



CÂMARA DOS DEPUTADOS

PROJETO DE DECRETO LEGISLATIVO
N.º 83, DE 2022
(Da Sra. Jandira Feghali)

Susta a Portaria nº 715, de 04 de abril de 2022, que altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami).

DESPACHO:

APENSE-SE À(AO) PDL-81/2022.

APRECIÇÃO:

Proposição Sujeita à Apreciação do Plenário

PUBLICAÇÃO INICIAL

Art. 137, caput - RICD

PROJETO DE DECRETO LEGISLATIVO Nº , DE 2022

(Da Sr.º JANDIRA FEGHALI)

Susta a Portaria nº 715, de 04 de abril de 2022, que altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami).

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Fica sustada, nos termos do art. 49, inciso V, da Constituição Federal, a Portaria nº 715, de 04 de abril de 2022, do Ministério da Saúde, que altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI).

Art. 2º Este Decreto Legislativo entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICATIVA

Mais uma vez somos surpreendidos com um retrocesso na área de políticas públicas para a saúde. Desta vez o alvo é o programa de assistência ao pré-natal, parto e puerpério. Um programa, até então exitoso e reconhecido, o Rede Cegonha.

Com a Portaria nº 715/2022, o Ministério da Saúde promove o desmonte do Rede Cegonha, passando por cima do debate com gestores estaduais e municipais e desrespeitando o caráter multidisciplinar da política de assistência ao pré-natal, parto e puerpério ao excluir as enfermeiras obstétricas, profissionais fundamentais para o êxito do programa.

Não sem razão, o Conselho Federal de Enfermagem reagiu de forma enfática em nota afirmando que “o Ministério da Saúde ignorou dispositivos legais, evidências científicas e apelos ao diálogo da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), Conselho Nacional de Saúde (CNS) e outras instâncias de controle social, ao instituir unilateralmente a Rede Materno e Infantil (RAMI), que dá ênfase à atuação do médico obstetra sem contemplar a assistência às crianças e excluindo as enfermeiras obstétricas”.

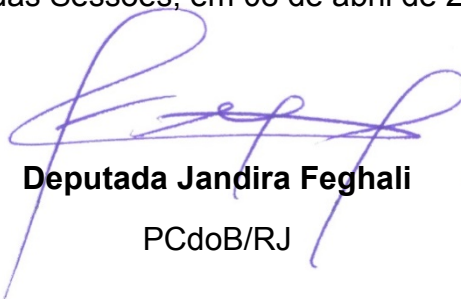


No mesmo sentido posicionaram-se CONASS e CONASEMS em nota conjunta:

“Conass e Conasems posicionam-se favoravelmente, uma vez mais, à implantação da Atenção Ambulatorial Especializada, respeitada a regionalização, com a participação dos médicos ginecologistas-obstetras, pediatras e demais profissionais necessários ao atendimento às gestantes e às crianças de alto risco – a motivação mais importante para a qualificação da rede de atenção. Os dois Conselhos lamentam o desrespeito ao comando legal do SUS com a publicação de uma normativa de forma descolada da realidade dos territórios, desatrelada dos processos de trabalho e das necessidades locais, tornando inalcançáveis as mudanças desejadas: qualificação da assistência à saúde das mulheres, gestantes e crianças do País.”

A posição é clara, em ambas as notas, pela revogação imediata da Portaria, motivo pelo qual apresentamos o presente Projeto de Decreto Legislativo para o qual esperamos o apoio dos nobres parlamentares.

Sala das Sessões, em 08 de abril de 2022



Deputada Jandira Feghali
PCdoB/RJ



LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA
 Coordenação de Organização da Informação Legislativa - CELEG
 Serviço de Tratamento da Informação Legislativa - SETIL
 Seção de Legislação Citada - SELEC

PORTARIA GM/MS Nº 715, DE 4 DE ABRIL DE 2022

Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, resolve:

Art. 1º O inciso I do art. 3º da Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, passa a vigorar com a seguinte alteração:

"Art. 3º
 I - Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami), na forma do Anexo II.
 "(NR)

Art. 2º O Título I do Anexo II da Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 2017, passa a vigorar com as seguintes alterações:

"ANEXO II

TÍTULO I
 DAS DISPOSIÇÕES GERAIS" (NR)

"Art. 1º Fica instituída, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami), que consiste em assegurar:

I - à mulher o direito ao planejamento familiar, ao acolhimento e ao acesso ao cuidado seguro, de qualidade e humanizado, no pré-natal, na gravidez, na perda gestacional, no parto e no puerpério; e

II - ao recém-nascido e à criança o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudável.

