
ELENI TAISURE ABILIO  
Data: 18/09/2025 12:44:43 -0300  
Verifique em <https://validar.jf.gov.br>

Presidente da CEPET

DECRETO Nº 3.131, DE 04 DE JULHO DE 2024.

Devolutiva ao interessado em:

Departamento de Gestão Estratégica/Coordenadoria de Gestão do Trabalho, Educação na Saúde e Gestão Participativa/Núcleo de Educação Permanente e Saúde (NEPS)/e-mail: [educacaopermanente.sems@dourados.ms.gov.br](mailto:educacaopermanente.sems@dourados.ms.gov.br)

## ANEXO B – APROVAÇÃO COMITE DE ÉTICA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ANÁLISE DE RESULTADOS DAS EQUIPES DA ESF DO LABORATÓRIO DE INOVAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM DOURADOS (MS)

**Pesquisador:** Priscila Maria Marchetti

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 87857625.0.0000.0021

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 7.546.528

#### Apresentação do Projeto:

O projeto Laboratório de Inovação na Atenção Primária à Saúde (LABINOVAAPS) foi implementado no município de Dourados/MS com o propósito de fortalecer a Estratégia Saúde da Família (ESF) e reestruturar a Atenção Primária à Saúde (APS), integrando-a à Vigilância em Saúde e introduzindo novas práticas no processo de trabalho. O objetivo desse estudo é analisar resultados obtidos pelas equipes de ESF com e sem o projeto LABINOVAAPS, em relação ao alcance de indicadores sensíveis à APS. Trata-se de estudo misto, composto por um eixo descritivo e outro quantitativo (analítico), baseado em dados secundários, que será realizado no município de Dourados-MS, no período de junho de 2024 a março de 2028. Serão estudados os serviços públicos de saúde da Atenção Primária e Atenção Especializada no município de Dourados/MS, a partir de informações provenientes de diferentes bancos de dados, considerando o período de 2021 a 2028. Os resultados subsidiarão planejamento e execução de ações de atenção à saúde, bem como fornecerão informações relevantes para os gestores e formuladores de políticas públicas no município.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:**

Analisar a resolatividade das equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), com e sem a implementação do projeto LABINOVAAPS, em relação ao alcance de indicadores sensíveis à

**Endereço:** Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros, Prédio das Pró-Reitorias Hércules Maymon, 1º andar  
**Bairro:** Pioneiros **CEP:** 70.070-900  
**UF:** MS **Município:** CAMPO GRANDE  
**Telefone:** (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconep.propp@ufms.br



Continuação do Parecer: 7.548.528

**EM CASO DE APROVAÇÃO, CONSIDERAR:**

É de responsabilidade do pesquisador submeter ao CEP semestralmente o relatório de atividades desenvolvidas no projeto e, se for o caso, comunicar ao CEP a ocorrência de eventos adversos graves esperados ou não esperados. Também, ao término da realização da pesquisa, o pesquisador deve submeter ao CEP o relatório final da pesquisa. Os relatórios devem ser submetidos através da Plataforma Brasil, utilizando-se da ferramenta de NOTIFICAÇÃO

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

| Tipo Documento  | Arquivo                                       | Postagem               | Autor                    | Situação |
|---|---|------------------------|--------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto                            | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2530097.pdf | 01/04/2025<br>18:42:09 |                          | Aceito   |
| Folha de Rosto  | folhaDeRosto_29_assinado_assinado.pdf         | 01/04/2025<br>18:41:33 | Priscila Maria Marchetti | Aceito   |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador                 | projeto_labinovaaps_Dourados.docx             | 01/04/2025<br>18:29:29 | Priscila Maria Marchetti | Aceito   |
| Orçamento   | orcamento.docx                                | 01/04/2025<br>18:28:40 | Priscila Maria Marchetti | Aceito   |
| Outros  | dispensaroTCLE.docx                           | 01/04/2025<br>18:27:11 | Priscila Maria Marchetti | Aceito   |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | Termodecompromisso.docx                       | 01/04/2025<br>18:24:47 | Priscila Maria Marchetti | Aceito   |
| Cronograma  | Cronograma.docx                               | 01/04/2025<br>18:18:33 | Priscila Maria Marchetti | Aceito   |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura                | Document_250327_000507.pdf                    | 01/04/2025<br>17:41:35 | Priscila Maria Marchetti | Aceito   |

