



TUTORIAL DE INSCRIÇÃO DO EDITAL DE BOAS PRÁTICAS NA APS - Edição 01/2026



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



INTRODUÇÃO

O Edital de Fortalecimento de Boas Práticas na APS – 1ª Edição 2026 tem como objetivo **identificar, valorizar e disseminar boas práticas** efetivamente implementadas no cotidiano do trabalho médico...

contribuindo para a melhoria da qualidade do cuidado, da organização do trabalho e do uso qualificado de informações e indicadores de saúde...

em consonância com as diretrizes do **Programa de Qualidade e Desempenho Profissional (ProQuali) da AgSUS.**

INTRODUÇÃO

O **formulário de submissão** é o instrumento utilizado para que médicos e médicas de Provimento vinculados à Agência apresentem suas experiências e práticas desenvolvidas no contexto do trabalho assistencial.

Recomendações necessárias

Para assegurar que o processo de inscrição ocorra de forma simples e organizada, é importante realizar alguns preparativos antes de começar o preenchimento do formulário.

Leitura completa do edital

Orientamos a leitura integral do Edital de Fortalecimento de Boas Práticas na APS, antes de iniciar a inscrição e submissão da experiência.

O edital contempla as seguintes informações:

- Apresentação
- Eixos temáticos
- Inscrição e Submissão das Experiências
- Etapas de Análise dos Critérios de Elegibilidade e Enquadramento Temático
- Classificação e Resultado Final
- Reconhecimento Institucional
- Cronograma do edital

EIXOS TEMÁTICOS

- 1** Gestão do cuidado e longitudinalidade na APS.
- 2** Linhas de cuidado e condições prioritárias.
- 3** Ações comunitárias, territoriais e participação social
- 4** Equidade e cuidado para populações em situação de vulnerabilidade.
- 5** Inovação, saúde digital, integração e desenvolvimento da APS

INSCRIÇÃO E SUBMISSÃO

1

Realize a organização dos seguintes itens:

Seção I - Identificação

nome completo, CPF, e-mail, cargo, município, estado...

2

Informações sobre a experiência

Cenário de prática onde a boa prática foi desenvolvida, público alvo principal da experiência, indicação de um único eixo temático, breve descrição de boa prática/experiência.

3

Seção II - Submissão do seu resumo conforme template (Anexo II)

Título da boa prática

Identificação completa da equipe participante da boa prática

Introdução

Relato da boa prática

Metodologia

Resultados

Potencial de Replicabilidade

Considerações finais

Referências

INSCRIÇÃO E SUBMISSÃO

4

Materiais complementares (opcional)

- Registros fotográficos
(formato JPG/JPEG e PNG)
- Vídeo de até 2 minutos (formato.mp4)
- Motivações para realizar a submissão

5

Termos de Declaração de Concordância

O envio dos termos de declaração de compromisso são obrigatórios, devendo o participante dar ciência dos seguintes itens:

- Anuência para a divulgação das informações da experiência apresentada;
- Veracidade das informações prestadas; responsabilidade quanto à autorização de uso de imagens, vídeos ou relatos que eventualmente identifiquem usuários dos serviços de saúde.
- Inexistência de conflito de interesses que possa comprometer a lisura ou a imparcialidade da submissão da experiência, ou, quando existente, sua devida declaração.
- Termo de concordância com o uso e tratamento de dados pessoais para inscrição e avaliação das boas práticas.

SEÇÃO I - Destinada ao preenchimento de identificação

Confira o **link de acesso** antes de realizar o preenchimento das informações.

Endereço eletrônico do formulário de inscrição do Edital:

<https://ee.agenciasus.org.br/x/IVaPGMEL>

Edital de Boas Práticas na APS - Ficha de Inscrição

▼ Seção I - Identificação



* Nome Completo

* CPF
Digite seu CPF apenas com números.

* E-mail

* Selecione o seu perfil de atuação no programa

Tutor Médico
 Médico MFC
 Médico MFC Indígena

* Estado
selecione o estado onde a Boa Prática foi desenvolvida

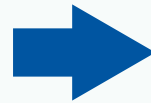
* Município

* Qual o cenário de prática onde a Boa Prática foi desenvolvida? (ex.: UBS da Varzea, ESF, CAPS, DSEI, outros)

SEÇÃO I - Destinada ao preenchimento de identificação

Todos os campos com * são obrigatórios. Apenas após o preenchimento de todos os itens será possível avançar para a próxima página.

Neste campo deverá ser selecionado **apenas um eixo temático.**



*** Quem é o público-alvo principal da Boa Prática?**

Descreva brevemente o público-alvo (ex.: crianças 0-12 anos, adultos 18-59 anos, idosos 60+, população carcerária, população ribeirinha).

Outras categorias profissionais participaram da sua Boa Prática?