Parágrafo único. A Rami será coordenada, no âmbito do Ministério da Saúde, pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps/MS). "(NR)

"Art. 2º Para os fins desta Portaria, considera-se:

- I - recém-nascido: indivíduo com idade entre 0 (zero) e 28 (vinte e oito) dias de vida; e
- II - criança: indivíduo com idade entre 29 (vinte e nove) dias e 24 (vinte e quatro) meses."(NR)

"Art. 3º São princípios da Rami:

- I - a proteção e garantia dos direitos humanos;
- II - o respeito à diversidade cultural, étnica e racial;
- III - a promoção da equidade;
- IV - a participação e mobilização social;
- V - a integralidade da assistência; e
- VI - a garantia ao Planejamento familiar e sexualidade responsável. "(NR)

"Art. 4º São diretrizes da Rami:

- I - atenção segura, de qualidade e humanizada;
- II - atenção multiprofissional, com enfoque nas necessidades da mulher;
- III - garantia de acesso às ações do planejamento familiar e sexualidade responsável;
- IV - compatibilização das atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos municípios, nos estados e no Distrito Federal;
- V - acesso aos diferentes níveis de complexidade da assistência materna e neonatal;
- VI - formação e qualificação de recursos humanos para a atenção materna e infantil;
- VII - implantação de mecanismos de regulação, fiscalização, controle, monitoramento e avaliação da assistência materna e infantil;

VIII - práticas de gestão e de atenção baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis; e

IX - fomento ao vínculo familiar nos cuidados do recém-nascido e da criança. "(NR)

"Art. 5º São objetivos da Rami:

I - implementar modelo de atenção à saúde seguro, de qualidade e humanizado, com foco no planejamento familiar, na gravidez, no pré-natal, no nascimento, na perda gestacional, no puerpério e no cuidado do recém-nascido e da criança, promovendo o crescimento e desenvolvimento saudáveis;

II - garantir a integralidade do cuidado no pré-natal, na gravidez, na perda gestacional, no parto e, no puerpério, bem como ao recém-nascido e à criança, com foco na resolutividade da atenção primária e da atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e

III - reduzir a morbimortalidade materna e infantil.

Parágrafo único. A Rami deve ser fortalecida e qualificada a partir dos elementos e diretrizes da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e das diretrizes do Planejamento Regional Integrado (PRI). "(NR)

"Art. 6º A Rami é constituída pelos seguintes componentes:

I - Componente I - Atenção Primária à Saúde (APS);

II - Componente II - Atenção Ambulatorial Especializada (AAE);

III - Componente III - Atenção Hospitalar (AH);

IV - Componente IV - Sistemas de Apoio;

V - Componente V - Sistemas Logísticos; e

VI - Componente VI - Sistema de Governança."(NR)

"Art. 7º O Componente I - APS é, preferencialmente, organizado pela Unidade Básica de Saúde (UBS) e engloba as ações referentes ao planejamento familiar, ao cuidado seguro, de qualidade e humanizado à gestante, à perda gestacional, ao parto, ao nascimento, ao puerpério e à puericultura, por intermédio da organização dos processos de trabalho das equipes de saúde e da produção do cuidado, com apoio diagnóstico e terapêutico ágil e oportuno.

Parágrafo único. São ações estratégicas do Componente I - APS:

I - na atenção ao planejamento familiar:

- a) mapeamento das mulheres em idade fértil e sua vinculação às equipes de saúde nos territórios;
- b) acesso oportuno à oferta de métodos contraceptivos, com as devidas orientações, de acordo com a qualidade, a eficácia, os critérios assistenciais e a autonomia da mulher;
- c) identificação e oferta dos serviços e controle dos insumos, para inserção e uso de métodos contraceptivos com assistência compartilhada na APS, na AAE e na AH; e
- d) rastreamento, diagnóstico, tratamento e acompanhamento das IST/HIV/AIDS, HTLV, hepatites e toxoplasmose;

II - na atenção ao pré-natal e ao puerpério:

