

METODOLOGIA DE PLANEJAMENTO E DIMENSIONAMENTO DA FORÇA DE TRABALHO PARA SAÚDE INDÍGENA – ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

METHODOLOGY FOR PLANNING AND SIZING THE WORKFORCE FOR INDIGENOUS HEALTH – PRIMARY HEALTH CARE

METODOLOGÍA PARA LA PLANIFICACIÓN Y DIMENSIONAMIENTO DE LA FUERZA LABORAL PARA LA SALUD INDÍGENA – ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Elisabet Pereira Lelo Nascimento¹, Ana Carolina Araújo Diogo², Júlio César de Moraes³, Josefa Maria de Jesus⁴, Daiane Abreu de Oliveira⁵, Alysson Henrique da Silva Figueiredo⁶, Eduardo Pereira Belo⁷, Natánias Oliveira Moraes⁸, Giovana Cruz Mandulão⁹, Gustavo Hoff¹⁰

DOI: 10.54899/dcs.v23i86.4037

Recibido: 15/12/2025 | **Aceptado:** 17/12/2025 | **Publicación en línea:** 02/01/2026.

RESUMO

O presente artigo tem como objetivo descrever a concepção da metodologia de Planejamento e Dimensionamento da Força de Trabalho, para Saúde Indígena, na Atenção Primária à Saúde, evidenciando suas potencialidades, como uma ferramenta robusta de gestão do trabalho e educação na saúde. Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência, que apresenta a elaboração e validação do método, coordenado pela Secretaria da Saúde Indígena, em parceria com a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, ocorrida entre abril de 2024 e outubro de 2025. O estudo resultou na incorporação de pressupostos fundamentais para o dimensionamento da força de trabalho, incluindo a população adstrita e índice de proporcionalidade populacional, necessidades de saúde e indicadores de saúde, classificação dos

¹ Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, Brasil.

E-mail: betlelo@uol.com.br Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8649-6649>

² Especialista em Saúde Coletiva pela Escola de Governo Fiocruz Brasília, Brasília, Distrito Federal, Brasil.

E-mail: caroldiogo@yahoo.com.br Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3367-5197>

³ Mestre em Geografia pela Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, Espírito Santo, Brasil.

E-mail: julioales.es@gmail.com Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8795-8590>

⁴ Mestra em Gestão de Políticas Públicas pela Universidade Federal do Tocantins, Palmas, Tocantins, Brasil.

E-mail: josefa.jesus@saude.gov.br Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0613-4168>

⁵ Mestranda em Saúde da Família pela Universidade Federal do Acre, Rio Branco, Acre, Brasil.

E-mail: daiane.abreu@saude.gov.br Orcid: <https://orcid.org/0009-0006-2362-0968>

⁶ Mestre em Terapia Intensiva pela Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva, São Paulo, São Paulo, Brasil.

E-mail: alysson.figueiredo@saude.gov.br Orcid: <https://orcid.org/0009-0006-7974-6842>

⁷ Graduando em Enfermagem pela Universidade Paulista de Boa Vista, Boa Vista, Roraima, Brasil.

E-mail: edu.belo.35@gmail.com Orcid: <https://orcid.org/0009-0001-2801-1209>

⁸ Graduado em Secretário Executivo pela Universidade Federal de Roraima, Boa Vista, Roraima, Brasil.

E-mail: natánias.moraes1@gmail.com Orcid: <https://orcid.org/0009-0009-3817-8174>

⁹ Mestranda em Sustentabilidade Junto a Povos e Territórios Tradicionais pela Universidade de Brasília, Brasília, Distrito Federal, Brasil. E-mail: giovana.mandulao@saude.gov.br Orcid: <https://orcid.org/0009-0003-9142-5775>

¹⁰ Doutorando em Governança e Transformação Digital pela Universidade Federal do Tocantins, Palmas, Tocantins, Brasil. E-mail: gustavo.hoff@saude.gov.br Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7562-3147>

estabelecimentos de saúde levando em conta as vulnerabilidades, composição das equipes multiprofissionais e de cuidado ampliado à saúde indígena, deslocamentos institucionais, identificação da força de trabalho necessária, organização do processo de trabalho e potencial de produtividade. A ferramenta desenvolvida contribuirá para o fortalecimento e indução de políticas públicas na área de gestão de trabalho e educação na saúde, impulsionando melhorias nas condições de trabalho, auxiliando gestores na tomada de decisão e aprimorando a assistência prestada à população indígena no Brasil.

Palavras-chave: Saúde Indígena. Metodologia. Dimensionamento da Equipe. Atenção Primária à Saúde. Gestão de Recursos Humanos.

ABSTRACT

This article aims to describe the conception of the Workforce Planning and Dimensioning methodology for Indigenous Health in Primary Health Care, highlighting its potential as a robust tool for work management and health education. This is a descriptive study, experience report type, which presents the elaboration and validation of the method, coordinated by the Secretariat of Indigenous Health, in partnership with the Secretariat of Work Management and Health Education, which took place between April 2024 and October 2025. The study resulted in the incorporation of fundamental assumptions for the dimensioning of the workforce, including the population and population proportionality index, health needs and health indicators, classification of health establishments taking into account vulnerabilities, composition of multiprofessional teams and expanded care for indigenous health, institutional displacements, identification of the necessary workforce, organization of the work process and productivity potential. The tool developed will contribute to the strengthening and induction of public policies in the area of work management and health education, driving improvements in working conditions, assisting managers in decision-making and improving the assistance provided to the indigenous population in Brazil.

Keywords: Indigenous Health. Methodology. Team Sizing. Primary Health Care. Human Resource Management.

RESUMEN

Este artículo pretende describir la concepción de la metodología de Planificación y Dimensionamiento de la Fuerza Laboral para la Salud Indígena en la Atención Primaria de Salud, destacando su potencial como una herramienta sólida para la gestión laboral y la educación en salud. Este es un estudio descriptivo, tipo informe de experiencia, que presenta la elaboración y validación del método, coordinado por la Secretaría de Salud Indígena, en colaboración con la Secretaría de Gestión del Trabajo y Educación en Salud, que tuvo lugar entre abril de 2024 y octubre de 2025. El estudio resultó en la incorporación de supuestos fundamentales para la dimensionación de la fuerza laboral, incluyendo el índice de población y proporcionalidad poblacional, necesidades de salud e indicadores de salud, clasificación de los establecimientos sanitarios teniendo en cuenta vulnerabilidades, composición de equipos multiprofesionales y ampliación de la atención a la salud indígena, desplazamientos institucionales, identificación de la fuerza laboral necesaria, Organización del proceso de trabajo y potencial de productividad. La herramienta desarrollada contribuirá al fortalecimiento e impulso de políticas públicas en el ámbito de la gestión del trabajo y la educación sanitaria, impulsando mejoras en las condiciones

laborales, asistiendo a los gestores en la toma de decisiones y mejorando la atención proporcionada a la población indígena en Brasil.