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Endereço:** Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros - Prédio das Pró-Reitorias - Hércules Maymonez - 1º andar  
**Bairro:** Pioneiros **CEP:** 70.070-900  
**UF:** MS **Município:** CAMPO GRANDE  
**Telefone:** (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** capconep.propp@ufms.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
MATO GROSSO DO SUL -  
UFMS



Continuação do Parecer: 7.546.526

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CAMPO GRANDE, 05 de Maio de 2025

---

**Assinado por:**

**Marisa Rufino Ferreira Luizari**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros, Prédio das Pró-Reitorias, Hércules Maymon, 1º andar  
**Bairro:** Pioneiros **CEP:** 70.070-900  
**UF:** MS **Município:** CAMPO GRANDE  
**Telefone:** (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cnpconep.propp@ufms.br

## ANEXO C – NORMAS DE SUBMISSÃO DA REVISTA CIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA



### INSTRUÇÕES PARA COLABORADORES

*Ciência & Saúde Coletiva* publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

Os artigos serão avaliados através da Revisão de pares, de acordo com as diretrizes internacionais para a área da ciência.

*Política de Acesso Aberto - Ciência & Saúde Coletiva é publicada sob o modelo de acesso aberto e é, portanto, livre para qualquer pessoa a ler em download, e para copiar e divulgar para fins educacionais. Nossa política editorial segue a comunicação de pesquisa no modus operandi de Ciência Aberta.*

A Revista Ciência & Saúde Coletiva aceita artigos em *preprints* de bases de dados nacionais e internacionais reconhecidas academicamente.

Ao acessar o sistema ScholarOne evite utilizar o tradutor automático do navegador de internet.

No momento que você apresenta seu artigo, é importante estar atento ao que constitui um *preprint* e como você pode proceder para se integrar nesta primeira etapa da Ciência Aberta. O *preprint* disponibiliza artigos e outras comunicações científicas de forma imediata ou paralela à sua avaliação e validação pelos periódicos. Desta forma, acelera a comunicação dos resultados de pesquisas, garante autoria intelectual, e permite que o autor receba comentários que contribuam para melhorar seu trabalho, antes de submetê-lo a algum periódico. Embora o artigo possa ficar apenas no repositório de *preprints* (caso o autor não queira mandá-lo para um periódico), as revistas continuam exercendo as funções fundamentais de validação, preservação e disseminação das pesquisas. Portanto:

- (1) São aceitáveis as submissões de *preprints* dos seguintes servidores: SciELO Preprints, arXiv, bioRxiv e medRxiv ou outro servidor confiável. A aceitação de *Preprints* de outros servidores será analisada pelos editores do periódico.  
Se aprovado, ele receberá um *DOI* que garante sua divulgação internacional imediata.
- (2) Concomitantemente, caso você queira, pode submetê-lo à Revista Ciência & Saúde Coletiva. Os dois processos são compatíveis.
- (3) Você pode optar por apresentar o artigo apenas à Revista Ciência & Saúde Coletiva. A submissão a repositório *preprint* não é obrigatória.

Desde janeiro de 2021, está sendo cobrada uma **taxa de submissão de R\$ 100,00** (cem reais) **para artigos nacionais** e **US\$ 25,00** (vinte e cinco dólares) **para artigos internacionais**. O valor não será devolvido em caso de recusa do material. Para pagamento da taxa de submissão, acesse o site da Revista (<https://cienciaesaudecoletiva.com.br/>). Este apoio dos autores é indispensável para

financiar o custeio da Revista, viabilizando a publicação com acesso universal dos leitores. **Não é cobrada taxa de publicação.** Caso o artigo vá para avaliação e receba o parecer *Minor Revision* (Pequena revisão) ou *Major Revision* (Grande Revisão) não é necessário pagar a taxa novamente quando enviar a revisão com as correções solicitadas. Somente os artigos de chamada pública com recursos próprios estão isentos de pagamento de taxa de submissão.