- a) acesso e vinculação de todas as gestantes e puérperas às unidades de saúde da APS;
- b) qualificação permanente dos profissionais das equipes da APS;
- c) disponibilização de teste rápido de gravidez para garantia da identificação precoce da gestação e início do pré-natal até a 12ª semana gestacional;
- d) acompanhamento permanente das gestantes da população adscrita, incluindo estratégias para captação e acompanhamento das residentes em áreas remotas ou em locais de maior vulnerabilidade;
- e) acompanhamento multiprofissional, garantindo o mínimo de 6 (seis) consultas de pré-natal, distribuídas durante os trimestres da gestação, com atenção e maior vigilância ao cuidado de gestantes estratificadas como de alto risco;

- f) acompanhamento multiprofissional, garantindo consulta puerperal até o 7º dia pós-parto, antecipando a visita sempre que identificadas situações de risco durante a transição do cuidado;
- g) estratificação de risco gestacional, ao longo de todo o pré-natal, provendo o nível assistencial adequado e de forma oportuna;
- h) acesso a exames laboratoriais, gráficos e de imagem, durante o pré-natal, com resultado oportuno, conforme as diretrizes clínicas assistenciais vigentes no âmbito do Ministério da Saúde;
- i) disponibilização de medicamentos profiláticos e de tratamento de morbidades relacionadas à gestação;
- j) estabelecimento de estratégias de articulação e de comunicação efetivas entre os pontos de atenção responsáveis pelo pré-natal, parto, puerpério e nascimento, com ênfase na vinculação das gestantes às maternidades de referência, de acordo com o risco gestacional e com o fluxo de informações entre os pontos de atenção;
- k) articulação do gestor municipal, distrital, estadual e federal, com os pontos de atenção, para que a primeira consulta em serviço especializado, com médico obstetra (pré-natal de alto risco), ocorra, no máximo, em 2 (duas) semanas após a detecção do risco no pré-natal na APS;
- l) garantia da continuidade do cuidado compartilhado até o fim da gestação, matriciado pela AAE, com realização de exames especializados, procedimentos terapêuticos específicos e manejo qualificado das morbidades identificadas, conforme a necessidade clínica;
- m) utilização da caderneta da gestante e da ficha perinatal como instrumentos para o registro adequado das informações relativas ao cuidado compartilhado nos diferentes pontos da rede de atenção;
- n) atualização do calendário vacinal, com a inserção das informações na caderneta da gestante;
- o) realização de consulta odontológica, prioritariamente, no primeiro trimestre da gestação, em todos os níveis de atenção;
- p) suporte às gestantes e às puérperas em situações de vulnerabilidade clínica ou social para acesso aos recursos assistenciais necessários no pré-natal;
- q) organização do fluxo de informações entre APS, AAE e AH para comunicação eficiente e realização da alta segura da puérpera e do recém-nascido;

r) disponibilização de insumos para ações permanentes de rastreamento, diagnóstico, tratamento e acompanhamento das IST/HIV/AIDS, HTL-V, hepatites e toxoplasmose;

s) realização de ações de promoção e de proteção do aleitamento materno, incluindo o manejo de complicações e o aconselhamento em alimentação complementar saudável, tanto no âmbito da Atenção AH quanto no âmbito da APS; e

t) registro clínico das gestantes e da produção dos procedimentos realizados no SISAB; e

III - na atenção ao recém-nascido e à criança:

a) promoção da saúde e atenção integral para todos os recém-nascidos e crianças, com o envolvimento de operadores de outras políticas públicas no território, por exemplo, assistência social, educação e conselho tutelar, especialmente para as regiões de maior vulnerabilidade social;

b) garantia da primeira visita domiciliar e/ou consulta na APS, no máximo, até o fim da primeira semana de vida, com foco nas ações do 5º dia da saúde integral, antecipando a visita sempre que identificadas situações de risco durante a transição do cuidado;

c) promoção e proteção do aleitamento materno, incluindo o manejo de complicações e o aconselhamento em alimentação complementar saudável, tanto no âmbito da atenção especializada quanto no âmbito da APS;

d) imunização dos recém-nascidos e das crianças, de acordo com o calendário nacional de imunizações, provendo busca ativa dos faltosos e das crianças vulneráveis;

e) acompanhamento da puericultura, com vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil, seguindo as diretrizes clínicas e normativas do Ministério da Saúde;

f) triagem e estratificação de risco, em todos os atendimentos programados para o acompanhamento longitudinal, garantindo o nível assistencial adequado e oportuno;

g) gestão de condições clínicas e/ou sociais complexas do recém-nascido e da criança, de forma compartilhada entre as equipes da APS, da AAE, da AH ou da assistência social;

- h) realização de consulta odontológica para promoção da saúde oral das crianças;
- i) disponibilização de medicamentos profiláticos e para tratamento de morbidades diagnosticadas durante o ciclo de vida do recém-nascido e da criança;
- j) utilização e atualização da caderneta de saúde da criança; e
- k) registro clínico do recém-nascido, da criança e da produção dos procedimentos realizados no SISAB."(NR)

"Art. 8º O Componente II - AAE é responsável pela assistência especializada à gestação de alto risco e pelo seguimento do recém-nascido e da criança egressos de unidade neonatal, observados o perfil epidemiológico, a organização regional, a densidade populacional e a distância para deslocamentos.