Palabras clave: Salud Indígena. Metodología. Dimensionamiento de Equipos. Atención Primaria de Salud. Gestión de Recursos Humanos.



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución- NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)

INTRODUÇÃO

No Brasil, em 1986, ocorreu a 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde Indígena, sendo a primeira vez em que o Estado promoveu um encontro de diferentes lideranças indígenas, iniciando-se a discussão de propostas relacionadas à formulação de diretrizes voltadas à saúde dos povos indígenas. Buscou-se observar suas necessidades e especificidades, priorizando a Atenção Primária à Saúde. Anteriormente, havia a ausência de um modelo de atenção direcionado para saúde indígena, e a responsabilidade era dividida entre os órgãos, com ações desenvolvidas a partir de uma perspectiva paliativa e atividades descontinuadas, com poucos impactos na situação de saúde (Mendes, 2018).

A saúde indígena é resultado de um processo histórico de luta, resistência e formulação de políticas públicas singularizadas. Após séculos de violência e marginalização, a Constituição Federal, de 1988, consolidou a garantia do direito universal à saúde e reconheceu a necessidade de políticas diferenciadas para os povos indígenas, representando um marco ao estabelecer a obrigatoriedade do Estado em garantir o direito universal à saúde (Brasil, 1988).

Nesse contexto, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) e a criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) consolidaram o compromisso do Sistema Único de Saúde (SUS) com um modelo distinto e equitativo de atenção à saúde indígena, respeitando suas especificidades culturais, territoriais e sociais (Brasil, 2019).

Assim, a criação da Secretaria de Saúde Indígena (SESAI), em 2010, representou um marco institucional ao assumir a coordenação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), com a missão de garantir atendimento universal, equânime e culturalmente adequado (Langdon, 2013). Atualmente, o País abriga mais de 300 povos, falantes de centenas línguas, o que demanda respostas em saúde sensíveis à diversidade cultural e territorial (IBGE, 2010; Brasil, 2021).

Segundo o IBGE (2022), a população indígena corresponde a mais de 1,6 milhão de pessoas, sendo que destes, 823.741 indígenas estão cadastrados no sistema de informação da saúde indígena (SIASI), distribuídos em 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI's). Nessa perspectiva, a operacionalização da PNASPI demanda uma estrutura complexa de gestão e articulação interinstitucional (Brasil, 2021; 2025).

Um dos maiores desafios enfrentados no SUS diz respeito a garantir uma força de trabalho em saúde qualificada, suficiente e comprometida com os princípios da interculturalidade e da equidade. A gestão do trabalho e a educação na saúde, nesse contexto, configuram-se como eixos estratégicos, pois afetam, diretamente, a qualidade da atenção, a continuidade do cuidado e a efetividade das políticas de saúde pública (Valle *et al.*, 2020).

De forma geral, no Brasil, o setor saúde enfrenta problemas estruturais relacionados à alocação desigual da força de trabalho, à precarização dos vínculos e à qualificação insuficiente dos profissionais, gerando impactos diretos sobre a qualidade da atenção (Dal Poz, 2013). Estudos recentes evidenciam desigualdades na distribuição dos trabalhadores de saúde entre regiões urbanas e remotas, além da carência de metodologias consistentes para o planejamento da força de trabalho (Girardi *et al.* 2011; Carvalho *et al.*, 2023).

No âmbito da saúde indígena, esses desafios assumem maior complexidade. A gestão dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas necessita articular a disponibilidade de profissionais qualificados, com a valorização dos trabalhadores indígenas e o respeito às diferentes concepções de saúde e bem viver. Além disso, o contexto territorial impõe barreiras logísticas relevantes, como a dispersão populacional, o difícil acesso e os longos deslocamentos, que comprometem a continuidade do cuidado e demandam soluções estratégicas (Brasil, 2021; 2024).

O planejamento e dimensionamento da força de trabalho em saúde (PDFTS) é uma ferramenta de gestão essencial para a organização racional do trabalho em saúde, permitindo identificar o quantitativo adequado de profissionais, sua distribuição territorial e o perfil de competências necessárias. Considera-se não apenas variáveis quantitativas, mas, também, qualitativas, como vulnerabilidades dos territórios, necessidades de saúde dos usuários, condições e processo de trabalho, promovendo, assim, a eficiência e a efetividade das ações de saúde (Ramos; Possa, 2016, Nascimento; Carvalho, 2022;). No âmbito do SasiSUS, evidencia-se a escassez de estudos e publicações acadêmicas que abordem, de forma aprofundada e peculiar, a gestão do trabalho e da educação na saúde, revelando uma lacuna significativa na literatura científica.

Destarte, apesar dos avanços recentes, não existia um método de PDFTS direcionado à realidade do SasiSUS. Essa exiguidade, dentre outros contextos, impulsionou a criação do programa de Planejamento e Dimensionamento da Força de Trabalho na Saúde Indígena (PDFTSI), desenvolvido pela SESAI, em parceria com a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). O PDFTSI incorpora experiências consolidadas no SUS, mas inova pressupostos e parâmetros às particularidades culturais, epidemiológicas e logísticas dos povos indígenas. A concepção do método originou-se no DSEI Yanomami e Ye'kwana, evidenciando desafios críticos relacionados à alta vulnerabilidade epidemiológica, desnutrição infantil, mortalidade e desassistência em áreas remotas, sendo posteriormente validada em outros quatro DSEI's (Brasil, 2024; Moraes, *et al.*, 2025)

O programa de Planejamento e Dimensionamento da Força de Trabalho na Saúde Indígena, uma iniciativa pioneira, ambiciona a construção de um método que dialogue com as peculiaridades territoriais e culturais dos povos indígenas, promovendo a alocação equitativa e qualificada da força de trabalho nos DSEI's (Brasil, 2025). Ao integrar planejamento técnico, participação comunitária e valorização da interculturalidade, a metodologia apresenta-se como dispositivo essencial para promover uma atenção diferenciada, igualitária e sustentável, contribuindo para o fortalecimento do SasiSUS.