## **Recomendações para a submissão de artigos**

### **Notas sobre a Política Editorial**

A Revista Ciência & Saúde Coletiva reafirma sua missão de **veicular artigos originais, que tragam novidade e proporcionem avanço no conhecimento da área de saúde coletiva.** Qualquer texto que caiba nesse escopo é e será sempre bem-vindo, dentro dos critérios descritos a seguir:

- (1) O artigo não deve tratar apenas de questões de interesse local ou situar-se somente no plano descritivo.
- (2) Na sua introdução, o autor precisa deixar claro o caráter inédito da contribuição que seu artigo traz. Também é altamente recomendado que, na carta ao editor, o autor explicita, de forma detalhada, porque seu artigo constitui uma novidade e em que ele contribui para o avanço do conhecimento.
- (3) As discussões dos dados devem apresentar uma análise que, ao mesmo tempo, valorize especificidade dos achados de pesquisa ou da revisão, e coloque esses achados em diálogo com a literatura nacional e internacional.
- (4) O artigo qualitativo precisa apresentar, de forma explícita, análises e interpretações ancoradas em alguma teoria ou reflexão teórica que promova diálogo das Ciências Sociais e Humanas com a Saúde Coletiva. Exige-se também que o texto valorize o conhecimento nacional e internacional.
- (5) Quanto aos artigos de cunho quantitativo, a revista prioriza os de base populacional e provenientes de amostragem aleatória. Não se encaixam na linha editorial: os que apresentam amostras de conveniência, pequenas ou apenas descritivas; ou análises sem fundamento teórico e discussões e interpretações superficiais.
- (6) As revisões não devem apenas sumarizar o atual estado da arte, mas precisam interpretar as evidências disponíveis e produzir uma síntese que contribua para o avanço do conhecimento. Assim, a nossa orientação é publicar somente revisões

de alta relevância, abrangência, originalidade e consistência teórica e metodológica, que de fato tragam novos conhecimentos ao campo da Saúde Coletiva.

- (7) A versão final do artigo aprovado será publicada com o nome do editor ou editores-chefes responsáveis pelo processo de avaliação do manuscrito.

**Nota importante** - Dado o exponencial aumento da demanda à Revista, todos os artigos passam por uma triagem inicial, realizada pelos editores-chefes. Sua decisão sobre o aceite ou não é baseada nas prioridades citadas e no mérito do manuscrito quanto à originalidade, pertinência da análise estatística ou qualitativa, adequação dos métodos e riqueza interpretativa da discussão. Levando em conta tais critérios, apenas uma pequena proporção dos originais, atualmente, é encaminhada para revisores e recebe parecer detalhado.

A revista *C&SC* adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, Vancouver, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, [www.icmje.org](http://www.icmje.org) ou [www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf](http://www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf). **Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta. Consultem os exemplos no final das Normas.**

### Seções da publicação

**Editorial:** de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

**Artigos Temáticos:** devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres. Os artigos temáticos são selecionados da seguinte forma: por chamada pública, convite ou por coletânea de artigos já aprovados. **Na modalidade chamada pública, os manuscritos deverão ser encaminhados somente para o e-mail da chamada específica daquele número temático (não serão aceitos manuscritos postados na plataforma de submissão da Revista).**

**Artigos de Temas Livres:** devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista em fluxo contínuo. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

**Artigos de Revisão:** devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

**Opinião:** texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

**Resenhas:** análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. O autor deve atribuir um título para a resenha no campo título resumido (*running head*) quando fizer a submissão. Os autores da resenha devem incluir no

início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg. Não é necessário resumo, abstract e resumen.