§ 1º A assistência especializada de que trata o caput deverá dispor de:

I - capacidade operacional, dimensionada a partir da necessidade de saúde da população materna e infantil, cadastrada pelas equipes da APS do território adscrito; e

II - acesso regulado, na modalidade de agendamento de consultas e exames, de acordo com os critérios pactuados entre os gestores, observados protocolos clínicos e de estratificação de risco.

§ 2º São ações estratégicas do Componente II - AAE:

I - na atenção ao pré-natal de alto risco:

- a) oferta de AAE para acompanhamento de gestantes de alto risco;
- b) acesso regulado da gestante de alto risco a hospital/maternidade com leitos de gestação de alto risco e continuidade da atenção perinatal, para melhor eficiência do cuidado;
- c) acompanhamento da gestante por especialistas, com apoio de equipe multiprofissional, garantindo o mínimo de 12 (doze) consultas de pré-natal, distribuídas durante os trimestres da gestação, ampliadas de acordo com a necessidade da gestante e do quadro clínico;

- d) acesso regulado e pactuado com o gestor da APS para oferta de exames laboratoriais, gráficos, de imagem e terapêuticos de apoio, de acordo com a necessidade da gestante;
 - e) estabelecimento de estratégias de articulação e de comunicação efetivas, entre os pontos de atenção responsáveis pela realização do parto e do nascimento, com ênfase na vinculação das gestantes às maternidades de referência para gestação de alto risco;
 - f) utilização da caderneta da gestante e da ficha perinatal como instrumentos para o registro adequado das informações relativas ao cuidado compartilhado; e
 - g) registro clínico da gestante e da produção dos procedimentos realizados no SISAB; e
- II - na atenção ao seguimento do recém-nascido e da criança egressos de unidade neonatal (ANEO):
- a) oferta de AAE para seguimento do recém-nascido e da criança egressos de unidade neonatal, até os 2 (dois) anos de idade, considerando a organização regional, a densidade populacional e as distâncias para os deslocamentos;
 - b) acesso regulado do recém-nascido e da criança egressos de unidade neonatal, quando necessário, a hospital/maternidade de alta complexidade, para melhor eficiência do cuidado;
 - c) atenção integral do recém-nascido e da criança egressos de unidade neonatal e suas famílias, por meio de avaliação, diagnóstico, apoio terapêutico e orientação, no período posterior à internação em unidade neonatal, de maneira a promover o crescimento e o desenvolvimento adequados, bem como minimizar danos advindos das condições que justificaram a internação;
 - d) estabelecimento de estratégias de articulação e de comunicação efetivas, entre os pontos de atenção responsáveis pela realização do cuidado ao recém-nascido e à criança egressos de unidade neonatal, com ênfase no acompanhamento de puericultura de forma compartilhada com a APS, segundo as diretrizes clínicas e normativas do Ministério da Saúde;
 - e) utilização e atualização da caderneta do recém-nascido e da criança com as informações relativas ao seguimento do recém-nascido e da criança egressos de unidade neonatal; e
 - f) promoção e proteção do aleitamento materno, incluindo o manejo de complicações e o aconselhamento em alimentação complementar saudável. "(NR)

"Art. 9º O Componente III - AH é responsável pelo serviço de atenção especializada hospitalar, composto por maternidade ou hospital geral com leitos obstétricos e leitos neonatais, com suporte diagnóstico e terapêutico clínico e cirúrgico para atendimento a gestantes, puérperas e recém-nascidos, bem como acesso regulado, ágil e oportuno ao cuidado intensivo às intercorrências obstétricas com risco de morbidade grave à gestante ou puérpera, ao recém-nascido e à criança.

