CARTILHA

DO COFINANCIAMENTO FEDERAL DA

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

UM GUIA PRÁTICO PARA O GESTOR MUNICIPAL

COMPONENTE
EQUIDADE

COMPONENTE
VÍNCULO E ACOMPANHAMENTO TERRITORIAL

COMPONENTE
QUALIDADE

COMPONENTE
MANUTENÇÃO E IMPLANTAÇÃO

COMPONENTE
SAÚDE BUCAL

COMPONENTE
PERCAPITA DE BASE POPULACIONAL

COSEMS-PR
CONSELHO DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO PARANÁ

JUNTOS PELA SAÚDE
NOS MUNICÍPIOS DO PARANÁ

SUS | GESTÃO | PESSOAS | RESULTADOS

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 6
1. ENTENDENDO O COFINANCIAMENTO FEDERAL DA APS 6
CAPÍTULO 2 11
2. COMPONENTE DE EQUIDADE PARA MANUTENÇÃO E IMPLANTAÇÃO 11
CAPÍTULO 3 16
3. COMPONENTE DE VÍNCULO E ACOMPANHAMENTO TERRITORIAL 16
CAPÍTULO 5 35
5. COMPONENTE PARA IMPLANTAÇÃO E MANUTENÇÃO DE PROGRAMAS, SERVIÇOS, PROFISSIONAIS E OUTRAS COMPOSIÇÕES DE EQUIPES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE 35
CAPÍTULO 7 49
7. COMPONENTE PER CAPITA DE BASE POPULACIONAL 49
CAPÍTULO 8 52
8. PERÍODO DE TRANSIÇÃO 52
CONSIDERAÇÕES FINAIS 56
NOTA DE ATUALIZAÇÃO 59
REFERÊNCIAS 60

CARTILHA DO COFINANCIAMENTO FEDERAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

UM GUIA PRÁTICO PARA O GESTOR MUNICIPAL

1ª edição

Elaboração: Carla Daniele de Oliveira – Assessora Técnica do Cosems-PR.

Supervisão: Marina Martins – Coordenadora Técnica do Cosems-PR.

Revisão: João Felipe Marques – Assessor Técnico do Cosems-PR.

Ediane de Fátima Mance – Assessora Técnica do Cosems-PR.

Curitiba – PR

2026

APRESENTAÇÃO

O financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) é, por sua própria natureza, amplo e complexo. Envolve diferentes entes federativos, blocos e modalidades de transferência, fontes de recursos, políticas, programas, serviços, incentivos e regras específicas para aplicação, monitoramento e prestação de contas.

Dentro desse grande universo, o cofinanciamento federal da Atenção Primária à Saúde (APS) representa apenas uma parcela do financiamento do SUS. Ainda assim, compreender somente esse recorte já exige lidar com um expressivo conjunto de normas, componentes, critérios de cálculo, modalidades de equipes e serviços, sistemas de informação, regras de credenciamento, implantação, manutenção, monitoramento e suspensão de recursos.

Além disso, esse conjunto normativo não é estático. Novas portarias e notas técnicas são publicadas, metodologias são aperfeiçoadas, indicadores são atualizados e sistemas de informação passam por mudanças que repercutem diretamente no cotidiano das gestões municipais.

Foi diante desse cenário que o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Paraná - Cosems-PR elaborou a Cartilha do cofinanciamento federal da Atenção Primária à Saúde.

Trata-se de um material técnico exclusivo, desenvolvido para reunir e sistematizar, em um único documento, as principais informações necessárias à compreensão da atual metodologia de cofinanciamento federal da APS, facilitando o acesso a conteúdos que se encontram distribuídos em diferentes atos normativos, notas técnicas e orientações do Ministério da Saúde.

A proposta é tornar um tema reconhecidamente complexo mais acessível e operacional para o cotidiano da gestão municipal. Para isso, a cartilha apresenta os componentes do cofinanciamento, suas diferentes lógicas, critérios, valores, possibilidades de financiamento, requisitos para recebimento e manutenção dos recursos, além de orientações sobre onde e como acompanhar as informações.

Mais do que uma compilação de normas, pretende ser uma ferramenta de consulta rápida e de Educação Permanente em Saúde, que possa apoiar gestores, coordenações e equipes na discussão do financiamento, na análise de situações concretas e na tomada de decisão.

E há uma razão importante para isso: compreender o financiamento não significa apenas compreender o recurso financeiro.

Por trás de muitos dos critérios apresentados nesta cartilha, estão elementos que fazem parte da própria organização da Atenção Primária: território, população, equipes, acesso, cadastro, vínculo, acompanhamento, processo de trabalho, qualidade dos registros, continuidade e coordenação do cuidado.

Assim, conhecer quanto o município pode receber e conferir quanto efetivamente recebe é necessário, mas não suficiente. O financiamento também pode funcionar como uma importante ferramenta de gestão, ajudando a identificar fragilidades, oportunidades de ampliação, necessidades de reorganização dos processos de trabalho e aspectos do cuidado que precisam ser qualificados.

A Cartilha do Cofinanciamento Federal da APS nasce, portanto, com uma finalidade essencialmente prática: reunir para facilitar, sistematizar para compreender e compreender para apoiar a gestão.

Ela não substitui a consulta às normas vigentes, especialmente diante de situações específicas ou de novas atualizações. Seu propósito é oferecer ao gestor um ponto de partida seguro e organizado para navegar por esse conjunto de informações e utilizá-lo no cotidiano da gestão municipal.

Em um sistema de financiamento complexo, informação organizada também é ferramenta de gestão. Conhecer as regras ajuda a proteger recursos; compreender sua lógica contribui para organizar processos; e utilizar essas informações de forma qualificada fortalece a gestão e o cuidado.

Esta cartilha é, portanto, um convite à compreensão. Um material para consultar, revisitar, discutir com as equipes, esclarecer dúvidas e transformar informações que, muitas vezes, parecem complexas em instrumentos para o cotidiano da gestão municipal. Aproveite a leitura!

O Cosems-PR está com você nesse percurso.

Fabio de Mello

Presidente do Cosems-PR

CAPÍTULO 1

1. ENTENDENDO O COFINANCIAMENTO FEDERAL DA APS

O financiamento da Atenção Primária à Saúde integra a responsabilidade compartilhada entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Para a gestão municipal, compreender a lógica do cofinanciamento federal é fundamental para identificar os recursos disponíveis, planejar a organização das equipes e dos serviços, acompanhar os requisitos para manutenção dos repasses, monitorar resultados e reconhecer situações que possam repercutir no financiamento.

O modelo federal atualmente adotado combina diferentes mecanismos e considera, entre outros aspectos, características dos municípios, implantação e manutenção de equipes e serviços, vínculo e acompanhamento da população, qualidade da atenção, programas e estratégias específicas, atenção à saúde bucal e população municipal.

Por isso, antes de analisar cada componente separadamente, é importante compreender como essa lógica foi construída e como o cofinanciamento federal da APS está organizado atualmente.

1.1. O financiamento da APS mudou ao longo do tempo

O financiamento federal da Atenção Primária à Saúde passou por diferentes modelos ao longo da construção e consolidação do SUS.

Durante muitos anos, o Piso da Atenção Básica (PAB) constituiu uma das principais referências para o financiamento federal da Atenção Básica. Sua estrutura combinava o PAB Fixo, relacionado à população municipal, e o PAB Variável, composto por incentivos associados à implantação e manutenção de estratégias e programas. Esse período foi marcado, entre outros aspectos, pela indução federal à expansão da Estratégia Saúde da Família.

Em 2019, com a instituição do Programa Previne Brasil, houve uma nova reorganização da metodologia de financiamento federal da APS, com maior centralidade para elementos relacionados à população cadastrada e adscrita, características dessa população e resultados alcançados.

Em 2024, ocorreu uma nova mudança na metodologia de cofinanciamento federal da APS, instituída pela Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024, que alterou a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6/2017 e estabeleceu as bases do modelo abordado nesta cartilha.

A nova metodologia passou a combinar diferentes dimensões do financiamento, considerando a sustentação das equipes, a equidade, o vínculo e o acompanhamento da população e a qualidade da atenção, além de componentes destinados ao financiamento de programas, serviços, profissionais e outras composições de equipes, da atenção à saúde bucal e de ações da APS.

A evolução do financiamento federal da APS pode ser sintetizada da seguinte forma:

PAB →	Previne Brasil →	Novo cofinanciamento federal da APS

IMPORTANTE

Conhecer os modelos anteriores é importante para compreender a evolução do financiamento da APS. Entretanto, para analisar os recursos atualmente devidos ao município, devem ser consideradas as regras vigentes para cada componente e para a respectiva competência financeira, uma vez que critérios, valores e condições de financiamento podem ser atualizados.

1.2. Qual é a base normativa do modelo atual?

A principal referência normativa para compreender a estrutura do financiamento federal é a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre financiamento e transferência dos recursos federais destinados às ações e aos serviços de saúde do SUS.

Em 2024, a Portaria GM/MS nº 3.493/2024 alterou essa Portaria de Consolidação para instituir a nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso da Atenção Primária à Saúde. Isso significa que, embora seja comum fazer referência à "Portaria nº 3.493/2024" para explicar o novo modelo, sua aplicação deve considerar a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6/2017 com suas alterações posteriores.

Essa distinção é importante para o gestor: o financiamento da APS não deve ser analisado apenas a partir do texto originalmente publicado em abril de 2024. Desde então, novas normas modificaram e regulamentaram aspectos da metodologia.

1.3. Como está organizado o cofinanciamento federal da APS?

Atualmente, o cofinanciamento federal de apoio à manutenção da APS está estruturado em seis componentes. Essa estrutura consta da regulamentação federal e também é a organização utilizada na apresentação-base desta cartilha.

São eles:

I. Componente de Equidade;
II. Componente de Vínculo e Acompanhamento Territorial;
III. Componente de Qualidade;
IV. Componente para implantação e manutenção de programas, serviços, profissionais e outras composições de equipes que atuam na APS;
V. Componente para Atenção à Saúde Bucal; e
VI. Componente per capita de base populacional para ações no âmbito da APS.

1.4. Os seis componentes funcionam da mesma maneira?

Não. Esse é um dos pontos mais importantes para quem começa a trabalhar com o financiamento da APS. Embora todos integrem o cofinanciamento federal, cada componente possui finalidade, público, critérios, valores e requisitos próprios.

O componente de Equidade, por exemplo, contempla a manutenção mensal de eSF e eAP e também incentivos de implantação para determinadas equipes. Na apresentação, essa diferenciação já aparece expressamente.

O componente de Vínculo e Acompanhamento Territorial, por sua vez, relaciona parte do financiamento ao cadastro, vínculo e acompanhamento da população pelas equipes.

Já o componente de Qualidade considera os resultados alcançados pelas equipes nos indicadores definidos para cada modalidade.

Existem ainda incentivos próprios para programas, serviços, profissionais e outras equipes da APS, regras específicas para a Saúde Bucal e um componente calculado a partir da população municipal.

Por isso, não existe uma única pergunta do tipo “quanto o município recebe pela APS?” que possa ser respondida olhando apenas um valor. O financiamento federal para um município é resultado da composição dos diferentes incentivos aos quais o município faz jus.

1.5. A lógica que o gestor precisa compreender

Para analisar o financiamento federal da APS, é útil separar quatro perguntas:

- **O que o município possui?**
  Quais equipes, serviços, programas, profissionais e estratégias estão implantados?

- **O que está efetivamente credenciado/homologado e apto ao financiamento?**
  A existência de uma equipe funcionando no território não significa, por si só, que todos os requisitos para o recebimento do incentivo federal estejam atendidos.
- **Quanto cada componente pode gerar de recurso?**
  Os valores e critérios variam conforme o componente, modalidade da equipe, classificação, população, resultados e demais regras específicas.
- **Quanto efetivamente está sendo transferido?**
  O valor potencial precisa ser comparado com os pagamentos efetivamente realizados e com eventuais suspensões ou irregularidades.

1.6. Como pensar o financiamento municipal na prática?

Para fins de gestão, o financiamento federal da APS pode ser visualizado da seguinte maneira:

COMPONENTES DO FINANCIAMENTO FEDERAL DA APS
Equidade
Vínculo e Acompanhamento Territorial
Qualidade
Programas, serviços, profissionais e outras equipes
Saúde Bucal
Per capita de base populacional

Essa representação é didática. Ela não significa que todos os componentes tenham a mesma forma de cálculo ou sejam necessariamente devidos em todas as situações.

