



Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Coordenação-Geral de Programação de Financiamento da Atenção Primária à Saúde
Departamento de Saúde da Família
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
Diretoria da Força Nacional do SUS

NOTA TÉCNICA CONJUNTA Nº 304/2026-CGFAP/DESF/GAB/SAPS/FNSUS/GAB/SAES/MS

1. ASSUNTO

1.1. Trata-se de Nota Técnica elaborada conjuntamente pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde - SAPS e pela Secretaria de Atenção Especializada à Saúde - SAES, em que define os critérios de desassistência em Emergência em Saúde Pública no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, para subsidiar análise da Portaria GM/MS nº 7.874, de 6 de agosto de 2025.

2. ANÁLISE

2.1. Para fins desta Nota Técnica, reconhece-se que a desassistência pode manifestar-se de forma ampla no Sistema Único de Saúde - SUS, incluindo desarticulação de fluxos assistenciais, insuficiência de profissionais, interrupção de serviços, fragilidade da referência e contrarreferência, barreiras de acesso e comprometimento da continuidade do cuidado. Todavia, no âmbito específico da Portaria GM/MS nº 7.874/2025, a caracterização da desassistência deverá restringir-se às situações em que tais elementos decorram direta ou predominantemente de emergências em saúde pública, desastre, evento epidemiológico ou crise climática, com superação da capacidade ordinária de resposta local ou regional.

2.2. No âmbito da Saúde Pública, a desassistência pode ser compreendida como a situação em que a população não tem acesso oportuno e adequado aos serviços e ações de saúde. Essa condição pode decorrer de múltiplos fatores, sendo necessário distinguir aquela resultante de eventos excepcionais — epidemias, desastres naturais, crises climáticas — daquela originada por falhas administrativas ordinárias, discontinuidades contratuais ou fragilidades estruturais crônicas.

2.3. No plano normativo, o Ministério da Saúde positivou esse entendimento ao editar a Portaria GM/MS nº 7.874/2025, que estabelece mecanismos excepcionais de financiamento e gestão para respostas do SUS às Emergências em Saúde Pública - ESP. A portaria exige, para a caracterização da desassistência, informações sobre a situação de saúde local, capacidade instalada, sobrecarga assistencial e danos estruturais.

2.4. Por outro lado, situações caracterizadas exclusivamente por entraves administrativos, problemas contratuais ou insuficiências estruturais crônicas não se confundem com o conceito de desassistência por emergência em saúde pública, devendo ser endereçadas pelos mecanismos ordinários de gestão e financiamento do SUS.

2.5. A presente Nota Técnica justifica-se pela necessidade de conferir maior objetividade, transparência e segurança técnica à análise das solicitações de financiamento extraordinário, oferecendo parâmetros consistentes para a atuação do Comitê Técnico instituído pela Portaria GM/MS nº 7.874/2025.

3. FUNDAMENTAÇÃO

Contexto normativo

3.1. A Portaria GM/MS nº 7.874/2025 alterou a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6 para estabelecer mecanismos excepcionais de financiamento e gestão em situações de emergência em saúde pública. A norma define três categorias de emergência: epidemiológica, desastres e climática, e exige, para cada solicitação, informações sobre situação de saúde local, capacidade instalada do território, comprovação de sobrecarga assistencial e descrição de danos estruturais.

3.2. Embora a norma estabeleça esses elementos de análise, ela não apresenta definição objetiva do que caracteriza a desassistência em contexto de ESP, nem parâmetros técnicos para sua aferição. Essa lacuna expõe o processo decisório a subjetivismos e assimetrias, comprometendo a segurança jurídica das deliberações do Comitê Técnico.

Base legal e conceitual

3.3. A Lei nº 8.080/1990 dispõe que a saúde é direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. O Decreto nº 7.508/2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, organiza o SUS em Regiões de Saúde e institui as Redes de Atenção à Saúde - RAS, estabelecendo que a integralidade do cuidado depende da articulação entre os pontos de atenção. A Política Nacional de Atenção Básica - PNAB define a Atenção Primária à Saúde- APS como porta de entrada preferencial do SUS e coordenadora do cuidado, responsável pela ordenação das redes e pela resolutividade da maior parte dos problemas de saúde da população.