Parágrafo único. São ações estratégicas do Componente III - AH:

I - A atenção hospitalar à gestação, à perda gestacional, ao parto, ao nascimento, ao pós-parto e ao recém-nascido, por meio de:

- a) manutenção de leitos obstétricos suficientes de acordo com as necessidades e referências regionais;
- b) demonstração de capacidade operacional, dimensionada a partir da necessidade de saúde da população materna e infantil cadastrada pelas equipes da APS do território de abrangência;
- c) estruturação da ambiência das maternidades, conforme medidas sanitárias previstas na Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa - RDC nº 36, de 3 de junho de 2008, ou outra que venha a substituí-la;
- d) ambiência adequada à permanência de um acompanhante para a gestante, durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto, bem como para o recém-nascido, conforme a Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005;
- e) acolhimento com classificação e estratificação de risco, nos serviços de atenção obstétrica e neonatal, seguindo as diretrizes clínicas e normativas do Ministério da Saúde;
- f) monitoramento da gestante, da puérpera e do recém-nascido de forma efetiva, de acordo com a necessidade, enquanto persistir a internação do "binômio mãe e filho";
- g) implementação de práticas seguras na atenção ao parto, ao nascimento, ao puerpério, à perda gestacional e ao recém-nascido, de acordo com as evidências científicas e as diretrizes do Ministério da Saúde;
- h) disponibilização de estrutura, equipamentos, medicamentos, insumos e profissionais capacitados para o manejo inicial dos casos que exigirão transferência e cuidado às intercorrências obstétricas de maior complexidade;

- i) fomento ao acesso regulado, em tempo oportuno e por meio de transporte seguro em saúde, aos serviços de atenção obstétrica e neonatal de maior complexidade;
- j) promoção da saúde e atenção integral ao puerpério, incluindo orientações e acesso a métodos contraceptivos, quando pertinentes, em articulação efetiva com a APS para agendamento da primeira visita domiciliar e/ou consulta, no período máximo de até o 7º dia após a alta, com ênfase na identificação precoce e no tratamento de complicações;
- k) disponibilização de mecanismos eficientes de comunicação entre as equipes da APS, da AAE e da AH (maternidades de baixo risco e maternidades de alto risco), de forma a garantir a transição segura da gestante ou puérpera;
- l) utilização de metodologias que garantam assistência segura e adequada no caso de perda gestacional;
- m) disponibilização de quantitativo dos seguintes leitos, de acordo com a necessidade regional e a garantia do cuidado progressivo ao recém-nascido:
 - 1. Gestação de Alto Risco (GAR);
 - 2. Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN);
 - 3. Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo);
 - 4. Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa);
 - 5. Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulta;
 - 6. UTI pediátrica; e
 - 7. Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP);
- n) provimento de acesso a hospital/maternidade com leitos de UTIN, UCINCo e UCINCa, para o nascimento do recém-nascido de risco, de acordo com as necessidades clínicas;
- o) fomento à implantação do Método Canguru;

- p) disponibilização de atenção qualificada ao recém-nascido, com equipe clínica completa e estrutura adequada ao nível assistencial, no nascimento e no acompanhamento, durante todo o período de permanência no hospital;
- q) estímulo e apoio ao aleitamento materno, ainda que a criança esteja internada em unidade neonatal (UTIN e UCINCo);
- r) estímulo à imunização do neonato, conforme calendário nacional de vacinação;
- s) fomento à realização de triagens neonatais universais, na maternidade ou em serviço definido pela rede de atenção, em tempo hábil, de acordo com a regulamentação;
- t) orientação de agendamento da primeira consulta em serviço especializado para os recém-nascidos e crianças egressos de unidades neonatais, de acordo com as necessidades clínicas, sem ultrapassar o período de 30 (trinta) dias após a alta da maternidade; e
- u) dimensionamento quantitativo e qualitativo da equipe técnica, atendendo às normatizações e legislações vigentes, de acordo com a proposta assistencial, a complexidade e o perfil da demanda. "(NR)

"Art. 10. O Componente IV - Sistemas de Apoio é responsável por prestar assistência de forma organizada e comum a todos os pontos de atenção à saúde.