- Sim
 Não

*** Indicação do eixo temático ao qual a Boa Prática se vincula (selecionar apenas um)**

- Eixo 1 – Gestão do Cuidado e Acesso Longitudinal
 Eixo 2 – Linhas de Cuidado e Condições Prioritárias
 Eixo 3 – Ações Comunitárias, Territoriais e Participação Social
 Eixo 4 – Equidade e Cuidado para Populações em Situação de Vulnerabilidade Social e Ambiental
 Eixo 5 – Inovação, Saúde Digital, Integração e Desenvolvimento da APS

*** Breve descrição da Boa Prática/Experiência (máximo 250 caracteres)**

Descreva, de forma sintética, as principais ações desenvolvidas, as estratégias adotadas e os recursos utilizados na experiência/proposta



SEÇÃO II - Destinada ao preenchimento para submissão da Boa Prática

Edital de Boas Práticas na APS - Ficha de Inscrição

▼ Seção II - Submissão da boa prática conforme template (Anexo II)

* **Título da Boa Prática**

* **Identificação completa da equipe participante da Boa Prática (Inserir nome separados por vírgula, colocando primeiro o nome do autor responsável)**

* **Introdução (máximo 700 caracteres)**

Apresente o tema e o contexto principal de forma direta. O que motivou essa experiência?

* **Relato da Boa Prática (máximo 1400 caracteres)**

Descreva as ações realizadas, o público envolvido e os principais acontecimentos. Seja objetivo nos detalhes.

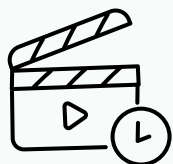
* **Metodologia (máximo 800 caracteres)**

Explique as ferramentas, métodos ou passos utilizados para executar a atividade. Como você fez isso acontecer?

Fotos e vídeos das Boas Práticas



Neste campo, você pode anexar **fotos** que ilustrem a ação realizada no âmbito da Boa Prática descrita.




Neste campo, você pode anexar **vídeos** que ilustrem a ação realizada no âmbito da Boa Prática descrita.

» Fotos das ações realizadas

1

Fotos da Boa Prática (Formato JPG/JPEG e PNG)
Anexar materiais adicionais para aprimorar a análise

Clique aqui para fazer o upload do arquivo. (<10MB) 


-

+

» Vídeos das ações realizadas

1

Vídeos da Boa Prática, Formato: MP4 (.mp4).
Máximo de 2 minutos.

Clique aqui para fazer o upload do arquivo. (<10MB) 

-

+

Anuência

Para prosseguir com a inscrição, é necessário ler e concordar com a declaração apresentada.

Marque a opção
“De Acordo” para confirmar sua
anuência e clique em “Próximo”.

*** Declaro minha anuência para a divulgação das informações da boa prática apresentada e comprometo-me a fornecer os dados e esclarecimentos solicitados, bem como a garantir que o uso de fotos, vídeos ou relatos que identifiquem usuários da saúde esteja amparado por autorização prévia e sob minha responsabilidade quanto à guarda dos termos de consentimento, caso haja identificação de usuários.**

Marque a caixa de seleção confirmando sua concordância

De acordo



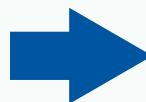
→ Próximo

SEÇÃO III

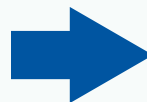
Encerramento da Inscrição

MOTIVAÇÃO DA SUBMISSÃO

Descreva brevemente o que motivou você a compartilhar esta experiência.



Terminando sua revisão da boa prática, basta clicar no botão enviar.



Edital de Boas Práticas na APS - Ficha de Inscrição

▼ Seção III - Encerramento da Inscrição

Agradecemos a sua participação e o interesse em compartilhar boas práticas na Atenção Primária à Saúde. Informamos que, após o encerramento das inscrições, todas as Boas Práticas serão analisadas pela comissão avaliadora, conforme os critérios estabelecidos no edital, e os resultados serão divulgados nos canais oficiais de comunicação da AgSUS.

* As informações coletadas neste formulário serão utilizadas exclusivamente para fins de inscrição e avaliação das Boas Práticas na Atenção Primária à Saúde. Os dados serão tratados pela coordenação responsável, em conformidade com a Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais - LGPD), garantindo confidencialidade, segurança e uso restrito às finalidades desta iniciativa. Ao realizar a inscrição neste edital, o profissional declara estar ciente e de acordo com o tratamento dos dados pessoais nos termos aqui descritos.

Marque a caixa de seleção confirmando sua concordância

De acordo

Por fim, nos responda: O que motivou a realizar a submissão da sua boa prática? (Por exemplo: Dá visibilidade para as ações ocorridas no meu território)

* Declaro, para os devidos fins, que todas as informações prestadas nesta inscrição são verdadeiras e foram fornecidas de boa-fé, assumindo total responsabilidade por sua exatidão e veracidade, ciente de que a apresentação de dados falsos ou omissos poderá acarretar na desclassificação da proposta e em demais penalidades previstas no edital e na legislação vigente.

De acordo

* Declaro, para os devidos fins, que não possuo conflito de interesses que possa comprometer a imparcialidade, a transparência ou a integridade das informações e da proposta apresentada neste Formulário de Inscrição do Edital de Boas Práticas. Declaro, ainda, estar ciente de que a prestação de informações falsas ou a omissão de informações relevantes poderá resultar na desclassificação da proposta e na adoção das medidas administrativas cabíveis.

De acordo



✎ Salvar rascunho

✓ Enviar