3.4. A Portaria GM/MS nº 2.952/2011 define desassistência como "a falta de assistência à saúde de forma integral e contínua, caracterizada pela ausência de ações e serviços de saúde". O Decreto nº 7.616/2011, por sua vez, estabelece que a ESP é caracterizada por situação que demande emprego urgente de medidas de prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos à saúde pública. À luz desse marco normativo, a desassistência decorrente de ESP distingue-se da desassistência ordinária por sua origem em evento excepcional e extraordinário, que: (a) extrapola a capacidade de resposta local ou regional; (b) causa interrupção ou comprometimento grave dos serviços de saúde; (c) demanda medidas emergenciais não contempladas pelos mecanismos regulares de gestão e financiamento. Assim, a desassistência em ESP não deve ser confundida com a insuficiência histórica da rede, embora essa insuficiência possa agravar os efeitos do evento emergencial e deva ser considerada na análise técnica como fator de vulnerabilidade e de menor capacidade de resposta.

Elementos técnicos para caracterização da desassistência em ESP

3.5. A aferição da desassistência em ESP deve considerar os seguintes elementos, analisados de forma integrada, contextualizada e comparativa em relação à situação anterior ao evento emergencial:

- a) Cobertura e suficiência territorial da APS, incluindo número de equipes, profissionais e unidades em condições de operação no território afetado;
- b) Capacidade instalada da rede assistencial, compreendendo leitos, equipamentos, serviços ambulatoriais e hospitalares disponíveis em relação à população dependente;
- c) Taxa de ocupação ou saturação da rede, com especial atenção a leitos de Unidade de Terapia Intensiva - UTI, enfermarias, serviços de urgência e emergência;
- d) Grau de desorganização dos fluxos de referência e contrarreferência entre os pontos de atenção;
- e) Acessibilidade geográfica comprometida por eventos climáticos, desastres ou interrupção de vias; e
- f) Impacto diferencial sobre populações vulneráveis (indígenas, ribeirinhas, quilombolas, idosos, crianças, pessoas com deficiência).

Parâmetros quantitativos e qualitativos

3.6. Para conferir maior objetividade à análise, sugere-se a adoção de parâmetros quantitativos e qualitativos como referência, sem caráter vinculante absoluto, dada a necessidade de ponderação das

assimetrias regionais do SUS. A aferição deve considerar, de forma combinada:

- a) Cobertura da APS: avaliada por meio da Cobertura da Atenção Primária, considerando equipes de Saúde da Família, equipes parametrizadas e outras modalidades de APS. Baixa cobertura, isoladamente, não caracteriza desassistência por ESP, mas sua redução significativa em contexto emergencial é indicador relevante;
- b) Suficiência relativa da capacidade instalada: relação entre leitos, equipes e estabelecimentos disponíveis e a população economicamente dependente do território, incluindo população desassistida de regiões vizinhas;
- c) Taxa de ocupação ou saturação: sugere-se como referência ocupação superior a 85% como nível de alerta e superior a 90% como nível crítico;
- d) Ponderação da assimetria territorial: regiões com menor densidade de serviços, maiores vazios assistenciais e maior vulnerabilidade social devem ter seus indicadores interpretados com ponderação favorável.

3.7. Os parâmetros utilizados deverão ser extraídos de sistemas oficiais de informação do Ministério da Saúde, bem como de outros sistemas, plataformas ou bases de dados institucionais que venham a ser implementadas ou disponibilizadas para essa finalidade. De forma subsidiária, quando os sistemas oficiais forem indisponíveis, insuficientes ou apresentarem defasagem incompatível com a tempestividade exigida pela situação de emergência, poderão ser consideradas fontes complementares tais como: relatórios técnicos, diagnósticos situacionais, informações de salas de situação, registros de regulação, relatórios de campo, bem como manifestações técnicas da Força Nacional do SUS, quando acionada ou envolvida na avaliação da resposta. Nesses casos, deverão ser privilegiados dados oficiais e exigindo-se, sempre que possível, corroboração entre fontes.