Parágrafo único. O sistema de apoio deverá dispor de:

I - sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico para prover exames laboratoriais, gráficos, de patologia clínica e de imagem, durante os ciclos gravídico-puerperal, do recém-nascido e da criança, com resultados oportunos, conforme as diretrizes clínicas assistenciais do Ministério da Saúde;

II - sistemas de assistência farmacêutica para prover organização, seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, prescrição, dispensação e promoção do uso racional de medicamentos durante os ciclos gravídico-puerperal, do recém-nascido e da criança;

III - meios para implementação da Estratégia de Saúde Digital; e

IV - meios para integração de dados dos sistemas de informação em saúde."(NR)

"Art. 11. O Componente V - Sistemas Logísticos é responsável por produzir soluções em saúde, com base nas tecnologias da informação e comunicação e relacionadas ao conceito de integração vertical.

Parágrafo único. O sistema logístico deverá dispor de:

- I - sistemas de identificação e de acompanhamento dos usuários;
- II - sistema de centrais de regulação dos serviços especializados ambulatoriais e hospitalares;
- III - sistema de registro eletrônico em saúde; e
- IV - sistema de transporte sanitário e transporte regulado de urgência para acompanhamento longitudinal nos serviços de atenção a gestantes, puérperas, recém-nascidos e crianças, nas situações de intercorrências clínicas, cirúrgicas, obstétricas e neonatais."(NR)

"Art. 12. O Componente VI - Sistema de Governança constitui a capacidade de intervenção que envolve diferentes atores, mecanismos e procedimentos para gestão compartilhada."(NR)

"Art. 13. A Rami deverá ser implementada, em todo o território nacional e de forma tripartite, pela União, estados, Distrito Federal e municípios, respeitados os critérios epidemiológicos, como taxa de mortalidade materna e infantil, densidade populacional e a oferta de serviços.

I - Compete ao Ministério da Saúde:

- a) a coordenação e o apoio à implementação da Rami, por intermédio da Saps/MS;
- b) o financiamento, o monitoramento e a avaliação da Rami, em todo o território nacional;
- c) a cooperação técnica aos entes subnacionais para fortalecimento do monitoramento e da avaliação dos serviços na Rami;
- d) a habilitação dos estabelecimentos de saúde na Rami, nos termos de portaria específica; e
- e) a atuação como indutor das articulações e pactuações entre os entes federados, nas discussões de macrorregiões interestaduais..

II - Compete aos estados e ao Distrito Federal:

- a) o apoio para implementação da Rami;
- b) o financiamento, o monitoramento e a avaliação da Rami, no âmbito de suas competências;
- c) a contratualização dos pontos de atenção à saúde sob sua gestão;
- d) a solicitação de habilitação, alteração de habilitação ou desabilitação de estabelecimentos sob sua gestão; e
- e) a cooperação com os gestores municipais na regulação do acesso aos serviços da Rami.

III - Compete aos municípios e ao Distrito Federal:

- a) a implementação, o financiamento, o monitoramento e a avaliação da Rami, no âmbito de suas competências;
- b) a elaboração do plano de ação macrorregional da Rami, a ser pactuado pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB);
- c) a identificação de qual estabelecimento de saúde, nas macrorregiões de saúde, possui condições para prestar atendimento na Rami;
- d) a contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão;
- e) a solicitação de habilitação, alteração de habilitação ou desabilitação de estabelecimentos sob sua gestão; e
- f) a estruturação de complexos reguladores da Rami. "(NR)

"Art. 14. Para implementação da Rede, os municípios deverão instituir grupo condutor macrorregional e os estados, grupo condutor estadual:

§ 1º O grupo condutor macrorregional terá as seguintes atribuições:

- I - avaliar o funcionamento das regiões quanto a capacidade instalada, densidade tecnológica e necessidade de serviços para organização e pactuação dos fluxos assistenciais da Rami;

II - elaborar plano de ação macrorregional , que contemple os componentes da Rami, com ênfase na articulação e na proposição de ações que envolvam o complexo regulador; e

III - apoiar o monitoramento e a avaliação das ações estabelecidas no plano macrorregional.

§ 2º O grupo condutor estadual terá as seguintes atribuições:

I - avaliar os planos de ação macrorregionais;

II - contribuir para a efetivação dos acordos macrorregionais e intra-estaduais, e apoiar a articulação e pactuação de acordos interestaduais, nos casos em que a organização macrorregional da Rami envolva mais de um estado;

III - apoiar a elaboração e a organização da linha de cuidado materna e infantil, e acompanhar sua implementação e funcionamento;

IV - apoiar o monitoramento e a avaliação da implementação da Rami, no âmbito estadual; e

V - colaborar com a Câmara Técnica Assessora para a organização, o monitoramento e a avaliação da Rami, no âmbito nacional. "(NR)

"Art. 15. O plano de ação macrorregional é documento orientador para implementação, financiamento, monitoramento e avaliação da Rami, e deverá ser elaborado observado o modelo do plano disponível no sítio do Ministério da Saúde.