O presente artigo tem como objetivo descrever a concepção da metodologia de Planejamento e Dimensionamento da Força de Trabalho, para Saúde Indígena, na Atenção Primária à Saúde, evidenciando suas potencialidades, como um instrumento potente de gestão do trabalho e educação na saúde, para o fortalecimento da política pública da saúde indígena no Brasil.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência, que apresenta a concepção e validação da referida metodologia, coordenada pela SESAI, por intermédio da Divisão de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde Indígena (DIGEDI), da Coordenação-Geral de Gestão do Conhecimento, da Informação, da Avaliação e do Monitoramento da Saúde Indígena (CGCOIM), em parceria com a Coordenação Geral de Políticas Remuneratórias e Planejamento da Força de Trabalho em Saúde (CGPRPFTS), do Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho na Saúde (DEGERTS), da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), do

Ministério da Saúde, ocorrida entre abril de 2024 e outubro de 2025.

A concepção do método ocorreu em três etapas distintas, com ampla participação dos representantes de áreas, serviços, coordenações, departamentos e Distritos Sanitários Especiais Indígenas da Secretaria da Saúde Indígena. Foram adotadas metodologias ativas centradas em tecnologias leves, favorecendo a discussão de conceitos de forma mais abrangente, como estratégia de formação e qualificação da gestão do trabalho, que leva em consideração os sujeitos – gestores, trabalhadores e usuários, o processo de trabalho e a maneira de estabelecer as relações, voltadas à construção coletiva, a partir da troca de saberes empíricos e científicos (Merhy, 2005).

A primeira etapa do desenvolvimento da metodologia constituiu-se no delineamento preliminar do levantamento de dados e de informações para subsidiar a elaboração, sendo inspirada em metodologias descritas na literatura e em experiências de projetos anteriores, financiados pela SGTES (Carvalho; Nascimento; Souza, 2021; Nascimento, *et al.*, 2025;). Em linha, compôs-se um grupo de trabalho de planejamento de dimensionamento da força de trabalho multiprofissional, com representações da SESAI, Divisão de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde Indígena (DIGEDI), da Coordenação-Geral de Gestão do Conhecimento, da Informação, da Avaliação e do Monitoramento da Saúde Indígena (CGCOIM), Departamento de Atenção Primária à Saúde Indígena (DAPSI), Departamento de Projetos e Determinantes Ambientais da Saúde Indígena (DEAMB), Departamento de Gestão da Saúde Indígena (DGESI), representantes da SGTES (DEGERTS/CGPRP) e Coordenação-Geral de Participação e Controle Social na Saúde Indígena.

A segunda etapa iniciou-se a partir de visita técnica amostral no território Yanomami e Ye'kwana, com a finalidade de compreender as práticas laborais, os processos, as relações e as condições de trabalho estabelecidas nesse DSEI. Foi realizado levantamento de dados e informações necessários para a formulação da proposta metodológica. Na sequência, tendo em vista que a concepção do método pressupunha a construção coletiva, a valorização da multiplicidade de saberes e a complementaridade dos conhecimentos, ampliou-se o grupo de trabalho, incluindo representantes de diversas categorias profissionais que atuavam no DSEI Yanomami e Ye'kwana, como enfermeiro, técnico de enfermagem, cirurgião-dentista, médico, técnico de saúde bucal e agente indígena de saúde e de saneamento. Essa composição multidisciplinar trouxe aprimoramento para o desenvolvimento da metodologia de PDFTSI na Atenção Primária à Saúde.

Aspirando atender as premissas delineadas para a formulação do método, realizaram-se

oito oficinas presenciais em Brasília-DF, totalizando 192 horas de trabalho coletivo e 60 horas de reuniões semanais *online* para monitoramento e avaliação das atividades em desenvolvimento entre os participantes do grupo de trabalho. Esse processo resultou na proposta preliminar da metodologia de PDFTS para a saúde indígena na APS.

Nesse momento, foram definidos os parâmetros iniciais que mais se adequavam à realidade do DSEI Yanomami e Ye'kwana e os pressupostos da metodologia, dentre eles, população vinculada aos estabelecimentos de saúde, estratificação populacional, necessidades de saúde, classificação das vulnerabilidades do território e deslocamentos institucionais.

A terceira etapa, a validação da metodologia de PDFTSI, desenvolveu-se sob a liderança da Secretaria de Saúde Indígena e incorporou a colaboração de técnicos e gestores da CGCOIM. Pretendendo ampliar as trocas de experiências e conhecimentos, incluiu-se, ainda, a representação de técnicos e consultores da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde e profissionais do Distrito Sanitário Especial Yanomami e Ye'kwana.

É importante destacar a ausência de publicações na literatura, assim como a inovação, o ineditismo da proposta de PDFTSI e a concepção preliminar alicerçada no cenário do DSEI Yanomami e Ye'kwana. Por isso, almejando validar e adequar a proposta metodológica de planejamento e dimensionamento da força de trabalho para a saúde indígena do Brasil, efetuou-se a aplicação em quatro DSEI's, com características distintas, a partir de ampla participação de diferentes categorias profissionais, conforme demonstrado no Quadro 1.

Quadro 1 – Caracterização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, cargos e número de pessoas envolvidas na validação da metodologia de PDFTSI.

Distritos Sanitários Especiais Indígenas	População	Estabelecimentos de saúde - APS	Cargos envolvidos	n=
Minas Gerais e Espírito Santo	20.447	28	Agente indígena de saneamento, agente indígena de saúde, antropóloga, assistente social, auxiliar de saúde bucal, cirurgiã-dentista, enfermeira, farmacêutica, médica, nutricionista, psicólogo e técnico de enfermagem.	21
Parintins	17.804	12	Apoiadora em saúde, assistente social, cirurgiã-dentista, enfermeira, engenheiro sanitário, farmacêutica, nutricionista e supervisora de saúde ambiental.	15
Araguaia	5.720	17	Administrativo, agente de combate às endemias, agente indígena de saúde, apoio técnico em atenção à saúde, assessor indígena, cirurgiã-	15

			dentista, conselheira distrital, enfermeira, farmacêutica, médica e nutricionista.	
Alagoas e Sergipe	13.761	15	Advogada, assistente social, cirurgiã-dentista, enfermeira, engenheiro civil, farmacêutica, nutricionista, psicóloga, técnica de enfermagem e técnica em secretariado	17
Total	57.732	72	-	68

Fonte: Elaborado pelos autores, 2025.