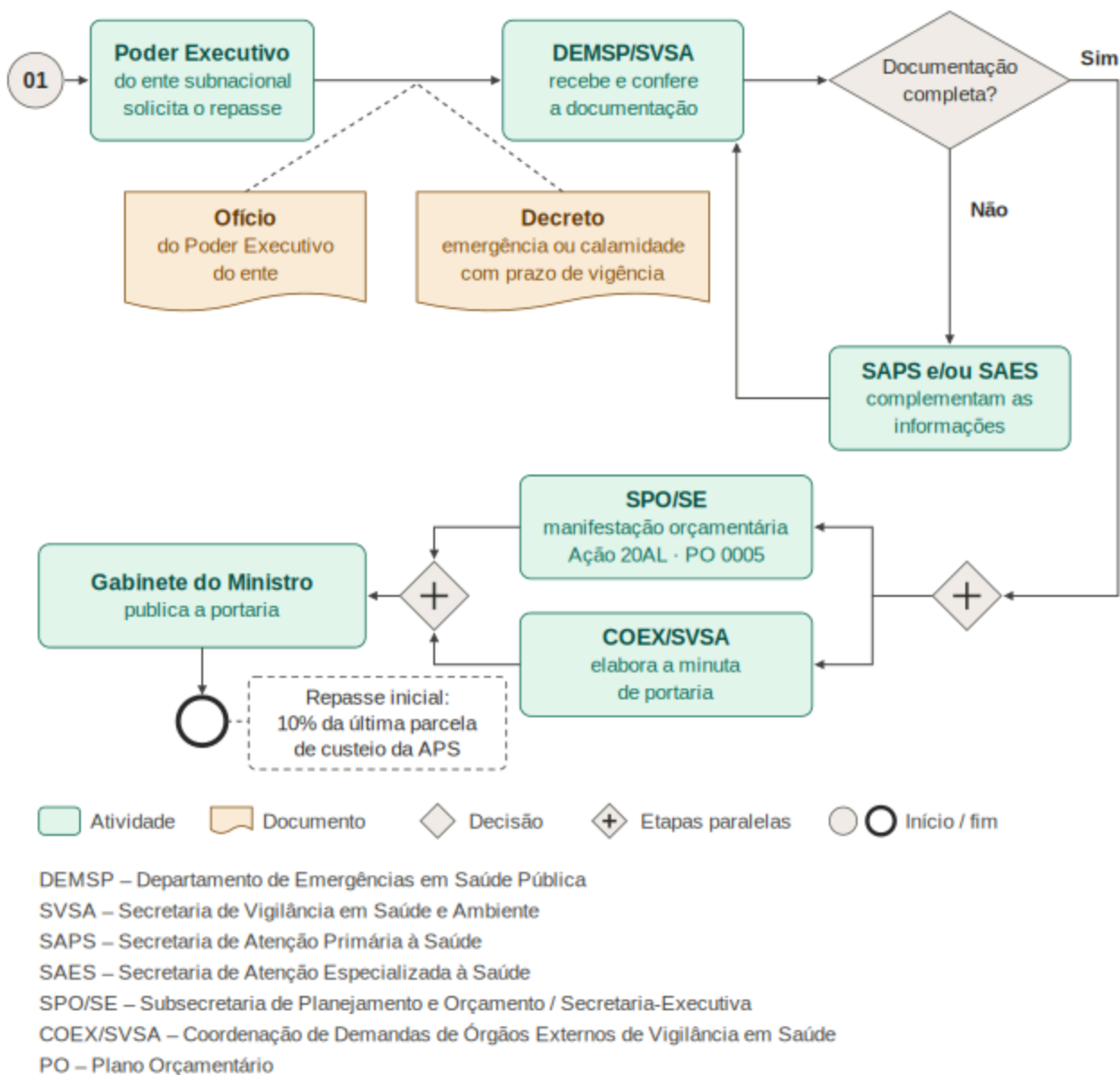
3.8. O Repasse Emergencial previsto na Portaria GM/MS nº 7.874/2025 poderá ser operacionalizado em duas etapas complementares, observados os critérios técnicos, orçamentários e documentais.

3.9. O Repasse Emergencial Inicial corresponde a 10% do valor da última parcela de custeio da APS, regularmente transferida ao ente subnacional, condicionado ao envio do Decreto de Situação de Emergência ou Estado de Calamidade Pública vigente e do respectivo Ofício de solicitação encaminhado pelo Poder Executivo do ente federado.

3.10. O Repasse Emergencial Complementar corresponde ao percentual adicional definido a partir da análise técnica da situação apresentada no Plano de Ação encaminhado pelo ente subnacional, podendo contemplar recursos relacionados ao custeio da Atenção Primária à Saúde, correspondente ao percentual entre 10% e 20% da última parcela transferida, ao Teto Financeiro de Média e Alta Complexidade- MAC vigente, aos indicadores epidemiológicos e populacionais da Vigilância em Saúde, aos limites do Piso de Vigilância em Saúde, aos estoques estratégicos, à manutenção de serviços e aos critérios de financiamento aplicáveis à Assistência Farmacêutica, observados os parâmetros técnicos, assistenciais e orçamentários previstos na Portaria GM/MS nº 7.874/2025.