O Ministério da Saúde, por exemplo, descreve para eSF e eAP o componente relacionado ao índice de equidade e dimensionamento (IED), o Vínculo e Acompanhamento Territorial e a Qualidade como parcelas com critérios próprios.

1.7. O primeiro diagnóstico do secretário municipal de saúde

Ao assumir a gestão, antes mesmo de realizar cálculos mais complexos, o secretário deve conseguir responder a algumas questões básicas sobre sua APS:

- Quantas equipes e serviços tenho?
- Quantas eSF, eAP, eSB, eMulti e demais equipes e serviços existem no município?
- Todos estão regularmente cadastrados e financiados?
- O cadastro no SCNES está adequado?

- Considerando as equipes, serviços, população e classificações, quanto o município pode receber?
- Existe algum recurso suspenso?
- Estou deixando de receber algum incentivo?

Esse diagnóstico inicial transforma o financiamento em instrumento de gestão: em vez de apenas acompanhar o valor depositado mensalmente, o município passa a compreender o que gera cada parcela do recurso e quais providências estão sob sua governabilidade.

PARA O GESTOR GUARDAR

O cofinanciamento federal da APS não corresponde a um único incentivo.
Ele é formado por diferentes componentes, com regras próprias.
Por isso, para compreender quanto o município pode receber, é necessário analisar:
equipes + serviços + programas + população + critérios de cada componente + situação cadastral/financeira.

CAPÍTULO 2

2. COMPONENTE DE EQUIDADE PARA MANUTENÇÃO E IMPLANTAÇÃO

O Componente de Equidade integra o cofinanciamento federal da Atenção Primária à Saúde e tem como finalidade apoiar o custeio e a implantação de equipes.

Sua lógica considera que os municípios apresentam diferentes condições demográficas e de vulnerabilidade social e, portanto, possuem diferentes necessidades para organização e manutenção da APS.

O componente é constituído por duas formas de financiamento:

- **Incentivo de Equidade**: repassado mensalmente para as equipes de Saúde da Família (eSF) e equipes de Atenção Primária (eAP).
- **Incentivo de Implantação**: repassado em parcela única para eSF, eSFR, eAP, eSB, eMulti, eCR e eAPP.

2.1. Incentivo de Equidade para manutenção das eSF e eAP

O valor mensal destinado à manutenção das eSF e eAP é definido de acordo com o Índice de Equidade e Dimensionamento (IED) do município ou Distrito Federal.

O IED classifica os municípios em quatro estratos, considerando dois elementos: vulnerabilidade social e porte populacional. O estrato 1 reúne municípios de maior vulnerabilidade e menor porte populacional, enquanto os demais estratos representam progressivamente as demais combinações desses critérios.

Na prática, a classificação do município no IED determina o valor mensal do Componente de Equidade recebido por cada eSF e eAP.

2.2. Quanto o município recebe?

Os valores mensais são definidos por equipe:

Equipe	Estrato 1	Estrato 2	Estrato 3	Estrato 4
eSF – 40h	R$ 18.000	R$ 16.000	R$ 14.000	R$ 12.000
eAP – 30h	R$ 10.800	R$ 9.600	R$ 8.400	R$ 7.200
eAP – 20h	R$ 7.200	R$ 6.400	R$ 5.600	R$ 4.800

2.3. Como calcular o valor mensal?

O cálculo é direto: Valor mensal do Componente de Equidade =

Número de equipes aptas × valor da equipe correspondente ao Estrato do Município

Exemplo: um município classificado no Estrato 2, com cinco eSF aptas ao financiamento, terá:

5 eSF × R$ 16.000 = R$ 80.000/mês

Caso o mesmo município possua também duas eAP de 30 horas:

2 eAP × R$ 9.600 = R$ 19.200/mês

Nesse exemplo, o potencial mensal do Componente de Equidade para manutenção das equipes seria:

R$ 80.000 + R$ 19.200 = R$ 99.200/mês.

O cálculo deve considerar somente as equipes que atendam aos requisitos para transferência do incentivo.

2.4. Incentivo de Implantação

Além do incentivo mensal de Equidade, o componente contempla incentivo financeiro destinado à implantação de novas equipes.

Esse recurso possui característica diferente do custeio mensal: é transferido uma única vez, concomitantemente ao custeio da primeira parcela da equipe.

Os valores atualmente previstos são:

Equipe/modalidade	Incentivo de implantação
eSF – 40h	R$ 30.000
eAP – 30h	R$ 16.800
eAP – 20h	R$ 10.800
eSB – 40h	R$ 14.000
eSB – 30h	R$ 3.000
eSB – 20h	R$ 2.000
eMulti Ampliada	R$ 36.000
eMulti Complementar	R$ 24.000

Equipe/modalidade	Incentivo de implantação
eMulti Estratégica	R$ 12.000
eSFR – 40h	R$ 50.000
eCR – Modalidade I	R$ 20.000
eCR – Modalidade II	R$ 28.000
eCR – Modalidade III	R$ 36.000
eAPP Essencial – 20h	R$ 25.000
eAPP Essencial – 30h	R$ 35.000
eAPP Ampliada – 20h	R$ 30.000
eAPP Ampliada – 30h	R$ 40.000

A redação consolidada da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6/2017 contempla o incentivo de implantação **em parcela única** para essas categorias de equipes, consideradas suas respectivas modalidades.

2.5. Manutenção e implantação não são a mesma coisa

É importante diferenciar as duas formas de financiamento.

O incentivo de Equidade para manutenção possui caráter mensal e é destinado às eSF e eAP. Seu valor varia conforme o IED do município e a modalidade da equipe.

O incentivo de implantação é pago uma única vez, quando atendidas as condições para início do custeio da nova equipe, e alcança um conjunto maior de equipes.

Assim, uma eSF nova pode gerar, no início de seu financiamento, tanto o incentivo de implantação quanto o incentivo mensal correspondente ao Componente de Equidade.

2.6. Quais são os requisitos para recebimento?

A transferência do Componente de Equidade depende da regularidade da equipe.

Para recebimento do incentivo, devem ser observados:

I – Credenciamento da equipe pelo Ministério da Saúde;

II – Cadastro adequado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES); e

III – Ausência de irregularidades que motivem a suspensão da transferência dos incentivos financeiros federais, conforme as regras aplicáveis à APS.

Portanto, a existência da equipe no município, isoladamente, não é suficiente para assegurar o repasse federal.

2.7. Suspensão do financiamento das eSF e eAP

Irregularidades relacionadas à composição das equipes, carga horária, cadastro e produção podem produzir efeitos sobre o financiamento.

Nas situações de ausência de categorias profissionais da composição mínima, a suspensão pode atingir parcialmente o Componente de Equidade:

SITUAÇÃO	EFEITO
eSF sem técnico/auxiliar de enfermagem ou ACS	suspensão de 25% da Equidade
eSF/eAP sem médico ou enfermeiro; ou eSF sem técnico/auxiliar + ACS	suspensão de 50% da Equidade
eSF com determinadas ausências simultâneas de duas categorias profissionais da equipe mínima	suspensão de 75% da Equidade
eSF com ausência simultânea de três categorias da equipe mínima ou médico + enfermeiro	suspensão de 100% da Equidade

Essas situações são consideradas após duas competências consecutivas, conforme os critérios estabelecidos para suspensão.

Há também situações que podem provocar suspensão total do financiamento da eSF ou eAP, e não apenas redução do Componente de Equidade.

Entre elas estão o descumprimento da carga horária exigida para a composição profissional mínima ou acumulação superior ao limite admitido; ausência de informações de produção no sistema pelo período estabelecido; ausência de cadastro ativo da equipe no CNES; e determinação de suspensão por órgão de controle.

A permanência da suspensão total por 12 competências consecutivas pode resultar no descredenciamento da equipe e no cancelamento da homologação do respectivo INE.

2.8. E as equipes vinculadas?

A suspensão de uma eSF ou eAP também exige atenção para os efeitos sobre equipes vinculadas.

Quando a eSF ou eAP permanecer com suspensão total por seis competências consecutivas, poderá ocorrer a suspensão total dos incentivos financeiros das equipes vinculadas, observadas as regras específicas aplicáveis.

Por isso, irregularidades prolongadas em uma equipe de referência podem produzir repercussões financeiras que ultrapassam o valor recebido diretamente por ela.

2.9. Como conferir o Componente de Equidade?

O acompanhamento deve ocorrer em etapas.

Primeiro, deve-se verificar se a equipe está corretamente cadastrada no SCNES, incluindo INE, composição profissional, CBO e carga horária.

Em seguida, deve-se conferir sua situação de credenciamento/homologação e a existência de eventual motivo de suspensão.

No SIAPS – Pagamento APS, podem ser consultadas informações relacionadas ao custeio, pagamento e suspensão das equipes e serviços.

Por fim, o valor efetivamente transferido ao Fundo Municipal de Saúde deve ser conferido nos registros de Repasses Fundo a Fundo do Fundo Nacional de Saúde.

Essa conferência permite diferenciar três situações que, embora possam produzir o mesmo resultado financeiro, possuem causas distintas: equipe sem financiamento iniciado, equipe com pagamento suspenso e diferença entre o valor esperado e o efetivamente transferido.

PARA O GESTOR GUARDAR

O Componente de Equidade possui duas funções distintas: manter e implantar equipes. Para o gestor municipal, portanto, três informações são essenciais neste componente: qual é o IED do município + quantas equipes estão aptas + se existe alguma suspensão. Com essas informações, já é possível estimar o potencial mensal do Componente de Equidade e comparar esse valor com os recursos efetivamente recebidos.

CAPÍTULO 3

3. COMPONENTE DE VÍNCULO E ACOMPANHAMENTO TERRITORIAL

O Componente de Vínculo e Acompanhamento Territorial integra o cofinanciamento federal da APS e busca fortalecer a territorialização, a adscrição da população e o acompanhamento efetivo das pessoas pelas equipes.

Sua lógica parte de um princípio importante: não basta cadastrar a população. Para alcançar melhores resultados no componente, a equipe precisa manter os cadastros atualizados e qualificados e acompanhar as pessoas ao longo do tempo.

A metodologia está estruturada em duas dimensões:

- Cadastro – 30% da pontuação
- Acompanhamento – 70% da pontuação

A combinação dos resultados dessas duas dimensões determina a classificação final da equipe.

3.1. Quais equipes participam?

O Componente de Vínculo e Acompanhamento Territorial contempla as eSF, eAP e eSFR.

Para as eSF e eAP, a classificação é calculada a partir das dimensões Cadastro (30%) e Acompanhamento (70%), conforme os parâmetros e critérios apresentados neste capítulo.

Na dimensão Acompanhamento, podem ser considerados registros assistenciais realizados por outras equipes da APS vinculadas à eSF/eAP, como eSB e eMulti, desde que atendidos os critérios de validação estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

Atenção à eSFR

A Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR) também está contemplada no Componente de Vínculo e Acompanhamento Territorial. Entretanto, a regulamentação estabelece que sua aplicação observará parâmetros e critérios definidos em normativa específica.

Por esse motivo, os parâmetros populacionais e a metodologia de cálculo apresentados a seguir para eSF/eAP não devem ser automaticamente aplicados à eSFR.

3.2. Dimensão cadastro – 30%

A dimensão Cadastro avalia a vinculação e a qualidade das informações cadastrais da população.

Para fins do componente, o cadastro deve estar atualizado nos últimos 24 meses.

A metodologia diferencia duas situações:

SITUAÇÃO CADASTRAL	FATOR DE PONDERAÇÃO
Cadastro Individual – MICI	0,75
Cadastro Individual + Cadastro Domiciliar e Territorial – MICI + MIDT	1,50

Assim, o cadastro completo possui peso duas vezes maior que o cadastro exclusivamente individual.

Cadastro atualizado

Considera-se atualizado o cadastro que tenha sido inserido ou alterado nos últimos 24 meses. Isso significa que o município não deve trabalhar apenas com a quantidade acumulada de cadastros existentes na base. É necessário monitorar sua atualização continuamente.

Cadastro rápido

O cadastro rápido não é considerado como cadastro válido para fins de cálculo do componente. Para o financiamento, é necessário que a pessoa possua o registro de Cadastro Individual ou modelo de informação equivalente, observados os critérios definidos pelo Ministério da Saúde.

Cadastro, vínculo e acompanhamento não são sinônimos

Essa diferenciação é fundamental:

Cadastrar é registrar adequadamente a pessoa.

Vincular é estabelecer sua relação com a equipe responsável pelo território e pelo cuidado.

Acompanhar exige que essa pessoa tenha contatos assistenciais que atendam aos critérios definidos para o componente.