Nessa fase, intentando facilitar a compreensão da proposta metodológica de PDFTS para a saúde indígena, tendo em vista garantir a eficácia da validação, realizaram-se três oficinas presenciais, totalizando 72 horas em cada DSEI. Também, foram realizadas 32 horas de reuniões semanais *online* para monitorar, dirimir dúvidas e avaliar o progresso das atividades essenciais, garantindo a efetividade da validação. Nessa perspectiva, no Quadro 2, estão os conteúdos teóricos relacionados aos pressupostos do método que foram disponibilizados.

Quadro 2 – Programação e temáticas abordadas durante as oficinas.

Oficinas presenciais	Conteúdos
1ª	Pressupostos da metodologia; principais conceitos da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde; conceitos estruturantes do PDFTS; conceito de território e territorialização; adstrição de usuários e estratificação populacional. Necessidades de saúde e seleção de indicadores – demográficos, socioeconômicos, mortalidade e fatores de risco, recursos e cobertura.
2ª	Conceito, definição dos níveis de vulnerabilidade e classificação dos estabelecimentos de saúde; tipos de Equipe Multiprofissional da Saúde Indígena; definição de parâmetros populacionais para compor os cálculos das categorias agente indígena de saúde, agente indígena de saneamento e agente de combate às endemias; seleção das categorias profissionais para compor a ECASI e as modalidades de equipes.
3ª	Definição de deslocamento institucional; identificação da força de trabalho dimensionada e análise comparativa; organização do processo de trabalho – ações assistenciais/diretas, ações educativas e ações administrativas; potencial de produtividade anual por categoria profissional – parâmetro de tempo de consulta/atendimento e percentual de ações assistenciais/diretas.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2025.

É importante salientar que, durante a primeira oficina presencial, realizou-se visita técnica amostral em estabelecimentos de saúde, indicados pelos DSEI's, com a finalidade de conhecer as diferentes realidades e compreender os processos e as condições de trabalho, com a participação de gestores, trabalhadores e representantes da população indígena. Ademais, cada Distrito Sanitário Especial Indígena que participou dessa etapa produziu um relatório técnico que continha todas as informações resultantes do processo de validação, para posterior consulta e publicização

da metodologia de planejamento e dimensionamento da força de trabalho, na saúde indígena, para Atenção Primária à Saúde.

Durante todo o processo de concepção e de validação da metodologia, foram respeitados os aspectos éticos em relação aos dados obtidos, entretanto, por ser um relato de experiência, não foi necessária a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Pressupostos relevantes que levaram em conta a complexidade e as singularidades da população indígena nos diferentes territórios foram incorporados ao método desenvolvido: população total vinculada por estabelecimento de saúde e estratificação; necessidades de saúde a partir da seleção de indicadores demográficos, socioeconômicos, mortalidade, morbidade e fatores de risco, recursos e cobertura; classificação das vulnerabilidades do território; Equipe Multiprofissional da Saúde Indígena (EMSI); Equipe de Cuidado Ampliado à Saúde Indígena (ECASI); deslocamentos institucionais e Índice de Segurança Técnica (IST). Levando em consideração tais variáveis, foi possível identificar a força de trabalho necessária para atuar no SasiSUS, sendo proposto, ainda, um arranjo organizativo para processo de trabalho e potencial de produção assistencial anual para todas as categorias profissionais.

No que diz respeito à população, observou-se que havia relevantes diferenças entre as informações do IBGE e do SIASI, referentes à população estimada nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas que participaram da elaboração e validação da metodologia de PDFTSI. Assim, convencionou-se a utilização dos dados do sistema de informação da saúde indígena oficial do SasiSUS, o SIASI, que é a principal fonte de dados epidemiológicos e demográficos dos 34 DSEI's.

Muitos esforços têm sido empreendidos para melhorar os dados disponibilizados, no entanto, percebe-se a ausência de sistemas de informações populacionais mais detalhados e com ampla cobertura, para orientar, acompanhar e avaliar as políticas públicas. Em referência aos censos demográficos brasileiros, iniciou-se a captação, de maneira específica, dos povos indígenas, a partir de 1991, com a autodeclaração de pessoas, no quesito "cor ou raça", do questionário da amostra. Ainda assim, muitos trabalhos já demonstraram que essa metodologia de captação tem sido insuficiente para o conhecimento mais acurado da situação

sociodemográfica dos povos indígenas, sujeitos de direitos e políticas públicas específicas (Cardoso *et al.*, 2012).

A partir da população total identificada no SIASI, relacionaram-se todos os estabelecimentos de saúde - Polos Base tipo I ou tipo II e Unidades Básicas de Saúde Indígenas, que prestam assistência na Atenção Primária a Saúde, efetuando a adstrição das pessoas vinculadas em sua área de abrangência. Com o intuito de equacionar as disparidades entre o quantitativo populacional sob a responsabilidade de uma EMSI, adotou-se o índice de proporcionalidade populacional, variando os estratos entre 600 e 800 pessoas adscritas para uma equipe de saúde.

Nessa perspectiva, a Política Nacional de Atenção Básica (2017a) apresenta, entre outras recomendações, a importância de realizar a territorialização, onde cada equipe é responsável por uma área geográfica específica e pela população que reside nessa área de abrangência. No que se refere aos parâmetros populacionais, orienta-se um conjunto de pessoas adstritas por equipe de Saúde da Família, podendo variar de acordo com o porte populacional do município e a realidade local. Nota-se que essa estratégia que operacionaliza a responsabilidade das equipes, por uma população definida, é essencial para a organização do processo de trabalho e para a garantia de um cuidado contínuo, integral e resolutivo no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Buscando superar os modelos de planejamento e dimensionamento da força de trabalho baseados em padronização numéricas e reconhecendo a complexidade e singularidade do trabalho, consideraram-se, entre as variáveis da metodologia, as necessidades de saúde da população a partir da seleção de indicadores - demográficos, socioeconômicos, mortalidade, morbidade e fatores de risco, recursos e cobertura - com a finalidade de identificar as condições de saúde dos povos originários.