3.11. O fluxo operacional para análise, instrução processual, manifestação orçamentária e publicação do repasse emergencial encontra-se detalhado nos fluxogramas constantes desta Nota Técnica, contemplando as etapas de solicitação, análise técnica, avaliação orçamentária e financeira, apreciação pelo Comitê Técnico e publicação do ato normativo correspondente.

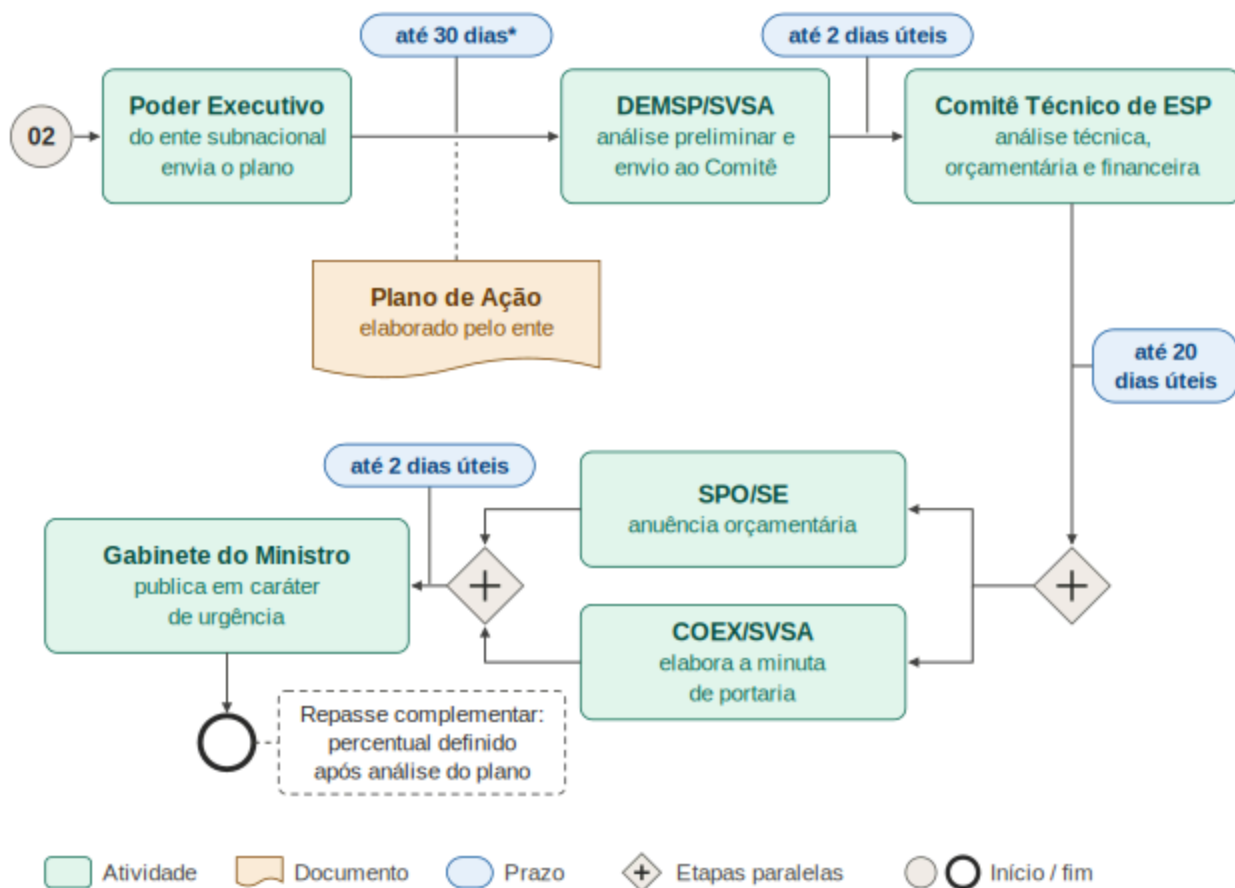
Figura 1 - Fluxo operacional do Repasse Emergencial Inicial



Fonte: Elaboração própria (2026).