Parágrafo único. O plano de ação macrorregional deverá ser aprovado na CIB, e deve atender aos requisitos:

I - caracterização do território;

II - matriz diagnóstica (indicadores de morbimortalidade e indicadores de atenção);

III - cobertura de acesso e capacidade instalada na APS e AAE;

IV - capacidade instalada na atenção hospitalar especializada; previsão de obras (construção, reforma);

V - estimativa de necessidade de equipamentos; e

VI - estimativa de custos para as ações de melhoria dos indicadores e implementação efetiva da rede de atenção materna e infantil."(NR)

"Art. 16. A implementação, o acompanhamento, o monitoramento e a avaliação da Rami serão realizados com o apoio da Câmara Técnica Assessora.

§ 1º Fica instituída, no âmbito do Ministério da Saúde, a Câmara Técnica Assessora com o objetivo de apoiar o monitoramento, o acompanhamento e a avaliação da Rami.

§ 2º Compete à Câmara Técnica Assessora:

I - propor ações para o adequado funcionamento da Rami;

II - apoiar o grupo condutor estadual na implementação, no monitoramento e na avaliação da Rami;

III - apoiar o grupo condutor estadual na elaboração da linha de cuidado materna e infantil;

IV - fomentar a qualificação da gestão e dos serviços da Rami, em todo o território nacional, com práticas fundamentadas em evidências científicas, humanização, segurança e garantia de direitos; e

V - elaborar, anualmente, a análise de avaliação regulatória. "(NR)

"Art. 17. A Câmara Técnica Assessora é composta pelos seguintes representantes:

I - 1 (um) representante da Saps/MS, que a coordenará;

II - 1 (um) representante da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (Saes/MS);

III - 1 (um) representante da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS);

IV - 1 (um) representante do núcleo de saúde materna e infantil da Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai/MS); e

V - 1 (um) representante do grupo condutor estadual.

§ 1º Cada representante da Câmara Técnica Assessora terá um suplente, que o substituirá em suas ausências e impedimentos.

§ 2º Os membros da Câmara Técnica Assessora e respectivos suplentes de que dispõem os incisos I a IV, serão indicados pelos titulares dos órgãos que representam e designados pelo Ministro de Estado da Saúde.

§ 3º O representante e respectivos suplentes, de que dispõe o inciso V, serão indicados pelo gestor estadual.

§ 4º Poderão participar das reuniões da Câmara Técnica Assessora, como convidados especiais, sem direito a voto, representantes dos órgãos do Ministério da Saúde e especialistas afetos ao tema em discussão, cuja presença seja considerada necessária ao cumprimento do disposto nesta Portaria. "(NR)

"Art. 18. A Câmara Técnica Assessora se reunirá em caráter ordinário, mensalmente, e em caráter extraordinário, sempre que necessário.

§ 1º O quórum de reunião da Câmara Técnica Assessora é de maioria simples dos membros, e o quórum de aprovação é de 50% (cinquenta por cento) mais um.

§ 2º Além do voto ordinário, o coordenador da Câmara Técnica Assessora terá o voto de qualidade em caso de empate.

§ 3º As reuniões da Câmara Técnica Assessora poderão ser realizadas por meio de videoconferência. "(NR)

"Art. 19. A Câmara Técnica Assessora poderá instituir grupos técnicos com o objetivo de discutir temas relacionados às seguintes ações estratégicas:

I - atenção ao planejamento familiar, ao pré-natal, ao puerpério e à puericultura;

II - atenção ambulatorial à gestante, à puérpera, ao recém-nascido e à criança de até 2 (dois) anos; e

III - atenção hospitalar, regulação do acesso e transporte seguro."(NR)

"Art. 20. Os grupos técnicos:

I - serão compostos na forma de ato normativo;

II - não poderão ter mais de 5 (cinco) membros;

III - terão caráter temporário e duração não superior a 1 (um) ano; e
IV - estão limitados a 3 (três) operando simultaneamente. "(NR)

"Art. 21. A Secretaria-Executiva da Câmara Técnica Assessora será exercida pela Saps/MS."(NR)

"Art. 22. A participação na Câmara Técnica Assessora e nos grupos técnicos será considerada prestação de serviço público relevante, não remunerada."(NR)