Portanto:

CADASTRADO ≠ NECESSARIAMENTE ACOMPANHADO

Uma equipe pode apresentar número elevado de pessoas cadastradas e, ainda assim, obter resultado insatisfatório no componente se essas pessoas não estiverem sendo acompanhadas conforme os critérios estabelecidos.

3.3. Dimensão acompanhamento – 70%

A segunda dimensão verifica se as pessoas vinculadas estão sendo efetivamente acompanhadas pelas equipes.

Para ser considerada acompanhada, a pessoa deve possuir cadastro válido e apresentar mais de um contato assistencial no período de 12 meses.

Portanto, na prática:

Pessoa acompanhada = pelo menos 2 contatos assistenciais em 12 meses, observadas as regras de registro estabelecidas para o componente.

Entre os registros considerados estão:

- atendimento individual;
- atendimento odontológico individual;
- atividade coletiva;
- visita domiciliar/territorial e marcadores de consumo alimentar.

A realização exclusiva de procedimentos não caracteriza acompanhamento para fins deste componente.

Exemplo prático

Uma pessoa possui Cadastro Individual e Cadastro Domiciliar e Territorial atualizados.

Nos últimos 12 meses, realizou uma consulta de enfermagem e posteriormente recebeu uma visita domiciliar registrada adequadamente.

Essa pessoa atende ao critério de acompanhamento.

Por outro lado, uma pessoa pode possuir cadastro atualizado, mas ter realizado apenas um contato assistencial no período avaliado. Nesse caso, possui cadastro válido, mas não atende ao critério para ser considerada acompanhada.

3.4. Nem todas as pessoas acompanhadas possuem o mesmo peso

A metodologia atribui ponderações diferentes à população acompanhada, considerando características demográficas e de vulnerabilidade.

Pessoa acompanhada	Peso
Demais pessoas	1,0
Criança menor de 5 anos ou pessoa com mais de 60 anos	1,2
Beneficiário do Programa Bolsa Família ou do Benefício de Prestação Continuada – BPC	1,3
Presença concomitante do critério demográfico e de vulnerabilidade	2,5

Essa ponderação faz com que o componente não considere apenas quantas pessoas foram acompanhadas, mas também características da população sob responsabilidade da equipe.

3.5. Parâmetro populacional das equipes

Para o acompanhamento da população, são adotados parâmetros relacionados ao número de pessoas vinculadas às equipes, definidos de acordo com o porte populacional do município.

Porte populacional do município	eSF – parâmetro	eSF – limite máximo	eAP 30h – parâmetro	eAP 30h – limite máximo	eAP 20h – parâmetro	eAP 20h – limite máximo
Até 20 mil habitantes	2.000	3.000	1.500	2.250	1.000	1.500
Acima de 20 mil até 50 mil	2.500	3.750	1.875	2.813	1.250	1.875
Acima de 50 mil até 100 mil	2.750	4.125	2.063	3.095	1.375	2.063
Acima de 100 mil	3.000	4.500	2.250	3.375	1.500	2.250

O parâmetro e o limite máximo não devem ser confundidos.

O parâmetro representa a referência populacional utilizada no cálculo. O limite máximo estabelece até onde a população vinculada pode chegar sem produzir a limitação prevista na classificação.

E se a equipe ultrapassar o limite máximo?

Quando o limite máximo de pessoas cadastradas por eSF ou eAP for ultrapassado, para fins da transferência do incentivo financeiro, a classificação da equipe no componente poderá alcançar no máximo “Bom”.

Portanto, possuir mais pessoas cadastradas não significa receber indefinidamente mais recursos. Esse ponto é particularmente importante no planejamento territorial: a quantidade de

cadastros precisa ser analisada em conjunto com o dimensionamento das equipes e a população efetivamente acompanhada.

3.6. Como é formada a nota do componente?

A nota do componente é formada por duas dimensões: **Cadastro (Escore X)**, com peso de 30%, e **Acompanhamento (Escore Y)**, com peso de 70%.

Dimensão Cadastro – Escore X

O resultado percentual da dimensão Cadastro é calculado pela seguinte fórmula:

$$X = \frac{[N.^{o}\ de\ pessoas\ com\ cadastro\ individual \times 075] + [N.^{o}\ de\ pessoas\ com\ cadastro\ individual\ e\ cadastro\ domiciliar\ e\ territorial \times 1{,}5]}{Populaão\ parâmetro\ da\ equipe\ ou\ população\ IBGE} \times 100$$

Numerador: corresponde à soma ponderada das pessoas cadastradas, considerando:

- cadastro individual: **peso 0,75**;
- cadastro individual + cadastro domiciliar e territorial: **peso 1,5**.

Denominador: corresponde à população parâmetro da equipe ou à população IBGE, conforme aplicável.

O percentual obtido é utilizado para definir a classificação da dimensão e, consequentemente, o **Escore X**, que pode variar de **0,75 a 3,00 pontos**.

Dimensão Acompanhamento – Escore Y

O resultado percentual da dimensão Acompanhamento considera as pessoas acompanhadas pela equipe, ponderadas segundo critérios de vulnerabilidade:

$$Y = \frac{A + B + C + D}{População\ parâmetro\ da\ equipe\ ou\ população\ IBGE} \times 100$$

Numerador:

A = pessoas acompanhadas **sem critérios de vulnerabilidade** × **1,0**

B = pessoas idosas ou crianças acompanhadas × **1,2**

C = beneficiários do BPC ou PBF acompanhados × **1,3**

D = pessoas idosas ou crianças beneficiárias do BPC ou PBF acompanhadas × **2,5**

Denominador: corresponde à **população parâmetro da equipe ou à população IBGE**, conforme aplicável.

O percentual obtido define a classificação da dimensão e o respectivo **Escore Y**, que pode variar de **1,75 a 7,00 pontos**.

Resultado final

Após o cálculo e a conversão dos resultados percentuais nos respectivos escores, eles são somados para obtenção da classificação final.

Cadastro – 30%	Escore X	Acompanhamento – 70%	Escore Y	Classificação Final	Classificação
> 85%	**3,00**	> 85%	**7,00**	**> 8,5 pts**	Ótimo
65 a 84,9%	**2,25**	65 a 84,9%	**5,25**	**7 a 8,5 pts**	Bom
45 a 64,9%	**1,50**	45 a 64,9%	**3,50**	**5,0 a 6,9 pts**	Suficiente
< 45%	**0,75**	< 45%	**1,75**	**< 5,0 pts**	Regular

3.7. Satisfação do usuário

A metodologia também incorpora a avaliação realizada pelos usuários por meio do Meu SUS Digital.

A participação dos usuários pode acrescentar pontuação ao escore da dimensão Acompanhamento:

- até 4,9% dos atendimentos avaliados: acréscimo de 0,15 ponto;
- 5% ou mais dos atendimentos avaliados: acréscimo de 0,30 ponto.

O acréscimo está limitado ao teto da dimensão Acompanhamento, que permanece em 7 pontos.

Assim, a avaliação do usuário pode contribuir para o resultado, mas não permite ultrapassar a pontuação máxima prevista para a dimensão.

3.8. Quanto a equipe pode receber?

O valor mensal do Componente de Vínculo e Acompanhamento Territorial varia conforme a modalidade da equipe e sua classificação.

Vejamos:

Equipe	Ótimo	Bom	Suficiente	Regular
eSF	R$ 8.000	R$ 6.000	R$ 4.000	R$ 2.000
eAP 30h	R$ 4.800	R$ 3.600	R$ 2.400	R$ 1.200
eAP 20h	R$ 3.200	R$ 2.400	R$ 1.600	R$ 800

Portanto, diferentemente do Componente de Equidade, cujo valor mensal é determinado pelo IED do município, aqui o valor recebido depende da classificação alcançada pela equipe.

3.9. Periodicidade da avaliação

A apuração dos resultados ocorre quadrimestralmente, considerando os períodos e competências definidos pelo Ministério da Saúde.

O resultado alcançado no período de avaliação produz efeitos financeiros nas competências subsequentes, conforme o cronograma estabelecido para os Componentes de Vínculo e Acompanhamento Territorial e de Qualidade.

Para a gestão municipal, isso significa que uma alteração no pagamento de determinado mês pode decorrer do resultado apurado em período anterior.

Por essa razão, ao analisar uma redução ou aumento do repasse, não se deve olhar apenas a produção do mês em que ocorreu o pagamento.

A Nota Técnica nº 08/2026 é a referência atual indicada pelo SIAPS para o cálculo de desempenho quadrimestral dos Componentes II e III; a própria página do sistema identifica a Nota Técnica nº 06/2025 como descontinuada.

3.10. O que o gestor deve monitorar?

O acompanhamento desse componente não deve ficar restrito à classificação final.

Uma equipe classificada como “Suficiente” ou “Regular”, por exemplo, precisa identificar qual dimensão está comprometendo seu resultado.

Se o problema estiver no Cadastro, devem ser avaliados, entre outros aspectos:

Atualização cadastral; Cadastro Individual; Cadastro Domiciliar e Territorial; identificação correta das pessoas; vinculação à equipe; e consistência das informações enviadas.

Se o problema estiver no Acompanhamento, deve-se verificar:

Quantidade de pessoas efetivamente acompanhadas; existência dos contatos assistenciais necessários; registros das práticas de cuidado; periodicidade; identificação da pessoa; INE; CNES; CBO dos profissionais; e demais regras de validação dos registros.

A existência de produção no prontuário ou sistema local não garante, isoladamente, que determinado registro tenha sido validado para fins do componente.

3.11. Como analisar uma equipe com resultado abaixo do esperado?

Uma análise operacional pode seguir esta sequência:

1. Conferir a população vinculada à equipe.
2. Verificar quantas pessoas possuem cadastro atualizado nos últimos 24 meses.
3. Diferenciar Cadastro Individual de Cadastro Individual + Domiciliar e Territorial.
4. Verificar quantas pessoas atendem ao conceito de acompanhamento no período avaliado.
5. Analisar as ponderações demográficas e de vulnerabilidade.
6. Verificar se o parâmetro ou o limite máximo populacional da equipe foi ultrapassado.
7. Conferir a participação dos usuários na avaliação do atendimento.
8. Identificar registros que não foram validados e investigar a causa.

O objetivo não deve ser simplesmente "aumentar a nota", mas identificar qual elemento do cálculo está produzindo o resultado observado.

A análise deve se concentrar no acompanhamento da população: verificar quantas pessoas cadastradas estão efetivamente acompanhadas e quais critérios ou registros estão impedindo que o resultado seja maior.

Esse tipo de leitura evita intervenções genéricas e direciona a gestão para o ponto que efetivamente interfere no financiamento.

PARA O GESTOR GUARDAR

O Componente de Vínculo e Acompanhamento Territorial não remunera simplesmente a existência de cadastros.
Sua lógica combina:
30% Cadastro + 70% Acompanhamento.
O cadastro precisa estar atualizado e qualificado, mas a maior parcela da pontuação está relacionada ao acompanhamento efetivo da população.
Assim, para melhorar o resultado financeiro, não basta promover campanhas indiscriminadas de cadastramento. É necessário organizar o território e o processo de trabalho para que a população vinculada seja efetivamente acompanhada.

CAPÍTULO 4

4. COMPONENTE DE QUALIDADE

O Componente de Qualidade integra o cofinanciamento federal da Atenção Primária à Saúde e busca induzir a realização de boas práticas de cuidado, considerando as necessidades de saúde da população, os diferentes ciclos de vida e as especificidades das equipes e dos territórios.

Sua lógica não está baseada apenas na existência da equipe ou na quantidade de atendimentos realizados. O componente avalia resultados alcançados em indicadores específicos, definidos pelo Ministério da Saúde para cada modalidade de equipe. A partir desses resultados, cada equipe recebe uma classificação:

Ótimo | Bom | Suficiente | Regular

Essa classificação é utilizada para definição do valor do incentivo financeiro do Componente de Qualidade.

4.1. Quais equipes são financiadas pelo Componente de Qualidade?

O componente contempla as seguintes equipes:

- Equipe de Saúde da Família – eSF;
- Equipe de Atenção Primária – eAP;
- Equipe de Saúde Bucal – eSB;
- Equipe Multiprofissional – eMulti;
- Equipe de Saúde da Família Ribeirinha – eSFR;
- Equipe de Consultório na Rua – eCR;
- Equipe de Atenção Primária Prisional – eAPP.

Cada modalidade possui indicadores próprios e valores de financiamento próprios. Por isso, o gestor não deve analisar o Componente de Qualidade apenas a partir das eSF e eAP: é necessário identificar todas as equipes do município que integram esse componente.