A **Figura 1** apresenta o fluxo do Repasse Emergencial Inicial, correspondente a 10% do valor da última parcela de custeio da APS regularmente transferida ao ente subnacional. O processo é iniciado pelo ente federado, que deve encaminhar, de forma conjunta, dois documentos: o Ofício de solicitação assinado pelo Poder Executivo e o Decreto de Situação de Emergência ou de Estado de Calamidade Pública, com o respectivo prazo de vigência. A documentação é recebida pelo DEMSP/SVSA, que realiza a conferência e, quando necessário, solicita complementação de informações à SAPS e/ou à SAES. Concluída essa etapa, o fluxo segue em duas frentes paralelas: a SPO/SE manifesta-se quanto à disponibilidade orçamentária na Ação 20AL, Plano Orçamentário (PO) 0005, e a COEX/SVSA elabora a minuta de portaria. As duas frentes convergem para o Gabinete do Ministro, responsável pela publicação do ato que autoriza o repasse.

Figura 2 – Fluxo operacional do Repasse Emergencial Complementar



* Contados do recebimento do Repasse Emergencial Inicial; prorrogável mediante justificativa.

DEMSP – Departamento de Emergências em Saúde Pública

SVSA – Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente

SPO/SE – Subsecretaria de Planejamento e Orçamento / Secretaria-Executiva

COEX/SVSA – Coordenação de Demandas de Órgãos Externos de Vigilância em Saúde

ESP – Emergência em Saúde Pública

Fonte: Elaboração própria (2026).

A **Figura 2** apresenta o fluxo do Repasse Emergencial Complementar, cujo percentual adicional é definido a partir da análise técnica da situação descrita no Plano de Ação do ente subnacional. O processo é iniciado pelo Poder Executivo do ente, que dispõe de até 30 dias, contados do recebimento do Repasse Emergencial Inicial, para entregar o Plano de Ação ao DEMSP/SVSA, prazo prorrogável mediante justificativa. Recebido o plano, o DEMSP/SVSA realiza análise preliminar em até 2 dias úteis e o encaminha aos membros do Comitê Técnico de Emergência em Saúde Pública. Em seguida, procede-se à análise técnica, orçamentária e financeira da solicitação, no prazo de até 20 dias úteis. Concluída a análise, a SPO/SE manifesta sua anuência orçamentária e a COEX/SVSA elabora a minuta de portaria. Por fim, em até 2 dias úteis, a minuta é submetida ao Gabinete do Ministro para publicação em caráter de urgência.

Faixas orientadoras de gravidade

3.12. Com base nos parâmetros acima, sugere-se a adoção das seguintes faixas orientadoras de gravidade:

a) Moderada: Insuficiência parcial da capacidade de resposta da RAS, com comprometimento localizado de serviços, mas manutenção das funções essenciais de atendimento. A sobrecarga assistencial é gerenciável com medidas extraordinárias de curto prazo.

b) Grave: Colapso funcional de parte significativa da RAS, com interrupção de serviços essenciais em áreas do território, saturação sustentada da capacidade instalada e desorganização dos fluxos de referência. A capacidade de resposta local/regional encontra-se insuficiente diante da magnitude do evento.

c) Crítica: Interrupção total ou quase total dos serviços essenciais de saúde em ampla extensão do território, com risco iminente à vida da população, impossibilidade de acesso a qualquer ponto de atenção da RAS e necessidade de intervenção federal direta e continuada.

Proposta de definição técnica e operacional

3.13. À luz do marco normativo e dos elementos técnicos sistematizados, propõe-se a seguinte definição técnica e operacional:

"Considera-se desassistência em decorrência de emergência em saúde pública a situação em que, em determinado território, a Rede de Atenção à Saúde encontra-se interrompida, saturada ou materialmente inacessível para prover, de forma tempestiva, as ações e os serviços públicos de saúde, em razão de: (a) redução abrupta, interrupção temporária ou incapacidade operacional da Atenção Primária à Saúde decorrente do evento emergencial; (b) sobrecarga assistencial que excede a capacidade instalada disponível; (c) danos estruturais ou escassez crítica de recursos materiais, humanos ou insumos; (d) desorganização dos fluxos de referência; (e) barreiras geográficas temporárias; ou (f) superação da capacidade de resposta local ou regional, resultando em risco sanitário significativo e comprometimento da integralidade, continuidade e equidade do cuidado."