A necessidade de saúde é um conceito central na saúde pública, pois representa a discrepância entre o estado de saúde real e o ideal de indivíduos ou populações, levando em conta fatores biológicos, sociais e ambientais. A identificação dessas necessidades é fundamental para o planejamento e a implementação de políticas públicas de saúde (Silva; Batistella; Gomes, 2007).

Para atender essas necessidades de forma adequada, os serviços de saúde - especialmente, a Atenção Primária à Saúde - devem ser acessíveis, eficientes e centrados na pessoa, articulando ações de promoção, prevenção e melhoria das condições de vida (Merhy; Franco, 2003). Esses princípios também se aplicam à atenção à saúde dos povos indígenas, cujas especificidades

culturais e territoriais demandam abordagens diferenciadas.

A relação entre necessidade de saúde e vulnerabilidade é essencial para compreender as desigualdades no processo saúde-doença. Enquanto a necessidade de saúde diz respeito à demanda por cuidados e intervenções voltadas à melhoria das condições de vida e bem-estar, a vulnerabilidade expressa a susceptibilidade ao adoecimento decorrente de fatores socioeconômicos, políticos, ambientais e culturais (Meyer *et al.*, 2006).

A classificação das vulnerabilidades dos territórios de saúde apoiou-se em indicadores selecionados, possibilitando um diagnóstico mais preciso das condições de saúde dos diferentes grupos populacionais, conferindo visibilidade às necessidades específicas e constituindo uma etapa fundamental da metodologia. O principal desafio enfrentado estava relacionado à identificação de indicadores que evidenciassem, de forma fidedigna, a realidade de cada território, considerando a complexidade dos processos de saúde, o adoecimento e as múltiplas dimensões de vulnerabilidade presentes e mensuráveis a partir das necessidades de saúde.

O planejamento e dimensionamento da força de trabalho em saúde Indígena adota uma abordagem centrada nas pessoas e em seu território, considerando as vulnerabilidades e particularidades locais. De acordo com Nascimento e Carmona (2020), a metodologia de PDFTS deve identificar e classificar a vulnerabilidade dos territórios, a partir da adscrição de usuários, no primeiro nível de atenção à saúde, compreendendo as principais demandas e determinantes sociais que afetam essas populações, promovendo a integração entre os diferentes serviços e setores da saúde. Assim, será possível dimensionar, adequadamente, a força de trabalho quanto à quantidade, qualificação dos processos de trabalho e alocação dos trabalhadores.

Ainda em relação à classificação das vulnerabilidades dos territórios, visando corroborar a sistematização da análise, convertendo dados quantitativos em classificações qualitativas, estabeleceram-se quatro níveis vulnerabilidade: média, alta, muito alta e altíssima. Durante os processos de elaboração e validação nos diferentes DSEI's, realizaram-se múltiplos ensaios, com associações entre os indicadores disponíveis, delineando as combinações mais representativas das realidades locais, conforme demonstrado na Tabela 1.

Na classificação de vulnerabilidade, empregaram-se escores padronizados, permitindo a comparação entre diferentes indicadores e oportunizando a estratificação dos serviços de saúde. A padronização por escores é uma estratégia recomendada para tratar a heterogeneidade dos indicadores e endossar a comparabilidade entre distintos cenários.

Inicialmente, cada indicador é calculado individualmente e, em seguida, aplica-se a média

aritmética simples para definir os intervalos que determinam os níveis de vulnerabilidades, classificados como: média, alta, muito alta ou altíssima. De modo geral, os DSEI's optaram por três níveis de vulnerabilidade, atribuindo-se o escore correspondente (1, 2 ou 3). A definição e o número de níveis de vulnerabilidade podem ser ajustados conforme as especificidades de cada território, garantindo maior flexibilidade e sensibilidade ao contexto local.

Tabela 1 - Associações de indicadores escolhidos e porcentagem das unidades de saúde classificadas conforme a vulnerabilidade por DSEI.

DSEI	Associação de indicadores selecionados	% do Nível de vulnerabilidade			
		Média	Alta	Muito Alta	Altíssima
ALSE	Pacientes com doenças crônicas não transmissíveis + paciente em contexto de violência + uso abusivo de álcool + tratamento básico odontológico concluído	20,00	26,67	53,33	-
ARA	Doenças infecciosas e parasitárias + doenças da pele e tecido subcutâneo + transtornos mentais	17,65	70,59	11,76	-
MGES	% gestações finalizadas entre 22 e 36 semanas de idade gestacional + déficit nutricional em crianças menores de 5 anos	33,33	33,66	33,33	-
PIN	Proporção de tratamento odontológico básico concluído + proporção de gestação de alto risco + taxa de mortalidade fetal + infraestrutura de abastecimento de água	33,33	33,33	33,33	-
YY	Déficit nutricional em crianças < de 5 + mortalidade infantil	-	14,92	40,29	44,77

Fonte: Elaborado pelos autores, 2025.

Esse processo permitiu revelar a complexidade das condições que determinam o adoecimento e a produção do cuidado, reconhecendo que as vulnerabilidades não são apenas expressões de carência material, mas, também, resultam de processos históricos, políticos e culturais que atravessam os modos de vida dos povos indígenas.

Almejando qualificar a assistência prestada aos povos originários, o Ministério da Saúde definiu o conjunto de profissionais responsáveis pela atenção básica à saúde indígena, sob a gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, denominada de Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena (Brasil, 2017b). Essa equipe é composta por médico, enfermeiro, odontólogo, técnico de enfermagem, auxiliar de saúde bucal / técnico em saúde bucal, Agente Indígena de Saúde (AIS), Agente Indígena de Saneamento (AISAN) e Agente de Combate às Endemias (ACE) (Brasil, 2018). Durante o desenvolvimento do método de PDFTSI, identificou-se a necessidade de ampliação da EMSI, sendo incorporadas as categorias profissionais de psicólogo, nutricionista e farmacêutico. Ainda, a depender da organização das escalas de trabalho pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, as EMSI's contarão com diferentes cargas horárias dos

profissionais e tipologias – escala de entrada em área, escala de trabalho e equipe volante -, de modo a garantir continuidade da assistência. Destaca-se que independentemente dos resultados obtidos pela aplicação do método, com a finalidade de garantir a continuidade da assistência, estabeleceu-se que todo estabelecimento de saúde contará no mínimo com um enfermeiro e dois técnicos de enfermagem em suas escalas.