4.2. Quais são os indicadores avaliados?

Os indicadores variam conforme a modalidade da equipe. A análise deve sempre ser realizada a partir das fichas técnicas/notas metodológicas específicas, pois cada indicador

estabelece população avaliada, critérios de inclusão, boas práticas, registros válidos, períodos de avaliação e parâmetros próprios.

Equipe de Saúde da Família (eSF) e Equipe de Atenção Primária (eAP)

Indicador
Mais Acesso à Atenção Primária à Saúde
Cuidado no desenvolvimento infantil
Cuidado na gestação e puerpério
Cuidado da pessoa com diabetes
Cuidado da pessoa com hipertensão
Cuidado da pessoa idosa
Cuidado da mulher na prevenção do câncer

Esses indicadores avaliam desde a organização do acesso até a realização de boas práticas de acompanhamento de crianças, gestantes e puérperas, pessoas com condições crônicas, pessoas idosas e mulheres.

Equipe de Saúde Bucal (eSB)

Indicador
1ª Consulta Odontológica Programada
Tratamento Odontológico Concluído
Taxa de Exodontias
Escovação Supervisionada
Procedimentos Odontológicos Preventivos
Tratamento Restaurador Atraumático (ART)

Os indicadores observam acesso programado ao cuidado odontológico, continuidade e conclusão do tratamento, perfil dos procedimentos realizados e desenvolvimento de ações preventivas e de promoção da saúde bucal.

Equipe Multiprofissional (eMulti)

Indicador
Média de atendimentos da eMulti por pessoa
Ações interprofissionais da eMulti na APS

O primeiro indicador observa o acesso e o acompanhamento das pessoas pela equipe multiprofissional. O segundo avalia a integração da eMulti com as demais equipes da APS e o compartilhamento do cuidado.

Equipe de Atenção Primária Prisional (eAPP)

Indicador
Mais acesso à Atenção Primária Prisional
Cuidado na gestação
Cuidado da pessoa com hipertensão e/ou diabetes
Rastreamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)
Cuidado da pessoa com tuberculose
Atenção à saúde da mulher

Nesse conjunto, são avaliados o acesso e a continuidade do cuidado à população privada de liberdade, considerando necessidades prioritárias de saúde.

Equipe de Consultório na Rua (eCR)

Indicador
Mais Acesso à APS
Gestação e Puerpério
Rastreamento de IST

Para a eCR, os indicadores avaliam o acesso da população em situação de rua à APS e boas práticas relacionadas ao cuidado de populações específicas, incluindo:

Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR)

Indicador
Mais acesso à equipe de Saúde da Família Ribeirinha
Cuidado no desenvolvimento infantil
Cuidado na gestação e puerpério
Cuidado da pessoa com diabetes
Cuidado da pessoa com hipertensão
Cuidado da mulher na prevenção do câncer

Na eSFR, a avaliação deve ser compreendida considerando também as características do território ribeirinho, especialmente programação da agenda, itinerários e deslocamentos, captação precoce e continuidade do cuidado.

4.3. O que significa, na prática, cumprir um indicador?

Esse é um ponto fundamental para compreender o Componente de Qualidade.

Ter produção registrada não significa, necessariamente, que aquela produção será considerada no cálculo do indicador.

Cada indicador possui regras próprias para definir:

- quem integra a população avaliada;
- quais práticas são consideradas;
- quais profissionais podem realizá-las;
- quais registros são aceitos;
- quantas práticas precisam ocorrer;
- em qual período devem ser realizadas;
- e quais critérios são utilizados para reconhecer a informação no cálculo.

Por isso, para que determinada prática seja contabilizada, é necessário observar a combinação dos requisitos previstos na respectiva ficha:

Pessoa correta + Equipe correta + Profissional/CBO correto + Registro correto + Quantidade exigida + Prazo previsto = prática reconhecida no cálculo.

Exemplo

No indicador C2 – Cuidado no desenvolvimento infantil, não basta que a criança possua atendimento registrado na UBS.

O indicador considera diferentes boas práticas de acompanhamento, como consulta em período determinado, acompanhamento ao longo dos primeiros anos de vida, registros antropométricos, visitas domiciliares e vacinação, cada qual conforme os critérios e as janelas temporais estabelecidas para o indicador.

Assim, diante de resultado baixo, a pergunta não deve ser apenas: "A criança foi atendida?" A equipe precisa verificar:

Quais boas práticas eram esperadas para essa criança? Quais foram realizadas? Quais ainda estão pendentes? As realizadas foram registradas de forma válida? Ainda existe prazo para realizar as práticas pendentes?

Essa lógica se aplica aos demais indicadores, respeitadas as particularidades de cada ficha.

4.4. Como é calculada a classificação da equipe?

O resultado do Componente de Qualidade é construído em etapas.

Passo 1 – Apuração do resultado de cada indicador

Inicialmente, calcula-se o resultado quadrimestral de cada indicador:

Resultado quadrimestral do indicador = média dos resultados dos meses monitorados.

Passo 2 – Classificação de cada indicador

O resultado obtido é comparado aos parâmetros estabelecidos para aquele indicador.

A partir dessa comparação, ele recebe um conceito:

Ótimo | Bom | Suficiente | Regular

É importante compreender que os parâmetros para alcançar cada conceito são definidos individualmente para cada indicador. Portanto, não se deve utilizar o parâmetro de uma ficha para interpretar outra.

Passo 3 – Conversão do conceito em pontuação

Conceito	Pontuação
Ótimo	1,00
Bom	0,75
Suficiente	0,50
Regular	0,25

Passo 4 – Aplicação do peso do indicador

A pontuação correspondente ao conceito é multiplicada pelo peso atribuído ao indicador:

Pontuação do conceito × peso do indicador = nota ponderada do indicador

Obs.: é necessário observar o valor do peso atribuído na Nota Técnica nº 8/2026-DEAPS/SAPS/MS https://sisaps.saude.gov.br/sistemas/siaps/assets/files/NT_06-2025_cvat-8638ee08a7310014262c2326c234d35a.pdf

Passo 5 – Cálculo da nota final

Ao final, são somadas as notas ponderadas dos indicadores:

NOTA FINAL = Σ (pontuação de cada indicador × respectivo peso)

Portanto, a classificação final da equipe não é obtida por uma média simples dos percentuais alcançados nos indicadores. Indicadores com pesos diferentes exercem impactos diferentes sobre a nota final.

4.5. Como a nota final é classificada?

Nota final do Componente de Qualidade	Classificação
Acima de 7,5	Ótimo
De 5,0 a 7,5	Bom
De 2,6 a 4,9	Suficiente
Até 2,5	Regular

O resultado é apurado quadrimestralmente e utilizado para fins de avaliação e cofinanciamento.

4.6. Quanto cada equipe pode receber?

O valor mensal do Componente de Qualidade depende da modalidade da equipe e da classificação alcançada.

Equipe de Saúde da Família e Equipe de Atenção Primária

Equipe / modalidade	Ótimo	Bom	Suficiente	Regular
Equipe de Saúde da Família – 40 horas	R$ 8.000	R$ 6.000	R$ 4.000	R$ 2.000
Equipe de Atenção Primária – 30 horas	R$ 4.000	R$ 3.000	R$ 2.000	R$ 1.000
Equipe de Atenção Primária – 20 horas	R$ 3.000	R$ 2.250	R$ 1.500	R$ 750

Equipe de Saúde Bucal

Equipe / modalidade	Ótimo	Bom	Suficiente	Regular
Equipe de Saúde Bucal Modalidade I – 40 horas	R$ 2.500	R$ 2.000	R$ 1.500	R$ 1.000
Equipe de Saúde Bucal Modalidade II – 40 horas	R$ 3.300	R$ 2.500	R$ 1.700	R$ 1.200
Equipe de Saúde Bucal Modalidade I – Quilombola/Assentado – 40 horas	R$ 3.750	R$ 3.000	R$ 2.250	R$ 1.500
Equipe de Saúde Bucal Modalidade II – Quilombola/Assentado – 40 horas	R$ 4.950	R$ 3.750	R$ 2.550	R$ 1.800
Equipe de Saúde Bucal Modalidade I – 30 horas	R$ 1.875	R$ 1.500	R$ 1.125	R$ 750
Equipe de Saúde Bucal Modalidade I – 20 horas	R$ 1.250	R$ 1.000	R$ 750	R$ 500

Atenção: No caso da Saúde Bucal, é importante não confundir os diferentes componentes do financiamento. A Equipe de Saúde Bucal participa do Componente de Qualidade. Centro de Especialidades Odontológicas, Laboratório Regional de Prótese Dentária e Unidade Odontológica Móvel não integram este componente. O Serviço de Especialidades em Saúde Bucal possui incentivo próprio por desempenho.

Equipe Multiprofissional

Equipe / modalidade	Ótimo	Bom	Suficiente	Regular
Equipe Multiprofissional Ampliada	R$ 9.000	R$ 6.750	R$ 4.500	R$ 2.250
Equipe Multiprofissional Complementar	R$ 6.000	R$ 4.500	R$ 3.000	R$ 1.500
Equipe Multiprofissional Estratégica	R$ 3.000	R$ 2.250	R$ 1.500	R$ 750

Equipe de Atenção Primária Prisional

Equipe / modalidade	Ótimo	Bom	Suficiente	Regular
Equipe de Atenção Primária Prisional Ampliada – 30 horas	R$ 8.000	R$ 6.000	R$ 4.000	R$ 2.000
Equipe de Atenção Primária Prisional Ampliada – 20 horas	R$ 6.000	R$ 4.500	R$ 3.000	R$ 1.500
Equipe de Atenção Primária Prisional Essencial – 30 horas	R$ 7.000	R$ 5.250	R$ 3.500	R$ 1.750
Equipe de Atenção Primária Prisional Essencial – 20 horas	R$ 5.000	R$ 3.750	R$ 2.500	R$ 1.250

Equipe de Consultório na Rua

Equipe / modalidade	Ótimo	Bom	Suficiente	Regular
Equipe de Consultório na Rua – Modalidade III	R$ 8.000	R$ 6.000	R$ 4.000	R$ 2.000
Equipe de Consultório na Rua – Modalidade II	R$ 7.000	R$ 5.250	R$ 3.500	R$ 1.750
Equipe de Consultório na Rua – Modalidade I	R$ 6.000	R$ 4.500	R$ 3.000	R$ 1.500

Equipe de Saúde da Família Ribeirinha

Equipe / modalidade	Ótimo	Bom	Suficiente	Regular
Equipe de Saúde da Família Ribeirinha – 40 horas	R$ 8.000	R$ 6.000	R$ 4.000	R$ 2.000

4.7. Como calcular o potencial financeiro do município?

O cálculo deve ser realizado equipe por equipe, considerando a modalidade e a classificação correspondente.

Exemplo

Considere um município que possua:

5 Equipes de Saúde da Família;

5 Equipes de Saúde Bucal Modalidade I – 40 horas;

1 Equipe Multiprofissional Complementar.

Se todas estiverem classificadas como Ótimo:

5 × R$ 8.000 = R$ 40.000 — Equipes de Saúde da Família

5 × R$ 2.500 = R$ 12.500 — Equipes de Saúde Bucal

1 × R$ 6.000 = R$ 6.000 — Equipe Multiprofissional Complementar

Potencial mensal do Componente de Qualidade = R$ 58.500

A classificação é individual. Portanto, equipes do mesmo município, inclusive da mesma modalidade, podem apresentar classificações diferentes e, consequentemente, gerar valores distintos.

4.8. Como analisar um resultado abaixo do esperado?

Quando uma equipe apresenta classificação Bom, Suficiente ou Regular, não é suficiente olhar apenas para a nota final.

A análise deve ocorrer em sequência:

1. Qual é a classificação final da equipe?
2. Qual ou quais indicadores estão reduzindo a nota final?
3. Qual o peso desses indicadores na composição da nota?
4. Dentro do indicador, quais boas práticas apresentam resultado abaixo do esperado?
5. A prática não foi realizada ou foi realizada e não reconhecida no cálculo?

Essa última pergunta é especialmente importante.

Um resultado baixo pode representar uma lacuna assistencial, mas também pode decorrer de problemas de registro ou de critérios necessários para que a informação seja considerada no cálculo.

4.9. O que verificar quando a equipe diz que realizou a ação, mas ela não foi contabilizada?

A gestão deve confrontar o registro realizado com a ficha técnica do indicador.