**Cartas:** com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço). Não é necessário resumo, abstract e resumen.

Observação: Em artigos temáticos, temas livres, revisão e opinião, o limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui da palavra introdução e vai até a última referência bibliográfica.

O resumo(português) /abstract (inglês)/resumen (espanhol) com no máximo 1400 caracteres com espaço cada (a contagem inclui a palavra – “resumo”/“abstract”/“resumen” até a última “palavra-chave”/“keyword”/“palabra clave”).

## **Apresentação de manuscritos**

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os artigos obrigatoriamente deverão ter título e resumo em português, inglês e espanhol. Os textos em português devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original, em inglês e em espanhol. Os textos em espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original, em português e em inglês. Os textos em inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original, em português e em espanhol. Os textos em francês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original, em português e em inglês. **Não serão aceitas notas de pé-de-página no final das páginas dos artigos.**
2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word (de preferência na extensão .docx) e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.
3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista C&SC, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
4. Os artigos submetidos à C&SC não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.
5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).

6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.

7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os **Título, Resumo, Introdução, Métodos, Resultados e Discussão**, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem conter numeração progressiva e sim recursos gráficos como caixa alta, recuo na margem ou outros.

9. O título deve ter curto: 120 caracteres com espaço. O resumo/abstract/resumen, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo a palavra resumo até a última palavra-chave) precisa explicitar **o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica, os resultados e as conclusões**. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave/keywords/palabras-clave. É fundamental ter clareza e objetividade na redação do resumo, pois assim o fazendo, o autor contribuirá para o interesse do leitor. Já clareza dos descritores contribuirá para a múltipla indexação do artigo.

As palavras-chave em português, inglês e espanhol devem constar obrigatoriamente no DeCS/MeSH. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e> <http://decs.bvs.br/>).

10. É obrigatória a inclusão do *Open Researcher and Contributor ID* (ORCID) no momento de submissão do artigo. Para criar um ID ORCID acesse: <http://orcid.org/content/initiative10>. Na submissão dos artigos na plataforma da Revista, é válido que apenas um autor tenha o registro no ORCID. Mas quando o artigo for aprovado para publicação no SciELO, **todos os autores** devem ter o registro no ORCID. Para se registrar no ORCID, entre no site (<https://orcid.org/>) e para inserir o ORCID no ScholarOne (plataforma de submissão), acesse o site (<https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>), e atualize seu cadastro.

11. Em caso de usar inteligência artificial nos seus manuscritos, o autor deve mencionar esse fato, obrigatoriamente, dizendo ao final do campo dedicado à metodologia, em que etapa do artigo ela foi empregada.

12. Os manuscritos aprovados devem vir acompanhados de uma declaração de disponibilidade dos dados usados e gerados na pesquisa subjacentes aos textos. O modelo será enviado junto aos modelos das declarações solicitadas.

## **Autoria**

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.

2. O limite de autores por artigo é de oito autores, se exceder esse limite, os demais terão seus nomes incluídos nos agradecimentos. Para artigos com mais autores que fazem parte de um

grupo de pesquisa ou em outros casos excepcionais, é necessária autorização dos editores. Exceções serão discutidas pelo Corpo Editorial.

3. Em nenhum arquivo inserido, deverá constar identificação de autores do manuscrito, exceto no arquivo "Title page" (Página de título).

### **Nomenclaturas**

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.
2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