No que tange aos parâmetros de cálculos para o dimensionamento das categorias de Agente Indígena de Saúde, de Agente de Saneamento Indígena e de Agente de Combate às Endemias, evidenciou-se que as variáveis de população e vulnerabilidade atenderiam em parte a estimativa de força de trabalho necessária, conforme apresentado no Quadro 3. Foi necessário para a categoria de AISAN levar em conta também os sistemas de abastecimento de água existentes nos territórios, e para o agente de combate à endemias houve opção de realizar o cálculo por meio do estrato populacional selecionado pelo DSEI.

Quadro 3 – Vulnerabilidades e parâmetros populacionais estabelecidos para AIS, AISAN e ACE.

Níveis de vulnerabilidades	Categorias profissionais e população		
	AIS	AISAN	ACE
Média	175	275	260
Alta	145	250	220
Muito Alta	115	225	180
Altíssima	85	200	140

Fonte: Elaborado pelos autores, 2025.

O trabalho coletivo de profissionais de diversas áreas facilita a construção de práticas mais sensíveis às necessidades indígenas, fortalecendo a participação comunitária e o reconhecimento da diversidade cultural. Além disso, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas enfatiza a importância da formação e do trabalho colaborativo dessas equipes, garantindo o acesso equitativo e o respeito aos direitos territoriais e culturais dos povos indígenas (Brasil, 2002). Dessa maneira, o desenvolvimento de estratégias interdisciplinares e interculturais, na equipe multiprofissional, representa um avanço significativo para a equidade em saúde, contribuindo para a superação das desigualdades históricas que afetam essas populações (Casagrande *et al.*, 2024).

Nesse contexto, com a finalidade de fortalecer as práticas e a ampliar a resolutividade no âmbito da APS, a Equipe de Cuidado Ampliado à Saúde Indígena (ECASI) passou a integrar a equipe, a partir das necessidades decorrentes nos territórios, para subsidiar a organização do processo de trabalho das EMSI's e o matriciamento na atenção à saúde, cumprindo o preconizado na Política Nacional dos Povos Indígenas. Vale ressaltar que o modelo de cuidado colaborativo,

onde as EMSI's e profissionais de outras especialidades trabalham juntos na construção de proposta de intervenção, intenciona qualificar o atendimento, compartilhando saberes e responsabilidades na atenção à saúde.

Essa estratégia busca superar a lógica de encaminhamentos isolados, fortalecendo o cuidado integral e a corresponsabilização entre os profissionais. O processo de construção compartilhada facilita a intervenção pedagógico-terapêutica, integrando os profissionais das equipes, de forma a ampliar as discussões de caso e intervenções terapêuticas (Campos; Domitti 2007).

Em conformidade com o perfil epidemiológico e as necessidades do cuidado ampliado, a ECASI será constituída por profissionais de saúde especializados e sensíveis às especificidades culturais indígenas, entre eles, assistente social, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, antropólogo, pedagogo, biólogo, auxiliar ou técnico de laboratório, microscopista, técnico de saúde ambiental/técnico de saneamento, enfermeiro obstetra, enfermeiro gerontólogo com especialização em reabilitação, gestor de saúde coletiva indígena, técnico em nutrição, médico especialista (ginecologia, pediatria, infectologia, psiquiatria), médico veterinário, fonoaudiólogo, profissional de educação física, profissional arte educador, sanitarista, tradutores e interlocutores culturais. As ECASI's são disponibilizadas em três modalidades de cargas horárias, de acordo com o número de EMSI's de cada estabelecimento de saúde, segundo o Quadro 4, assim a gestão local definirá quais arranjos organizativos serão mais apropriados para o seu contexto assistencial e sua dispersão territorial.

Quadro 4 – Modalidade, quantidade de equipes multiprofissionais de saúde indígena e carga horária.

Modalidades	Quantidade de EMSI's	Carga horária
I	até 3	200h
II	de 4 a 6	240h
III	de 7 a 9	280h

Fonte: Elaborado pelos autores, 2025.

Importa destacar que essa etapa do método privilegia o modelo de atenção integral, compreendendo um conjunto de ações articuladas que superam o escopo da Atenção Primária à Saúde. Transcende a oferta de serviços básicos nas aldeias, exigindo uma abordagem ampla, intercultural, contínua e resolutiva, que integre ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, atenção clínica, vigilância em saúde e ambiental, tratamento e reabilitação.

Considerando as barreiras geográficas, as dificuldades de acesso e as logísticas de transportes, inseriu-se o parâmetro de tempo gasto em deslocamentos institucionais pelos

trabalhadores na metodologia. Levou-se em conta, principalmente, a necessidade da força de trabalho para que não haja prejuízo na assistência à população. Os deslocamentos são realizados de variadas formas, ou seja, terrestres (caminhadas e veículos), aéreos (aviões e helicópteros) e fluviais (lanchas e barcos). Além do meio de deslocamento, observa-se a quantidade de vezes que é realizado o percurso para o mesmo estabelecimento de saúde, seja em escala de trabalho, escala de trabalho em área ou equipe volante. É importante destacar que o cálculo realizado baseia-se no total de horas gastas em deslocamentos mensais dos trabalhadores, considerando as sazonalidades anuais de chuvas e estiagens, que interferem diretamente no tipo de transporte e tempo gasto, posteriormente, identifica-se a média semanal.

Embora o Índice de Segurança Técnica seja utilizado de forma majoritária na atenção secundária e terciária, principalmente, pela equipe de enfermagem, o método de planejamento e dimensionamento da força de trabalho, para a saúde indígena, na Atenção Primária à Saúde, incluiu 15% a mais ao resultado identificado da força de trabalho dimensionada, com o intuito de evitar a dessassistência à população em períodos de férias e absenteísmos de qualquer natureza.

Em um estudo realizado com o objetivo de mapear evidências científicas sobre a (in)adequação do Índice de Segurança Técnica, previsto pelo Conselho Federal de Enfermagem, para cobertura das taxas de absenteísmo da enfermagem hospitalar brasileira, observou-se que a problemática do absenteísmo no cenário brasileiro, ao efetuar o dimensionamento de pessoal, exige a utilização do Índice de Segurança Técnica, adicionando um percentual ao número de profissionais estimado, possibilitando que haja cobertura adequada para cada tipo de serviço de saúde (Guardalupe *et al.*, 2025).