Ponto de verificação	O que analisar
Identificação da pessoa	Nome, data de nascimento, CPF ou CNS válido e compatibilidade com o CadSUS
Equipe/INE	Se a produção está vinculada à equipe e ao INE corretos
Profissional/CBO	Se o profissional que realizou a ação possui CBO aceito para aquela boa prática
Modelo de Informação	Onde a ação foi registrada: atendimento individual, procedimento, atividade coletiva, visita domiciliar/territorial ou outro modelo previsto
Procedimento/código	Se foi utilizado o procedimento ou código exigido para reconhecimento da prática

Ponto de verificação	O que analisar
CID/CIAP	Quando aplicável, se a condição de saúde foi registrada conforme os critérios do indicador
Quantidade	Se foi cumprida a quantidade mínima de ações ou registros prevista
Janela temporal	Se a prática ocorreu dentro do período estabelecido
Resultado da boa prática	Qual prática específica está deixando de ser contabilizada

Esses elementos variam conforme o indicador e devem ser confirmados na respectiva ficha técnica.

4.10. O acompanhamento deve ocorrer durante o quadrimestre

O gestor não deve esperar o fechamento do quadrimestre para descobrir que determinada equipe perdeu pontuação.

O acompanhamento periódico permite identificar antecipadamente:

- pessoas que ainda não completaram as boas práticas;
- práticas com janela temporal próxima do encerramento;
- problemas de identificação dos usuários;
- registros que não estão sendo reconhecidos;
- inconsistências de equipe, INE ou CBO;
- indicadores com desempenho abaixo do esperado;
- e oportunidades de reorganização do processo de trabalho.

O objetivo é permitir que a gestão intervenha enquanto ainda existe possibilidade de qualificar o cuidado, e não somente depois da consolidação do resultado.

4.11. Qualidade não significa produzir mais procedimentos

O Componente de Qualidade não deve ser compreendido como estímulo à realização indiscriminada de procedimentos para melhorar indicadores.

A lógica é identificar a população que necessita de determinada prática e organizar o processo de trabalho para que o cuidado adequado seja realizado para a pessoa certa, no momento oportuno e com registro adequado.

Quando o indicador apresenta resultado baixo, a gestão deve procurar identificar a causa: há pessoas que não estão recebendo o cuidado esperado?

Ou o cuidado foi realizado, mas não está sendo reconhecido devido à forma como foi registrado? Essa distinção é fundamental para definir a intervenção adequada.

4.12. Roteiro operacional para o gestor

Ao analisar o Componente de Qualidade do município, o gestor deve seguir uma sequência lógica:

1. Identificar todas as equipes financiadas pelo componente - eSF, eAP, eSB, eMulti, eSFR, eCR e eAPP.
2. Conferir a modalidade de cada equipe - a modalidade interfere diretamente no valor potencial do incentivo.
3. Verificar a classificação de cada equipe - Ótimo, Bom, Suficiente ou Regular.
4. Identificar os indicadores que estão reduzindo a nota final.
5. Verificar o peso de cada indicador.
6. Abrir a ficha técnica correspondente e analisar as boas práticas.
7. Identificar as pessoas que ainda possuem práticas pendentes.
8. Verificar se as práticas realizadas estão sendo reconhecidas no cálculo.
9. Corrigir problemas relacionados a cadastro, INE, CBO, procedimento, modelo de informação, quantidade ou janela temporal, quando existentes.
10. Acompanhar o resultado durante o quadrimestre e comparar a classificação obtida com o valor financeiro correspondente.

PARA O GESTOR GUARDAR

O Componente de Qualidade financia diferentes modalidades de equipes, cada uma com indicadores próprios. A nota final considera a pontuação e o peso de cada indicador. Resultados abaixo do esperado devem levar o gestor a identificar qual indicador precisa melhorar, quais cuidados estão pendentes e se foram realizados e registrados corretamente.

CAPÍTULO 5

5. COMPONENTE PARA IMPLANTAÇÃO E MANUTENÇÃO DE PROGRAMAS, SERVIÇOS, PROFISSIONAIS E OUTRAS COMPOSIÇÕES DE EQUIPES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O Componente para Implantação e Manutenção de Programas, Serviços, Profissionais e outras Composições de Equipes da Atenção Primária à Saúde reúne diferentes incentivos financeiros federais destinados a apoiar a organização e o funcionamento de estratégias específicas da APS.

Diferentemente dos Componentes de Vínculo e Acompanhamento Territorial e de Qualidade, não existe uma única metodologia de cálculo ou um único valor aplicável a todas as estratégias.

A Portaria de Consolidação GM/MS nº 6/2017 estabelece que as transferências desse componente devem observar as normas específicas que regulamentam a organização, o funcionamento e o financiamento de cada programa, serviço, profissional ou equipe.

Por isso, a primeira pergunta do gestor deve ser:

Qual programa, serviço, profissional ou equipe está sendo analisado?

Somente depois dessa identificação é possível verificar corretamente quem pode receber, como solicitar, quais requisitos precisam ser cumpridos, qual o valor do incentivo e o que deve ser mantido para continuidade do repasse.

5.1. O que é financiado por este componente?

O art. 12-H da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6/2017 relaciona expressamente diferentes estratégias e também permite a inclusão de outros programas, serviços, profissionais e composições de equipes instituídos posteriormente por ato normativo específico do Ministério da Saúde. Estratégias expressamente previstas no art. 12-H:

Estratégia	Financiamento neste componente
Equipes Multiprofissionais – eMulti	Custeio da equipe
Equipes de Consultório na Rua – eCR	Custeio da equipe
Unidades Básicas de Saúde Fluviais – UBSF	Custeio da estratégia
Equipes de Saúde da Família Ribeirinha – eSFR	Custeio da equipe
Equipes de Atenção Primária Prisional – eAPP	Custeio da equipe

Estratégia	Financiamento neste componente
Atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade - PNAISARI	Incentivo ao ente responsável pela gestão das ações
Equipes de saúde integradas a programas de residência uniprofissional ou multiprofissional na APS	Incentivo específico
Programa Saúde na Escola – PSE	Incentivo financeiro do programa
Incentivo à Atividade Física na APS – IAF	Incentivo financeiro para implementação das ações
Microscopistas	Incentivo de custeio dos profissionais
Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde – ACS	Incentivo financeiro federal de custeio
Outros programas, serviços, profissionais e composições de equipe	Quando instituídos por ato normativo específico do Ministério da Saúde

5.2. E o Programa Academia da Saúde?

O Programa Academia da Saúde – PAS também deve ser considerado neste capítulo.

A Portaria GM/MS nº 10.244/2026 reorganizou o programa e instituiu novo financiamento federal de implantação e custeio. A solicitação de credenciamento ocorre pelo Gerencia APS, e a Nota Técnica nº 53/2026 inclui expressamente os Serviços do Programa Academia da Saúde entre as estratégias disponíveis para solicitação.

Portanto, embora o PAS não permaneça nominalmente nos incisos I a XI do art. 12-H após a reestruturação de 2024, sua regulamentação específica de 2026 permite seu tratamento no âmbito deste componente, à luz do inciso XII.

5.3. Cada estratégia possui uma regra própria de financiamento

Não existe uma tabela única de valores para todo o Componente IV.

Cada estratégia possui regulamentação específica, que pode definir:

- valor de custeio mensal;
- incentivo de implantação;
- critérios populacionais; modalidade ou tipologia;
- composição profissional; carga horária;
- requisitos cadastrais; produção; adesão; habilitação; credenciamento; e
- hipóteses de suspensão.

Por isso, duas estratégias pertencentes ao mesmo componente podem possuir formas de financiamento completamente diferentes.

5.4. Como uma estratégia passa a receber cofinanciamento federal?

Em 2026, a Nota Técnica nº 53/2026-COHC/CGFAP/DEAPS/SAPS/MS sistematizou o fluxo para solicitação de credenciamento, habilitação e adesão das estratégias da APS.

O Gerencia APS, disponível no acesso restrito da plataforma e-Gestor APS, é a ferramenta utilizada para registrar as solicitações e acompanhar seu andamento.

Dependendo da estratégia, o município poderá realizar:

credenciamento → habilitação → adesão → alteração/mudança de tipologia, conforme o caso.

A própria Nota Técnica nº 53/2026 diferencia equipes, incentivos, políticas, programas, profissionais, estabelecimentos e serviços e identifica o tipo de solicitação aplicável a cada um.

5.5. O caminho entre solicitar e começar a receber

Embora existam regras específicas para cada estratégia, o gestor pode utilizar uma sequência geral para acompanhar o processo.

1. Identificar a necessidade e verificar a elegibilidade

A gestão deve avaliar a necessidade de implantação ou ampliação considerando critérios populacionais, territoriais, epidemiológicos e a capacidade instalada do município.

2. Prever a estratégia no planejamento municipal

Antes da solicitação, devem ser observados os procedimentos de governança aplicáveis, inclusive a inserção das ações nos instrumentos de planejamento e sua apreciação pelo Conselho de Saúde, conforme o fluxo estabelecido pelo Ministério da Saúde.

3. Registrar a solicitação

A solicitação é registrada no Gerencia APS, observando-se o procedimento correspondente à estratégia.

4. Aguardar a publicação do ato

Havendo análise favorável e disponibilidade orçamentária, o Ministério da Saúde publica o ato de credenciamento, habilitação ou adesão correspondente.

5. Implantar e cadastrar

Após o credenciamento, a gestão deve implantar a estratégia e realizar corretamente os registros exigidos no SCNES.

6. Homologação

A homologação corresponde à confirmação, pelo Ministério da Saúde, de que a estratégia foi efetivamente implantada conforme os requisitos aplicáveis.

7. Início do financiamento

Atendidos os requisitos, inicia-se o cofinanciamento correspondente.

5.6. Credenciamento não significa pagamento automático

Encontrar uma portaria de credenciamento não significa, necessariamente, que o município já esteja recebendo o recurso.

Uma estratégia pode estar:

solicitada → credenciada → aguardando implantação → implantada → cadastrada → homologada → recebendo → suspensa.

Por isso, diante de uma portaria de credenciamento, a gestão deve continuar a investigação:

Foi implantada?

Foi cadastrada corretamente?

Foi homologada?

Está cumprindo os requisitos?

O recurso começou a ser transferido?

5.7. Prazo para implantação após o credenciamento

A Nota Técnica nº 53/2026 estabelece, como regra geral do fluxo, que após a publicação da portaria de credenciamento das novas equipes e serviços, os entes federados dispõem de três competências para implantação e cadastro no SCNES, sob pena de descredenciamento.

A homologação ocorre quando o Ministério da Saúde confirma que a estratégia foi implantada dentro desse prazo.

Por isso, o município deve possuir controle sobre:

data do credenciamento → prazo para implantação → competência do cadastro no SCNES → homologação → primeiro pagamento.

Credenciamentos publicados e não implantados devem ser identificados rapidamente para evitar perda da oportunidade de financiamento.

5.8. Implantação e manutenção são coisas diferentes

Nem todas as estratégias possuem a mesma estrutura financeira.

É necessário verificar se a norma específica prevê:

- incentivo de implantação, geralmente relacionado ao início da estratégia;
- incentivo de custeio/manutenção, destinado à continuidade do funcionamento;
- ou ambos.

Não se deve presumir que todo programa ou equipe que recebe custeio mensal também possua incentivo de implantação.

5.9. Agentes Comunitários de Saúde

A Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde – ACS integra expressamente o Componente IV. Para compreender o financiamento dos ACS, o gestor deve observar, entre outros aspectos:

quantitativo credenciado/homologado → profissionais cadastrados → vínculo → CBO → carga horária → SCNES → produção → pagamento.

A existência do ACS no quadro municipal, isoladamente, não garante o recebimento do incentivo financeiro federal.

O financiamento deve ser analisado considerando a Lei nº 11.350/2006, a Emenda Constitucional nº 120/2022, a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6/2017 e as normas complementares vigentes.

Atenção à produção

A ausência de produção enviada ao sistema de informação deve ser investigada quando houver suspensão ou redução inesperada do custeio.

Assim, diante de problema no pagamento de ACS, a gestão não deve conferir somente a portaria de credenciamento: deve confrontar credenciamento, cadastro profissional, SCNES, produção e situação do financiamento.

5.10. Equipes Multiprofissionais – eMulti

A eMulti possui custeio mensal próprio neste componente, conforme sua modalidade e regulamentação específica.

Além disso, como visto no capítulo anterior, participa do Componente de Qualidade e pode receber incentivos financeiros adicionais para **TDIC e Padi**, desde que atendidos os requisitos previstos na regulamentação.

No caso das Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação (TDIC), está previsto incentivo adicional de R$ 2.500,00 mensais de custeio, além de R$ 15.000,00 em parcela única de investimento.