### **Ilustrações e Escalas**

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Nas edições da revista que forem impressas, todo esse material será na cor preta e cores cinza para diferenciações.
2. O número de material ilustrativo deve ser de, **no máximo, cinco por artigo (com limite de até duas laudas cada)**, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.
3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.
4. Tabelas e quadros devem ser confeccionados no programa Word ou Excel e enviados com título e fonte. OBS: No link do IBGE (<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>) estão as orientações para confeccionar as tabelas. Devem estar configurados em linhas e colunas, sem espaços extras, e sem recursos de "quebra de página". Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Importante: tabelas e quadros devem apresentar informações sucintas. As tabelas e quadros podem ter no máximo 15 cm de largura X 18 cm de altura e não devem ultrapassar duas páginas (no formato A4, com espaço simples e letra em tamanho 9).
5. Gráficos e figuras podem ser confeccionados no programa Excel, Word ou PPT. O autor deve enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o recurso "copiar e colar") e também em pdf ou jpeg, TONS DE CINZA ou coloridos. Gráficos gerados em programas de imagem devem ser enviados em jpeg, TONS DE CINZA ou coloridos, resolução mínima de 200 dpi e tamanho máximo de 20cm de altura x 15 cm de largura. As ilustrações coloridas só serão publicadas na versão online. Quando houver impressão da Revista, as ilustrações serão todas em TONS DE CINZA sem exceção. É importante que a imagem

original esteja com boa qualidade, pois não adianta aumentar a resolução se o original estiver comprometido. Gráficos e figuras também devem ser enviados com título e fonte. As figuras e gráficos têm que estar no máximo em uma página (no formato A4, com 15 cm de largura x 20cm de altura, letra no tamanho 9).

6. Arquivos de figuras como mapas ou fotos devem ser salvos no (ou exportados para o) formato JPEG, TIF ou PDF. Em qualquer dos casos, deve-se gerar e salvar o material na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho possíveis (dentro do limite de 21cm de altura x 15 cm de largura). Se houver texto no interior da figura, deve ser formatado em fonte Times New Roman, corpo 9. Fonte e legenda devem ser enviadas também em formato editável que permita o recurso “copiar/colar”. Esse tipo de figura também deve ser enviado com título e fonte.

7. Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

### **Agradecimentos**

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

### **Financiamento**

RC&SC atende à Portaria Nº 206 do ano de 2018 do Ministério da Educação/Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Gabinete sobre obrigatoriedade de citação da CAPES para os trabalhos produzidos ou publicados, em qualquer mídia, que decorram de atividades financiadas, integral ou parcialmente, pela CAPES. Esses trabalhos científicos devem identificar a fonte de financiamento através da utilização do código 001 para todos os financiamentos recebidos.

### **Referências**

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.* Exemplo: Minayo *et al.*<sup>3</sup>
2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:  
ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF”<sup>11</sup> (p.38). ex. 2:  
“Como alerta Maria Adélia de Souza<sup>4</sup>, a cidade...”

As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* ([http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)).
4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>).
5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

### **Exemplos de como citar referências**

#### **Artigos em periódicos**

1. Artigo padrão (**incluir todos os autores sem utilizar a expressão *et al.***). Se for usar o *et al.* deve ser colocado no caso de ter mais de 25 autores no artigo.

Pelegrini MLM, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275- 286.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira- Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.

Andrade FMD, Machado ÍE, Freitas MIF, Souza MFM, Malta DC. Patterns of abuse of elderly people in Brazil: analysis of notifications. *Cad Saude Publica* 2023; 39(1):e00075722.

2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284.

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84(2):15.

4. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl.1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347(9011):1337.

#### **Livros e outras monografias**

1. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.  
Minayo MCS. Pesquisa qualitativa. *Ciênc Saúde Colet* 2025; 29(6):e19792023.

2. Organizador ou compilador como autor  
Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

3. Instituição como autor  
Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

4. Capítulo de livro  
Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio*. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

5. Resumo em Anais de congressos  
Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

6. Trabalhos completos publicados em eventos científicos  
Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

7. Dissertação e tese  
Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

### **Outros trabalhos publicados**

8. Artigo de jornal  
Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

9. Material audiovisual  
*HIV+/AIDS: the facts and the future* [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

10. Documentos legais

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* 1990; 19 set.

### **Material no prelo ou não publicado**

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.  
Cronenberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

### **Material eletrônico**

#### 11. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet]. 1995 jan-mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 mar-abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

#### 12. Monografia em formato eletrônico

*CDI, clinical dermatology illustrated* [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

#### 13. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.