A identificação da força de trabalho necessária para atuação no SasiSUS representa um avanço na perspectiva do fortalecimento da gestão do trabalho e educação na saúde, disponibilizando informações, como a prospecção de postos de trabalho, a identificação de necessidades de formação, a distribuição de vagas multiprofissionais e previsão orçamentária, auxiliando os gestores na tomada de decisão. O dimensionamento da força de trabalho necessária propicia a definição da quantidade e o perfil de trabalhadores, favorecendo melhores condições de trabalho, acesso aos serviços de saúde e qualidade da assistência às pessoas em cada território (Possa *et al.*, 2020).

Para facilitar a compreensão do instrumento, tendo em vista os parâmetros e variáveis adotados na metodologia de planejamento e dimensionamento da força de trabalho, para a saúde indígena, na Atenção Primária à Saúde, demonstra-se a fórmula de cálculo a seguir.

$$THD = \{[(AUES \div EPS) \times PHV + TDIS] \times PCPTE\} \times IST \quad (1)$$

Onde:

THD = Total de Horas Dimensionadas

AUES = Adstrição de Usuários por Estabelecimento de Saúde

EPS = Estrato Populacional Selecionado

PHV = Parâmetro de Horas conforme Vulnerabilidade

TDIS = Tempo de Deslocamento Institucional Semanal

PCPTE = Parâmetro por Categoria Profissional conforme Tipo de Equipe

IST = Índice de Segurança Técnica

O resultado da fórmula é apresentado em total de horas necessárias de profissionais e, para identificar em número de trabalhadores, basta dividir o resultado encontrado por 40 horas semanais, que é o número de horas trabalhadas por um profissional, em uma semana padrão. Segundo Nascimento e Carvalho (2022), a existência de um quantitativo adequado de força de trabalho multiprofissional na Atenção Primária à Saúde Indígena é condição essencial para a efetividade das ações e para a integralidade do cuidado.

A metodologia apresentada privilegia uma abordagem ampliada, não se limitando apenas em resultados numéricos e dados estatísticos, mas favorecendo a qualificação da gestão do trabalho em saúde e considerando as necessidades de gestores, trabalhadores e usuários. Nesse sentido, a otimização da capacidade laboral e a composição estratégica das equipes de trabalho necessitam de uma análise rigorosa, acerca de como as equipes e os trabalhadores de saúde dimensionados distribuem seu tempo e executam suas tarefas. Outras questões são importante, por exemplo, como são ofertadas as atividades que são desenvolvidas nos serviços e qual a carga horária necessária para desenvolver as atividades, conforme atribuição dos cargos/ocupações.

As respostas a essas questões passam pela organização dos processos de trabalho, analisando como as ações são distribuídas e definindo percentuais específicos que possibilitem, a cada categoria profissional, desempenhar suas atribuições nas dimensões de ações diretas de cuidado, ações indiretas de cuidado e ações educativas. A Política Nacional de Atenção Básica estabelece diretrizes essenciais para garantir um acesso amplo e efetivo aos serviços de saúde, criando um vínculo entre a população e os profissionais. A assertiva de que as jornadas de trabalho e os horários de funcionamento devem ser organizados para favorecer a continuidade, coordenação e longitudinalidade do cuidado é primordial. Essa abordagem não só reorienta o

processo de trabalho, como, também, aumenta a eficácia da resolutividade das equipes (Brasil, 2017a).

Salienta-se que as equipes dos DSEI's elaboraram seus arranjos organizativos considerando a força de trabalho disponível no momento e os vazios assistenciais existentes para cada categoria profissional. Ao longo do tempo, por meio de avaliação e monitoramento das produções relacionadas ao eixo do cuidado direto, torna-se possível a reorganização do processo de trabalho, visando melhorar as condições de trabalho e atender às necessidades de saúde da população indígena.

O potencial de produtividade das categorias profissionais constitui-se um elemento fundamental e parte integrante do PDFTSI. Ao identificar a produção estimada dos trabalhadores no eixo das ações diretas, é possível organizar o trabalho de cada profissional, a partir da capacidade de executar suas atividades com qualidade e eficiência, melhorando a gestão do tempo e o compromisso com os resultados necessários para qualificar a assistência.

De acordo com Faria e Araújo (2010), existem formas distintas de produção de cuidado na saúde que incidem tanto nos produtores quanto nos produtos finais desejados para a cura, a reabilitação e a promoção da saúde e, assim, conferem diferentes perspectivas de olhar para o processo de trabalho, para os produtores e para, o que se espera, sejam os produtos de cura, reabilitação e promoção da saúde.

O método desenvolvido pode contribuir na indução de políticas públicas na área de gestão do trabalho e educação na saúde, oferecendo uma ferramenta sistematizada e adaptada às necessidades intrínsecas dos povos indígenas, dos trabalhadores e dos gestores. Integra, ainda, parâmetros claros para o planejamento e dimensionamento da força de trabalho, contribuindo para a tomada de decisões mais eficazes, fortalecendo a gestão do trabalho em saúde e qualificando a assistência prestada aos povos originários.

CONCLUSÃO

A parceria entre a Secretaria de Saúde Indígena e a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde foi fundamental para a elaboração do método de planejamento e dimensionamento da força de trabalho na saúde indígena. Essa colaboração permitiu a integração de conhecimentos e experiências, resultando em uma abordagem inovadora e adaptada às necessidades singulares da população indígena. Essa parceria demonstra o compromisso do

Ministério da Saúde em fortalecer o Sistema Único de Saúde e, por intermédio do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, garantir atenção integral, qualificada e culturalmente sensível aos povos indígenas. O método desenvolvido considera as particularidades culturais, geográficas e epidemiológicas das áreas indígenas, asseverando uma alocação mais eficiente da força de trabalho.

Do ponto de vista histórico, a metodologia inaugura uma inflexão relevante na gestão da força de trabalho ao deslocar o eixo decisório do plano subjetivo e contingencial para um modelo fundamentado em evidências e parâmetros objetivos. Assim, mais do que um instrumento técnico, a metodologia constitui um marco institucional ao propor um novo paradigma de governança da força de trabalho no subsistema, estruturado em racionalidade, integridade e planejamento.

A elaboração e a validação da metodologia, com a participação de profissionais de saúde, gestores, lideranças indígenas, dentre outros, foram essenciais para garantir que o método fosse adaptado às diversidades dos territórios indígenas, considerando as especificidades culturais, geográficas e epidemiológicas de cada DSEI. Esse processo permitiu identificar oportunidades de melhorias e ajustes para atender às necessidades dos trabalhadores, gestores e usuários, facultando a sua aplicabilidade e sustentabilidade.