Para o Programa de Atenção Domiciliar à Pessoa Idosa (Padi), o incentivo adicional mensal varia conforme a modalidade da eMulti: R$ 10.000,00 para eMulti Ampliada, R$ 7.500,00 para eMulti Complementar e R$ 5.000,00 para eMulti Estratégica, além de parcela única para implantação correspondente ao valor mensal da respectiva modalidade.

A regulamentação específica da eMulti deve ser consultada para verificar modalidade, composição profissional, carga horária, vinculação às equipes da APS e os requisitos para recebimento dos incentivos adicionais.

5.11. O que pode interromper o recebimento?

Não existe uma única regra de suspensão aplicável indistintamente a todas as estratégias do Componente IV.

Entretanto, após a homologação, a gestão deve manter regularmente os requisitos associados ao financiamento.

A Nota Técnica nº 53/2026 destaca, entre os aspectos que devem ser monitorados:

carga horária; composição mínima; compatibilidade com o SCNES; envio da produção aos sistemas de informação vigentes; e demais requisitos específicos da estratégia.

O descumprimento pode resultar em suspensão ou descredenciamento.

5.12. Roteiro operacional para o gestor

Para cada programa, serviço, profissional ou equipe, a gestão deve responder:

- O município possui ou necessita dessa estratégia?
- Atende aos critérios para solicitá-la?
- A solicitação foi realizada no Gerencia APS?
- Foi credenciada, habilitada ou teve adesão aprovada?
- Foi implantada dentro do prazo?
- Está corretamente cadastrada no SCNES?
- A composição profissional e a carga horária estão adequadas?

- A produção está sendo enviada corretamente, quando exigida?
- Qual é o valor de implantação, quando existente?
- Qual é o custeio mensal?
- A estratégia também gera recursos em outro componente do cofinanciamento?
- Quanto o município poderia receber?
- Quanto está efetivamente recebendo?
- Existe suspensão, pendência ou possibilidade de ampliação do financiamento?

PARA O GESTOR GUARDAR

O Componente para Implantação e Manutenção não possui uma regra financeira única. Ele reúne diferentes estratégias, cada uma com regulamentação própria mediante ato normativo específico do Ministério da Saúde.

Por isso, o raciocínio operacional deste capítulo é:

IDENTIFICAR A ESTRATÉGIA → CONHECER SUA NORMA ESPECÍFICA → VERIFICAR ELEGIBILIDADE → SOLICITAR → CREDENCIAR/HABILITAR/ADERIR → IMPLANTAR → CADASTRAR → HOMOLOGAR → RECEBER → MANTER OS REQUISITOS → VERIFICAR SE EXISTEM OUTROS COMPONENTES DE FINANCIAMENTO.

A Nota Técnica nº 53/2026 é uma referência operacional importante para esse percurso: ela sistematiza as estratégias atualmente disponíveis para solicitação no Gerencia APS, o fluxo de credenciamento/habilitação/adesão e o acompanhamento da implantação.

CAPÍTULO 6

6. COMPONENTE PARA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL

O Componente para Atenção à Saúde Bucal reúne os incentivos financeiros federais destinados à organização e manutenção das ações e serviços de saúde bucal no SUS, abrangendo diferentes pontos e estratégias de atenção.

Nos termos da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6/2017, integram este componente:

- Equipes de Saúde Bucal – eSB;
- Unidades Odontológicas Móveis – UOM;
- Centros de Especialidades Odontológicas – CEO;
- Laboratórios Regionais de Prótese Dentária – LRPD;
- Serviços de Especialidades em Saúde Bucal – Sesb.

Cada uma dessas estratégias possui regras próprias de credenciamento, implantação, custeio, monitoramento e, quando aplicável, produção mínima ou desempenho.

Por isso, assim como no componente anterior, não existe um único valor de "Saúde Bucal". O gestor precisa primeiro identificar qual equipe ou serviço está sendo analisado.

6.1. Atenção: a eSB aparece em mais de um componente do cofinanciamento

A Equipe de Saúde Bucal possui uma característica importante no modelo de cofinanciamento da APS.

Seu custeio próprio está no Componente para Atenção à Saúde Bucal. Entretanto, a eSB também participa do Componente de Qualidade, estudado no Capítulo 4.

Portanto:

Custeio da eSB no Componente Saúde Bucal ≠ incentivo do Componente de Qualidade.

Na prática, uma eSB pode gerar para o município:

custeio mensal da eSB + incentivo financeiro do Componente de Qualidade, conforme sua classificação.

Essa distinção não deve ser estendida automaticamente aos demais serviços odontológicos. UOM, CEO e LRPD não participam do Componente de Qualidade da APS. O Sesb possui incentivo próprio por desempenho, disciplinado dentro de sua regulamentação.

6.2. Visão geral: o que é financiado e quanto o município pode receber?

Antes de detalhar cada estratégia, é útil visualizar o conjunto do financiamento.

Equipe/serviço	Custeio Federal	Implantação
eSB 40h – Modalidade I	R$ 4.014/mês	R$ 14.000
eSB 40h – Modalidade II	R$ 7.064/mês	R$ 14.000
eSB Modalidade I – 30h	R$ 3.000/mês	R$ 3.000
eSB Modalidade I – 20h	R$ 2.000/mês	R$ 2.000
UOM	R$ 9.360/mês	R$ 9.360
CEO Tipo I	R$ 23.100/mês	R$ 120.000
CEO Tipo II	R$ 30.800/mês	R$ 150.000
CEO Tipo III	R$ 53.900/mês	R$ 240.000
LRPD – 20 a 50 próteses/mês	R$ 11.250/mês	Não possui
LRPD – 51 a 80 próteses/mês	R$ 18.000/mês	Não possui
LRPD – 81 a 120 próteses/mês	R$ 27.000/mês	Não possui
LRPD – acima de 120 próteses/mês	R$ 33.750/mês	Não possui
Sesb	R$ 7.200/mês + incentivo de desempenho de até R$ 1.800	R$ 24.000

Esses valores correspondem aos diferentes incentivos previstos para as estratégias e devem ser analisados juntamente com os requisitos específicos para manutenção do financiamento.

6.3. Equipes de Saúde Bucal – eSB

As Equipes de Saúde Bucal constituem a principal estrutura de atenção odontológica vinculada à APS e possuem custeio federal próprio de acordo com sua modalidade e carga horária.

Modalidade	Custeio mensal	Implantação
eSB 40h – Modalidade I	R$ 4.014	R$ 14.000
eSB 40h – Modalidade II	R$ 7.064	R$ 14.000
eSB Modalidade I – 30h	R$ 3.000	R$ 3.000
eSB Modalidade I – 20h	R$ 2.000	R$ 2.000

A regulamentação foi atualizada pela Portaria GM/MS nº 9.591/2025, especialmente quanto às eSB com carga horária diferenciada de 20 e 30 horas.

Além desses valores, a eSB pode receber o incentivo do Componente de Qualidade.

6.4. Unidade Odontológica Móvel – UOM

A Unidade Odontológica Móvel é um consultório odontológico estruturado em veículo adaptado e equipado para levar atendimento a territórios nos quais o acesso aos serviços de saúde bucal apresenta maior dificuldade.

A regulamentação das UOM foi atualizada pela Portaria GM/MS nº 7.954/2025, que redefiniu regras de credenciamento, funcionamento, implantação e custeio.

Quanto recebe?

- Custeio mensal por UOM: R$ 9.360
- Incentivo de implantação: R$ 9.360, em parcela única.

O início do custeio depende, entre outros requisitos, do credenciamento pelo Ministério da Saúde, cadastramento da UOM e da eSB correspondente no SCNES e início da operação da unidade.

Atenção ao cadastro dos profissionais

Os profissionais da eSB que compartilham carga horária na UOM precisam estar adequadamente cadastrados. A regulamentação também estabelece critérios específicos para a soma das cargas horárias dos profissionais.

Portanto, diante de problema no custeio da UOM, a análise deve alcançar:

credenciamento → cadastro da UOM → eSB vinculada → profissionais → carga horária → funcionamento → pagamento.

6.5. Centros de Especialidades Odontológicas – CEO

Os Centros de Especialidades Odontológicas integram a atenção especializada ambulatorial em saúde bucal e são classificados conforme sua tipologia.

Tipologia	Custeio mensal	Implantação
CEO Tipo I	R$ 23.100	R$ 120.000
CEO Tipo II	R$ 30.800	R$ 150.000
CEO Tipo III	R$ 53.900	R$ 240.000

A tipologia do CEO interfere diretamente no financiamento e também nos requisitos de funcionamento e produção.

6.6. CEO aderido à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

Os CEO aderidos à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência – RCPD podem receber incentivo financeiro adicional.

Tipologia do CEO	Adicional mensal RCPD
Tipo I	R$ 4.620
Tipo II	R$ 6.160
Tipo III	R$ 10.760

Portanto, ao calcular o potencial financeiro de um CEO, o gestor não deve observar apenas o custeio correspondente à sua tipologia. É necessário verificar também se o estabelecimento possui adesão à RCPD e se está fazendo jus ao respectivo adicional.

6.7. Novas especialidades no CEO

Outra possibilidade de ampliação do financiamento dos CEO decorre da oferta de especialidades adicionais, conforme regulamentação atualizada pela Portaria GM/MS nº 6.755/2025.

O financiamento adicional varia conforme a tipologia do CEO e a especialidade adicional habilitada.

Assim, ao analisar um CEO, o gestor deve responder:

- Qual é a tipologia?
- Está aderido à RCPD?
- Possui especialidades adicionais habilitadas?
- Está cumprindo os requisitos de produção?
- Essas informações podem alterar significativamente o potencial financeiro do serviço.

6.8. Laboratório Regional de Prótese Dentária – LRPD

O financiamento do LRPD funciona de maneira diferente. O valor mensal está relacionado à faixa de produção de próteses dentárias. Vejamos:

Faixa de produção	Custeio mensal
20 a 50 próteses/mês	R$ 11.250,00
51 a 80 próteses/mês	R$ 18.000,00
81 a 120 próteses/mês	R$ 27.000,00
Acima de 120 próteses/mês	R$ 33.750,00

O LRPD não possui incentivo federal de implantação previsto nessa estrutura de financiamento.

O gestor deve conhecer não apenas a existência do LRPD, mas também a faixa de produção para a qual está habilitado e a produção efetivamente registrada.

6.9. Serviço de Especialidades em Saúde Bucal – Sesb

O Serviço de Especialidades em Saúde Bucal – Sesb constitui estratégia destinada à ampliação da oferta de atenção especializada odontológica, especialmente em municípios de menor porte.

Em 2025, a Portaria GM/MS nº 6.748 ampliou a estratégia para municípios com até 30 mil habitantes e estabeleceu outras atualizações para sua organização.

Financiamento

- Implantação: R$ 24.000
- Custeio mensal: R$ 7.200
- Incentivo próprio de desempenho: até R$ 1.800

Atenção

O incentivo de desempenho do Sesb não é o Componente de Qualidade da APS estudado anteriormente.

São mecanismos distintos.

Sesb = custeio próprio + desempenho próprio do Sesb

eSB = custeio do Componente Saúde Bucal + Componente de Qualidade da APS.

6.10. Uma mudança importante em 2026: produção de CEO e LRPD no SIAPS

A Portaria GM/MS nº 10.192, de 5 de fevereiro de 2026, promoveu uma alteração importante no registro e monitoramento da produção dos serviços especializados de saúde bucal.

A norma estabeleceu o Sistema de Informação para a Atenção Primária à Saúde – Siaps e o CNES como referências para cadastramento e verificação das informações de CEO e LRPD e determinou que as informações de produção dos LRPD sejam verificadas e analisadas por meio do Siaps.

Para os registros no Sistema e-SUS APS, são considerados:

- Prontuário Eletrônico e-SUS APS;
- Coleta de Dados Simplificada – CDS, nos termos da regulamentação.

6.11. E o SIA/SUS? Atenção à transição

A Portaria GM/MS nº 10.192/2026 estabeleceu prazo de 180 dias, contado da publicação da norma, para a transição entre o uso do SIA/SUS e do Siaps para os registros abrangidos pela alteração.

Encerrado o período de transição, as informações dos procedimentos enviadas por BPA deixam de ser consideradas para fins de monitoramento, avaliação ou financiamento dos serviços de atenção especializada ambulatorial em saúde bucal abrangidos pela norma.

Isso torna a adequação dos serviços ao SIAPS um ponto crítico para a gestão municipal em 2026. Na prática, se o município possui CEO ou LRPD, não basta confirmar que o serviço está funcionando.