3.14. Critérios orientadores para análise a ser realizada pelo Comitê Técnico, para fins de exame técnico das solicitações, recomenda-se que a caracterização da desassistência em ESP observe os seguintes critérios:

a) Comprovação de que o evento se enquadra nas hipóteses de ESP previstas na Portaria GM/MS nº 7.874/2025;

b) Evidência de que a situação de desassistência decorre diretamente do evento emergencial, e não de falhas administrativas ou estruturais preexistentes;

c) Comprovação de manutenção ou interrupção das equipes de APS e das ações essenciais no período;

d) Demonstração de sobrecarga assistencial comprovada por indicadores de ocupação e demanda;

e) Insuficiência da capacidade instalada para atender a população dependente durante o evento;

f) Interrupção comprovada de serviços, leitos ou fluxos assistenciais;

g) Inacessibilidade territorial temporária documentada;

h) Impacto diferencial sobre populações vulneráveis, com indicação de medidas adotadas; e

i) Comprovação documental objetiva, preferencialmente lastreada em sistemas oficiais de informação.

4. CONCLUSÃO

4.1. A definição de critérios objetivos para caracterização da desassistência em Emergências em Saúde Pública é condição necessária para que o Comitê Técnico da Portaria GM/MS nº 7.874/2025 exerça suas atribuições com transparência, equidade e segurança jurídica. A Atenção Primária à Saúde, por sua posição estratégica como coordenadora do cuidado, deve ocupar papel central na avaliação da desassistência, sem prejuízo da análise integrada com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde, em articulação com a Atenção Especializada em Saúde.

4.2. Os parâmetros quantitativos e qualitativos ora propostos possuem caráter orientador e visam conferir maior objetividade, transparência e segurança técnica ao processo de análise das solicitações de repasse emergencial no âmbito da Portaria GM/MS nº 7.874/2025. Sua aplicação deverá considerar as assimetrias territoriais, epidemiológicas, assistenciais e socioeconômicas existentes no SUS, sendo complementada por análise contextualizada do Comitê Técnico, à luz das especificidades do evento, da capacidade de resposta local e regional e dos impactos produzidos sobre a Rede de Atenção à Saúde.

4.3. Os critérios aqui propostos não substituem a análise técnica e operacional da resposta à emergência, mas oferecem parâmetros mínimos para orientar a instrução processual, a deliberação do Comitê Técnico, a eventual concessão de repasse emergencial e o acionamento de medidas federais de apoio, incluindo a atuação da Força Nacional do SUS, quando configurada ruptura, saturação ou inaccessibilidade da Rede de Atenção à Saúde com risco sanitário significativo.

5. REFERÊNCIAS

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080/1990. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 29 jun. 2011.

BRASIL. Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011. Dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 18 nov. 2011.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)**. Portaria GM/MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 22 set. 2017.

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. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 29 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.952, de 8 de dezembro de 2011**. Define desassistência. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 9 dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 7.874, de 6 de agosto de 2025**. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 7 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Manual do e-SUS APS**. Brasília, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade**. Disponível em: <https://sim.saude.gov.br>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação**. Disponível em: <https://sinan.saude.gov.br>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SISAB - Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica**. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br>.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CONASEMS. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **Guia para resposta rápida em emergências no SUS**. Brasília: CONASEMS, 2024.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Emergências em Saúde Pública: diretrizes para gestores**. Brasília: CONASS, 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Emergency Response Framework**. 2. ed. Genebra: OMS, 2017.

PAIM, J. S. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*, v. 377, p. 1778-1797, 2011.

SOUZA, L. E. P. F. O planejamento estratégico em saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 9, p. 2655-2664, 2015.



Documento assinado eletronicamente por **Dirceu Ditmar Klitzke, Coordenador(a)-Geral de Programação de Financiamento da Atenção Primária à Saúde**, em 24/09/2026, às 17:47, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **José Eudes Barroso Vieira, Diretor(a) do Departamento de Saúde da Família**, em 25/09/2026, às 09:03, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ana Luiza Ferreira Rodrigues Caldas, Secretário(a) de Atenção Primária à Saúde**, em 25/09/2026, às 17:46, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Felipe Augusto Reque, Diretor(a) da Força Nacional do SUS substituto(a)**, em 29/09/2026, às 11:26, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Carlos Amilcar Salgado, Secretário(a) de Atenção Especializada à Saúde substituto(a)**, em 02/10/2026, às 19:58, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0058299175** e o código CRC **E0039420**.