A implementação da metodologia, em todo o território nacional, representa um grande desafio, mas, também, simboliza um marco, uma oportunidade de fortalecer a gestão do trabalho na saúde indígena. Com a expansão, será possível aprimorar continuamente a ferramenta, adaptando-a às diferentes realidades regionais e garantindo que as especificidades locais sejam levadas em conta. Apesar dos desafios, o método tem potencial para contribuir significativamente com a assistência à saúde, promovendo melhores condições de trabalho e uma atenção mais qualificada aos povos originários, em todo o Brasil.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a todos os envolvidos nos processos de elaboração e validação da metodologia de Planejamento e Dimensionamento da Força de Trabalho em Saúde dos cinco DSEI's pelas valiosas contribuições, dedicação e compartilhamentos dos conhecimentos.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Nota Técnica Nº 17/2018, de 20 de agosto de 2018. **Documento Orientador da Organização dos Processos de Trabalho da Atenção Primária à Saúde nos Distritos Sanitários Especiais Indígena**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Saúde Indígena, 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 1.317, de 03 de agosto de 2017. **Adequa o registro das informações relativas a estabelecimentos que realizam ações de Atenção à Saúde para populações Indígenas no CNES**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, 2017b.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 20 nov. 2025.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. Brasília: Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, 2002. p. 40.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Distrital de Saúde Indígena 2024-2027**. Distrito Sanitário Especial Indígena Yanomami e Ye'kwana. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria Saúde Indígena, 2024. (mimeo).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. (mimeo).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, 21 set. 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Técnico – Saúde Indígena**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Técnico de Planejamento e Dimensionamento da Força de Trabalho na Saúde Indígena**. Distrito Sanitário Especial Yanomami e Ye'kwana. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria Saúde Indígena, 2025. (mimeo).

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de saúde pública**, v. 23, p. 399-407, 2007.

CARDOSO, Andrey Moreira *et al.* 30. **Políticas Públicas de saúde Para os Povos indígenas**. 2012.

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, p. 1215-1237, 2023.

CARVALHO, Desirée dos Santos; NASCIMENTO, Elisabet Pereira Lelo; SOUZA, Gislene Henrique. Desafios do dimensionamento da força de trabalho para a conformação da rede de atenção à saúde. **Saúde Coletiva (Barueri)**, v. 11, n. 61, p. 4818-4827, 2021.

DAL POZ, Mario Roberto. A crise da força de trabalho em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, p. 1924-1926, 2013.

FARIA, Helaynne Ximenes; ARAUJO, Maristela Dalbello. Uma perspectiva de análise sobre o processo de trabalho em saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. **Saúde e sociedade**, v. 19, p. 429-439, 2010.

GIRARDI, Sábado Nicolau *et al.* Índice de escassez de médicos no Brasil: estudo exploratório no âmbito da Atenção Primária. **O trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas**. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/UERJ, ObservaRH, p. 171-86, 2011.

GUARDALUPE, Jéssica Azevedo *et al.* Cobertura do absenteísmo da enfermagem hospitalar na composição do Índice de Segurança Técnica: 6, 67% são suficientes?. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 46, p. e2024-0401, 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010: características gerais dos indígenas**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde 2022: características gerais dos indígenas**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022.

LANGDON, Esther Jean. A saúde dos povos indígenas: uma questão de direitos humanos e justiça social. **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 2, p. 243-254, 2013.

MENDES, Anapaula Martins *et al.* O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, p. e184, 2018.

MERHY, Emerson Elias. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 2ª ed. São Paulo: **Hucitec**, 2005. p. 189.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves: apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. **Saúde em debate**, v. 27, n. 65, p. 316-323, 2003.

MEYER, Dagmar E. Estermann *et al.* "Você aprende. A gente ensina?": interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Cadernos de saúde Pública**, v. 22, p. 1335-1342, 2006.

MORAES, Júlio César *et al.* Os desafios para classificação das vulnerabilidades do território Yanomami: Uma etapa da metodologia de dimensionamento da força de trabalho. **Research, Society and Development**, v. 14, n. 2, p. e11314248327-e11314248327, 2025.

NASCIMENTO, Elisabet Pereira Lelo *et al.* Processo de elaboração da metodologia de planejamento e dimensionamento da força de trabalho para a saúde indígena. **Revista Delos**, v. 18, n. 65, p. e4263-e4263, 2025.

NASCIMENTO, Elisabet Pereira Lelo; CARMONA, Silvia Aparecida Maria Lutaif Dolci. Experiência da elaboração do dimensionamento na atenção básica da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. POSSA, Lisiane Bôer *et al.* (Org.). In: **Dimensionamento da força de trabalho em saúde: gestão em ato e territórios em diálogo**, v. 1, p. 127-34, 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, 2022.

POSSA, Lisiane Bôer *et al.* Dimensionamento da força de trabalho em saúde: gestão em ato e territórios em diálogo. POSSA, Lisiane Bôer *et al.* (Org.). In: **Dimensionamento da força de trabalho em saúde: gestão em ato e territórios em diálogo**. 2020. p. 168-168.

RAMOS, Livia; POSSA, Lisiane Boer. Dimensionamento da força de trabalho no SUS: o trabalho (e trabalhador) vivo no planejamento do cuidado em saúde. **Saúde em Redes**. Porto Alegre. Vol. 2, n. 1 (2016), p. 43-52, 2016.

CASAGRANDA, Fabiana *et al.* A saúde indígena na atenção especializada: perspectiva dos profissionais de saúde em um hospital de referência no Mato Grosso do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 40, p. e00094622, 2024.

SILVA, José PV; BATISTELLA, Carlos; GOMES, Mauro L. Problemas, necessidades e situação de saúde: uma revisão de abordagens para a reflexão e ação da equipe de saúde da família. **O território e o processo saúde-doença**, p. 159, 2007.

VALLE, Maria Luiza Fonseca. *et al.* Conceitos e perspectivas da gestão do trabalho no SUS. In: NASCIMENTO, Elisabet Pereira Lelo *et al.* (Org.). In: **Planejamento e dimensionamento da força de trabalho em saúde: material didático para secretarias de saúde**. Brasília: IBICT, 2020. p. 19-26.