É necessário verificar:

O estabelecimento está corretamente cadastrado?

Os profissionais estão cadastrados adequadamente?

A produção está sendo enviada ao SIAPS?

O software utilizado está preparado para o envio?

A produção registrada está sendo efetivamente reconhecida?

6.12. Roteiro operacional para o gestor

Ao assumir a gestão, recomenda-se realizar um diagnóstico completo da Saúde Bucal:

1. Quantas eSB existem e qual a modalidade/carga horária de cada uma?
2. Todas estão credenciadas e corretamente cadastradas?
3. Qual o custeio mensal de cada eSB?
4. Qual a classificação de cada eSB no Componente de Qualidade?
5. O município possui UOM? Está credenciada, cadastrada e em funcionamento?
6. Possui CEO? Qual é o tipo?

7. O CEO possui adesão à RCPD?
8. Existem especialidades adicionais habilitadas?
9. A produção mínima do CEO está sendo alcançada e registrada corretamente?
10. Existe LRPD? Em qual faixa de produção está habilitado?
11. A produção do LRPD corresponde à faixa de financiamento?
12. Existe Sesb? O município recebe custeio e incentivo de desempenho?
13. CEO e LRPD estão adequados às novas regras de registro no SIAPS?
14. Quanto o município poderia receber por mês?
15. Quanto efetivamente está recebendo?

PARA O GESTOR GUARDAR

O Componente de Saúde Bucal contempla eSB, UOM, CEO, LRPD e Sesb, cada qual com regras e valores próprios.
Na eSB, considere custeio próprio + Componente de Qualidade.
O Sesb possui custeio e incentivo de desempenho próprios.
CEO, LRPD e UOM não integram o Componente de Qualidade da APS.
Para CEO e LRPD, atenção às mudanças de 2026 relacionadas aos registros e ao monitoramento pelo SIAPS e CNES.

CAPÍTULO 7

7. COMPONENTE PER CAPITA DE BASE POPULACIONAL

O Componente per capita de base populacional integra o cofinanciamento federal da Atenção Primária à Saúde e corresponde a um recurso calculado com base na população do município ou do Distrito Federal, conforme os dados populacionais oficiais utilizados pelo Ministério da Saúde.

Sua lógica é diferente dos demais componentes estudados nesta cartilha.

Aqui, o financiamento não depende da quantidade de pessoas cadastradas nas equipes, do número de acompanhamentos realizados, da classificação de Qualidade ou da quantidade de equipes existentes no município. A lógica é essencialmente populacional:

POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO × VALOR PER CAPITA ANUAL = VALOR ANUAL DO COMPONENTE

O valor anual apurado é transferido ao município de forma parcelada ao longo do exercício.

7.1. Qual população é considerada?

Para o cálculo do componente, considera-se a população divulgada oficialmente pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, observando-se o dado populacional aplicável ao exercício.

A regulamentação prevê a utilização da estimativa populacional ou do Censo Demográfico, considerando o dado mais recente disponibilizado pelo IBGE.

Portanto, este componente não deve ser confundido com o cadastro das pessoas no sistema de informação da APS.

7.2. Quanto o município recebe em 2026?

Para o exercício de 2026, o valor do Componente per capita de base populacional é de:

R$ 5,95 por habitante/ano

O valor foi estabelecido para o exercício de 2026 pela Portaria GM/MS nº 10.254, de 23 de fevereiro de 2026.

Assim, de maneira simplificada:

Valor anual = população considerada × R$ 5,95

Como o repasse é realizado em 12 parcelas mensais, o valor mensal pode ser compreendido como:

Valor anual ÷ 12 = valor mensal do componente

7.3. Exemplo de cálculo

Considere, para fins didáticos, um município com população considerada para o cálculo de:

20.000 habitantes

O cálculo será:

20.000 × R$ 5,95 = R$ 119.000 por ano

Dividindo-se em 12 parcelas:

R$ 119.000 ÷ 12 = aproximadamente R$ 9.916,67 por mês

Portanto, esse município teria como referência anual R$ 119 mil no Componente per capita de base populacional.

7.4. E se a população do município diminuir?

A regulamentação prevê uma proteção importante para evitar que uma redução da população utilizada no cálculo provoque automaticamente diminuição nominal do recurso em relação ao exercício anterior.

A lógica pode ser resumida da seguinte maneira:

Quando a população aumenta ou permanece estável

Aplica-se:

população considerada × R$ 5,95

Quando a população diminui

É preservado o valor nominal anual recebido no exercício anterior, conforme a regra aplicável ao componente.

Essa proteção é importante principalmente para municípios que apresentem redução populacional entre as bases oficiais utilizadas para os exercícios.

7.5. O município precisa solicitar esse recurso?

Não se trata de um incentivo que dependa de credenciamento de uma nova equipe ou de adesão municipal específica para cada repasse.

O cálculo decorre da população utilizada para o município e do valor per capita definido para o exercício.

Assim, diferentemente de várias estratégias estudadas no capítulo anterior, o gestor não precisa solicitar uma nova equipe, cadastrar profissionais ou alcançar determinado resultado de indicador para gerar esse componente.

O repasse é realizado na modalidade fundo a fundo, integrando os recursos federais destinados à manutenção da APS.

PARA O GESTOR GUARDAR

O Componente per capita de base populacional é calculado a partir da população oficial utilizada pelo Ministério da Saúde, e não do número de pessoas cadastradas pelas equipes.

Em 2026, o valor é de R$ 5,95 por habitante/ano, conforme a regulamentação específica do exercício. O valor anual é transferido em 12 parcelas mensais.

CAPÍTULO 8

8. PERÍODO DE TRANSIÇÃO

A nova metodologia de cofinanciamento federal da Atenção Primária à Saúde foi instituída pela Portaria GM/MS nº 3.493/2024 e passou por alterações posteriores.

Como os Componentes de Vínculo e Acompanhamento Territorial e de Qualidade dependem de informações assistenciais, registros nos sistemas de informação e resultados alcançados pelas equipes, sua implantação financeira não ocorreu de forma imediata.

Foi estabelecido um período de implementação para permitir que municípios e equipes conhecessem os novos critérios, acompanhassem seus resultados e adequassem os processos de trabalho e de registro antes da aplicação integral das quatro classificações ao pagamento.

Em 2026, esse cronograma foi redefinido pela Portaria GM/MS nº 10.994, de 13 de maio de 2026.

8.1. Quais componentes possuem essa regra de transição?

O período de implementação tratado neste capítulo alcança especificamente:

- Componente de Vínculo e Acompanhamento Territorial;
- Componente de Qualidade.

A regra não significa que os demais componentes deixem de possuir suas próprias condições de implantação ou financiamento. Trata-se de uma transição específica para a aplicação financeira das classificações desses dois componentes.

8.2. Componente de Qualidade: como funciona a transição?

Para as equipes de eSF, eAP, eSB 40h e eMulti o cronograma financeiro ocorre da seguinte forma:

Período	Como ocorre o pagamento
Até o 1º quadrimestre de 2026	Todas recebem o valor correspondente à classificação - Bom
2º e 3º quadrimestres de 2026	Ótimo recebe pela classificação - Ótimo; Bom, Suficiente e Regular recebem pela classificação - Bom

Portanto, durante parte de 2026, a classificação já produz efeito financeiro, mas ainda existe uma proteção transitória para as equipes classificadas como Suficiente ou Regular.

Na prática

No 2º e 3º quadrimestres de 2026:

Equipe classificada como Ótimo → recebe valor de Ótimo

Equipe classificada como Bom → recebe valor de Bom

Equipe classificada como Suficiente → recebe valor de Bom

Equipe classificada como Regular → recebe valor de Bom

8.3. Componente de Vínculo e Acompanhamento Territorial

O cronograma do Componente de Vínculo e Acompanhamento Territorial é diferente.

Para eSF e eAP, a Portaria GM/MS nº 10.994/2026 determinou:

Período	Como ocorre o pagamento
Até o 2º quadrimestre de 2026	Todas recebem o valor correspondente à classificação Bom
3º quadrimestre de 2026	Ótimo recebe pela classificação - Ótimo; Bom, Suficiente e Regular recebem pela classificação - Bom

Perceba que a entrada do resultado no pagamento ocorre mais tarde no Vínculo do que na Qualidade.

8.4. Resultado da equipe e valor recebido podem ser diferentes durante a transição

Esse é provavelmente o ponto que mais pode gerar dúvida na leitura dos relatórios.

Durante o período de transição, uma equipe pode aparecer, por exemplo, com classificação: REGULAR e ainda assim receber financeiramente o valor correspondente a: BOM.

Isso não significa erro no pagamento. Significa que está sendo aplicada a regra transitória estabelecida pela Portaria GM/MS nº 10.994/2026. Portanto, durante 2026, o gestor deve separar duas informações:

- Qual foi a classificação da equipe?
- Qual classificação está sendo utilizada para o pagamento nesta etapa da transição?

8.5. A proteção financeira não significa que o resultado possa ser ignorado

Embora uma equipe classificada como Suficiente ou Regular possa receber temporariamente o valor de Bom, o resultado deve ser acompanhado desde agora.

A transição protege temporariamente o financiamento, mas também oferece ao município um período para identificar fragilidades antes da aplicação integral das classificações.

Uma equipe que permanece Regular durante 2026 pode sofrer redução financeira quando a regra integral passar a valer em 2027, caso não melhore seus resultados.

Assim, 2026 deve ser utilizado para:

identificar equipes Suficiente e Regular → localizar os indicadores críticos → identificar as boas práticas pendentes → verificar problemas de registro → reorganizar o processo de trabalho → acompanhar a evolução no quadrimestre seguinte.

8.6. O que muda em 2027?

A principal mudança ocorre a partir do primeiro quadrimestre de 2027. A Portaria GM/MS nº 10.994/2026 determina que, a partir desse momento, os incentivos dos Componentes de Vínculo e Acompanhamento Territorial e de Qualidade sejam transferidos considerando a classificação das equipes conforme as regras próprias desses componentes.

Em termos práticos:

- Ótimo recebe Ótimo.
- Bom recebe Bom.
- Suficiente recebe Suficiente.
- Regular recebe Regular.

É nesse momento que desaparece a proteção transitória que mantinha Suficiente e Regular no valor financeiro correspondente a Bom.

8.7. Roteiro operacional para o período de transição

Durante 2026, a gestão deve:

1. Identificar a classificação de cada equipe em Vínculo e Qualidade.
2. Separar classificação assistencial de classificação utilizada para pagamento.
3. Identificar quais equipes estão recebendo proteção financeira da regra de transição.
4. Priorizar equipes classificadas como Regular e Suficiente.
5. No Vínculo, verificar cadastro, acompanhamento, população vinculada, pesos e parâmetros populacionais.

6. Na Qualidade, identificar os indicadores e boas práticas que estão reduzindo a nota.

7. Verificar problemas relacionados à identificação da pessoa, INE, CBO, procedimentos e janelas temporais.

8. Estimar o impacto financeiro caso a classificação atual permaneça até 2027.

9. Acompanhar os resultados quadrimestralmente.

10. Preparar as equipes para a aplicação integral das classificações a partir do primeiro quadrimestre de 2027.

PARA O GESTOR GUARDAR

A Portaria GM/MS nº 10.994/2026 estabeleceu uma transição para os Componentes de Qualidade e de Vínculo e Acompanhamento Territorial. Durante 2026, as equipes classificadas como Suficiente ou Regular ainda recebem o valor correspondente à classificação Bom, conforme o período de implementação de cada componente. ***A partir do 1º quadrimestre de 2027, o repasse passa a considerar a classificação efetivamente alcançada pela equipe: Ótimo, Bom, Suficiente ou Regular.*** *Por isso, 2026 é estratégico para identificar fragilidades, qualificar os processos de trabalho e evitar impactos financeiros futuros.*

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreender o cofinanciamento federal da Atenção Primária à Saúde é fundamental para a gestão municipal. Ao longo desta cartilha foram apresentados seus diferentes componentes, critérios, valores, formas de acompanhamento e situações que podem repercutir nos recursos recebidos pelos municípios. Entretanto, ao concluir este percurso, é importante reafirmar uma premissa essencial: o financiamento não é a finalidade da Atenção Primária à Saúde. A finalidade é o cuidado.

A Política Nacional de Atenção Básica - PNAB orienta a organização da APS a partir de princípios e diretrizes como territorialização, população adscrita, cuidado centrado na pessoa, resolutividade, longitudinalidade, coordenação do cuidado, ordenação da Rede de Atenção à Saúde e participação da comunidade. É sob essa perspectiva que o financiamento deve ser compreendido: como instrumento capaz de sustentar e induzir a organização dos serviços e a qualificação do cuidado.

O município não deve organizar sua Atenção Primária apenas para alcançar indicadores ou ampliar transferências financeiras. O ponto de partida deve estar nas necessidades de saúde da população e a responsabilidade sanitária das equipes sobre seus territórios. Uma APS que conhece sua população, identifica vulnerabilidades, organiza o acesso, acompanha as pessoas ao longo do tempo, mantém equipes adequadamente estruturadas, coordena o cuidado na Rede de Atenção à Saúde e utiliza as informações produzidas para planejar suas ações está, ao mesmo tempo, fortalecendo as condições necessárias para alcançar melhores resultados.

Nessa perspectiva, aquilo que aparece nas regras do cofinanciamento ganha outro significado. Cadastrar não deve significar apenas ampliar uma base de pessoas para fins de cálculo, mas conhecer a população sob responsabilidade da equipe. Acompanhar não deve representar apenas o cumprimento de um critério, mas estabelecer vínculo, reconhecer necessidades e garantir continuidade do cuidado. Monitorar indicadores não deve significar apenas buscar uma classificação melhor, mas identificar pessoas e grupos que podem não estar recebendo o cuidado necessário. E registrar adequadamente não deve ser apenas uma exigência para reconhecimento da produção, mas uma forma de produzir informação confiável para o cuidado, o planejamento, o monitoramento e a tomada de decisão.

Por isso, melhores resultados financeiros devem ser compreendidos como consequência de uma APS organizada, e não como objetivo isolado do processo de trabalho. Antes do indicador, existe uma pessoa. Quando um resultado está abaixo do esperado, a análise da gestão não deve começar e terminar no impacto financeiro. Se o acompanhamento do desenvolvimento infantil está baixo, é necessário identificar quais crianças não estão sendo acompanhadas e por quê. Se os

resultados relacionados à gestação e ao puerpério são insuficientes, é preciso verificar quais gestantes e puérperas não receberam o cuidado esperado no momento oportuno. Se o acompanhamento das pessoas com hipertensão ou diabetes está abaixo do esperado, é necessário compreender quem são essas pessoas e quais barreiras dificultam seu acompanhamento. Se existem muitas pessoas cadastradas, mas poucas acompanhadas, é preciso avaliar se o processo de trabalho está conseguindo transformar cadastro em vínculo e cuidado longitudinal.

O indicador, portanto, deve funcionar como um sinalizador para gestores e equipes identificarem onde o processo de trabalho precisa ser analisado e qualificado. Uma equipe incompleta pode representar redução de recursos, mas também menor capacidade de acesso e cuidado. Uma pessoa sem acompanhamento pode repercutir no financiamento, mas pode representar, principalmente, uma ruptura na longitudinalidade. Uma prática assistencial não realizada pode reduzir o resultado de um indicador, mas pode significar uma necessidade de saúde não atendida. Da mesma forma, uma ação realizada e registrada inadequadamente pode não ser reconhecida para fins de financiamento e, simultaneamente, comprometer a qualidade da informação utilizada pela própria gestão para conhecer sua realidade.

Assim, o monitoramento precisa considerar todo o percurso da atenção:

TERRITÓRIO → NECESSIDADES DE SAÚDE → ACESSO → PROCESSO DE TRABALHO → CUIDADO → REGISTRO → MONITORAMENTO → AVALIAÇÃO → MELHORIA.

Nesse processo, a pergunta “quanto o município está recebendo?” é necessária, mas não suficiente. A gestão também precisa conhecer sua população, identificar suas necessidades, avaliar se as equipes estão conseguindo acompanhá-la, verificar se o acesso e a continuidade do cuidado estão sendo garantidos, reconhecer vulnerabilidades, analisar a coordenação do cuidado na Rede e utilizar as informações produzidas para orientar suas decisões.

Ao mesmo tempo, é indispensável conhecer o potencial de financiamento da APS, conferir os valores efetivamente recebidos, identificar recursos que ainda podem ser acessados e reconhecer situações que estejam provocando perdas ou impedindo o recebimento de incentivos. É na integração entre gestão do cuidado, gestão da informação e gestão do financiamento que o cofinanciamento se transforma efetivamente em ferramenta de gestão.

Essa análise não deve ocorrer somente quando houver redução ou ausência de repasse. Ela precisa fazer parte da rotina municipal, em um processo permanente de conhecer o território, identificar necessidades, planejar, organizar o processo de trabalho, cuidar, registrar, monitorar, avaliar e reorganizar. Paralelamente, a gestão deve identificar seu potencial de financiamento, conferir os repasses, investigar diferenças, corrigir inconsistências e monitorar novamente.

Esses movimentos não devem acontecer separadamente. Qualificar o cuidado e qualificar a gestão do financiamento são processos complementares. Especialmente diante das mudanças na metodologia de cofinanciamento, os resultados disponíveis devem ser utilizados para identificar fragilidades, reorganizar processos de trabalho e apoiar as equipes, não apenas pela possibilidade de impacto financeiro, mas porque podem revelar necessidades concretas de melhoria na atenção ofertada à população.

A gestão do SUS é dinâmica. Normativas são atualizadas, sistemas são modificados, novas estratégias são instituídas e situações específicas surgem diariamente nos municípios. Por isso, esta cartilha não pretende esgotar o tema, mas oferecer uma base técnica e operacional para apoiar os gestores na compreensão do cofinanciamento e na tomada de decisão.

Nesse percurso, o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Paraná - Cosems-PR, por meio de sua Assessoria Técnica e de seus Apoiadores Regionais, atua no apoio aos gestores municipais de saúde, contribuindo para o esclarecimento de dúvidas, a compreensão das normativas e a análise das situações encontradas no cotidiano da gestão. Essa atuação articulada aproxima a discussão técnica das diferentes realidades dos territórios e contribui para fortalecer a capacidade de gestão municipal, a organização dos processos de trabalho e a implementação das políticas do SUS.

Diante de dúvidas ou da necessidade de aprofundamento dos temas abordados nesta cartilha, o gestor pode procurar o Apoiador Regional de referência de seu município.

Mais importante do que memorizar valores, fórmulas ou portarias é compreender a relação existente entre território, população, equipes, processo de trabalho, informação, cuidado e financiamento. O município precisa conhecer quanto pode receber, conferir quanto efetivamente recebe, identificar oportunidades de ampliação do financiamento e evitar perdas. Mas todo esse conhecimento precisa estar a serviço de um objetivo maior: fortalecer uma Atenção Primária capaz de conhecer sua população, assumir responsabilidade pelo território, garantir acesso, estabelecer vínculo, acompanhar as pessoas ao longo do tempo, coordenar o cuidado e contribuir para a organização da Rede de Atenção à Saúde.

O financiamento deve apoiar e induzir a organização da APS. Quando o território é conhecido, o processo de trabalho é qualificado, as equipes acompanham sua população e o cuidado acontece de forma oportuna, contínua e coordenada, melhores resultados assistenciais e financeiros tendem a caminhar juntos.

Financiar melhor é importante. Organizar melhor é indispensável. Cuidar melhor é a finalidade.

NOTA DE ATUALIZAÇÃO

Esta cartilha considera as normas e orientações vigentes e disponíveis até setembro de 2026. Considerando o caráter dinâmico do cofinanciamento federal da Atenção Primária à Saúde, recomenda-se a consulta periódica às versões consolidadas das normas e às publicações oficiais do Ministério da Saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Emenda Constitucional nº 120, de 5 de maio de 2022. Acrescenta os §§ 7º, 8º, 9º, 10 e 11 ao art. 198 da Constituição Federal, dispondo sobre a responsabilidade financeira da União na política remuneratória e na valorização dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias.

BRASIL. Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta as atividades de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias.
BRASIL. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde, incluindo a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Portaria de Consolidação SAPS/MS nº 1, de 2 de junho de 2021. Consolidação das normas sobre Atenção Primária à Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017. Redefine as regras e os critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola – PSE.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.105, de 15 de maio de 2022. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6/2017 para instituir incentivo financeiro federal destinado à implementação de ações de atividade física na Atenção Primária à Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.924, de 17 de novembro de 2023. Atualiza valores de incentivos financeiros federais relacionados à Saúde Bucal.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6/2017 para instituir nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Portaria SAPS/MS nº 161, de 10 de dezembro de 2024. Estabelece a metodologia de cálculo do Componente Vínculo e Acompanhamento Territorial.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 6.748, de 19 de março de 2025. Dispõe sobre os Serviços de Especialidades em Saúde Bucal – Sesb.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 6.755, de 19 de março de 2025. Dispõe sobre incentivos relacionados à ampliação da oferta de especialidades nos Centros de Especialidades Odontológicas – CEO.
BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 6.907, de 29 de abril de 2025. Altera dispositivos relacionados à implementação da metodologia de cofinanciamento federal da Atenção Primária à Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 7.568, de 14 de julho de 2025. Define e habilita os municípios aderidos ao Programa Saúde na Escola – PSE para recebimento dos recursos financeiros referentes ao ciclo 2025/2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 7.799, de 20 de agosto de 2025. Altera disposições da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6/2017 e da metodologia de cofinanciamento federal da Atenção Primária à Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 7.954, de 21 de agosto de 2025. Dispõe sobre as Unidades Odontológicas Móveis – UOM e respectivos incentivos financeiros federais.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 8.994, de 28 de novembro de 2025. Dispõe sobre equipes de Saúde da Família Ribeirinha – eSFR, equipes de Saúde da Família Fluvial – eSFF e Unidades Básicas de Saúde Fluviais – UBSF.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 9.584, de 22 de dezembro de 2025. Dispõe sobre incentivo financeiro relacionado às equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde – eMulti.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 9.591, de 22 de dezembro de 2025. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6/2017, incluindo disposições sobre o cofinanciamento federal das equipes de Saúde Bucal com carga horária diferenciada.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 10.193, de 29 de janeiro de 2026. Dispõe sobre incentivo financeiro para equipes de saúde integradas a programas de residência em saúde no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 10.192, de 5 de fevereiro de 2026. Dispõe sobre o registro das informações de produção dos Centros de Especialidades Odontológicas – CEO e dos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias – LRPD.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 10.244, de 13 de fevereiro de 2026. Altera as Portarias de Consolidação GM/MS nº 5 e nº 6/2017 e dispõe sobre o Programa Academia da Saúde e seu financiamento.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 10.254, de 23 de fevereiro de 2026. Define o valor anual do Componente Per Capita de Base Populacional para o exercício de 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 10.994, de 13 de maio de 2026. Altera a Portaria GM/MS nº 3.493/2024 para dispor sobre o período de implementação da metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 11.353, de 20 de maio de 2026. Altera o rol de categorias profissionais elegíveis para composição das equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde – eMulti.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Nota Técnica nº 30/2025-CGESCO/DESCO/SAPS/MS. Orientações metodológicas relativas ao Componente Vínculo e Acompanhamento Territorial.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Nota Técnica nº 91/2025-COPOR/SAPS/CGPO/SAPS/MS. Orientações relacionadas ao Componente de Qualidade e ao incentivo de implantação das equipes de Saúde Bucal com carga horária diferenciada.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Nota Técnica nº 291/2025-CGFAP/DEAPS/SAPS/MS. Orientações relacionadas ao incentivo financeiro federal de custeio dos Agentes Comunitários de Saúde e ao envio de informações de produção ao Siaps.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Nota Técnica nº 32/2026-CGSB/DESF/SAPS/MS. Orientações sobre a nova forma de registro e envio das informações de produção dos Centros de Especialidades Odontológicas – CEO e dos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias – LRPD.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Nota Técnica nº 53/2026-COHC/CGFAP/DEAPS/SAPS/MS. Orientações sobre os fluxos de solicitação de credenciamento, habilitação e adesão de equipes, serviços, profissionais e programas da Atenção Primária à Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Nota Técnica nº 22/2026-COAPC/CGAEQ/DESF/SAPS/MS. Orientações sobre alteração de tipologia das equipes de Atenção Primária Prisional – eAPP.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Nota Técnica Conjunta nº 99/2026-COCIP/COPID/DGCI/SAPS/MS. Apresenta diretrizes para a organização e a operacionalização das equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde – eMulti.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Fichas Técnicas dos Indicadores do Componente de Qualidade do cofinanciamento federal da Atenção Primária à Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Sistema de Informação para a Atenção Primária à Saúde – Siaps. Documentos técnicos, manuais e orientações operacionais referentes ao cofinanciamento federal da APS.