"Art. 23. A Câmara Técnica Assessora elaborará relatório das atividades."(NR)

"Art. 24. A Rami será constituída pelos seguintes serviços:

I - unidade básica de saúde;

II - serviço de atenção ambulatorial especializada à gestação de alto risco (- AGAR);

III - serviço de atenção ambulatorial especializada do seguimento do recém-nascido e criança egressos da unidade neonatal (- ANEO);

IV - maternidade e/ou hospital geral com leitos obstétricos, cirúrgicos e clínicos com habilitação em gestação de baixo risco (- MAB) portes I, II e III;

V - unidade de centro de parto normal intra-hospitalar tipos I e II;

VI - unidade de centro de parto normal peri-hospitalar;

VII - casa da gestante bebê e puérpera;

VIII - atenção hospitalar de referência à gestação de alto risco tipo I;

IX - atenção hospitalar de referência à gestação de alto risco tipo II;

X - unidade de terapia intensiva neonatal tipos II e III;

XI - unidade de cuidados intermediários neonatal convencional;

XII - unidade de cuidados intermediários canguru;

XIII - referência hospitalar em atendimento secundário a gestação de alto risco; e

XIV - referência hospitalar em atendimento terciário a gestação de alto risco.

§ 1º Os serviços previstos no inciso I e nos incisos V a XIV do caput são aqueles que compõem a Rede Cegonha e que ficam incorporados à Rami.

§ 2º Não será permitida nova habilitação dos serviços previstos nos incisos VI, VIII, XIII e XIV do caput."(NR)

"Art. 25. Os critérios de habilitação e desabilitação dos serviços que compõem a Rami serão estabelecidos em ato específico do Ministro de Estado da Saúde no prazo de 45 (quarenta e cinco) dias. "(NR)

"Art. 26. O monitoramento e a avaliação da Rami serão realizados, anualmente, pelo Ministério da Saúde, por meio de:

I - avaliação dos seguintes indicadores de desempenho do programa Previne Brasil:

a) proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª (primeira) até a 12ª (décima segunda) semana de gestação;

b) proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV;

c) proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado;

d) proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por *haemophilus influenzae* tipo b e Poliomielite inativada;

II - avaliação dos indicadores da Rami conforme definidos no Anexo 1 do Anexo II; e

III - monitoramento do cumprimento de parâmetros de procedimentos, de insumos, de parque tecnológico e de equipe, que serão definidos em portaria específica que trata dos critérios de habilitação editada pelo Ministro de Estado da Saúde. "(NR)

"Art. 27. Fica definido, para fins de monitoramento e a avaliação das ações e serviços da Rami, que os estados e municípios, anualmente, preencherão os formulários inseridos no endereço eletrônico <http://saips.saude.gov.br>, de acordo com cada tipo de habilitação.

§ 1º O aviso de comunicação de abertura do ciclo de monitoramento é encaminhado via Saips.

§ 2º O formulário de que dispõe o caput será analisado pela Saps/MS."(NR)

"Art. 28. A documentação exigida para o monitoramento é:

I - checklist do ciclo de monitoramento de acordo com cada tipo de habilitação;

II - termo de compromisso do gestor do serviço, garantindo a manutenção do cumprimento dos requisitos mínimos de cada habilitação;

III - relatório da vistoria realizada "in loco" pelo gestor subnacional, com a avaliação das condições de funcionamento dos estabelecimentos de saúde;

IV - apresentação do plano macrorregional da Rami atualizado;

V - apresentação de relatório de monitoramento do gestor subnacional, comprovando o cumprimento de todos os parâmetros de habilitação."(NR)

"Art. 29. Nos casos de não apresentação do formulário, de que dispõe o Art. 27 desta portaria, o gestor do SUS será notificado, por ofício, para envio do formulário, no prazo de 30 (trinta) dias, contados da data de recebimento da notificação."(NR)

Parágrafo único. A habilitação dos serviços da Rami será suspensa por 180 dias no caso do descumprimento do prazo previsto nos Art. 29 desta portaria.

"Art. 30. A suspensão da habilitação dos serviços da Rami será determinada se verificado o descumprimento de um ou mais dos seguintes requisitos:

I - equipe de profissionais de saúde completa;

II - infraestrutura adequada para o funcionamento do serviço;

III - disponibilidade de insumos e medicamentos;

IV - produção mínima dos procedimentos registrados no SIA, SIH e Sisab.

Parágrafo único. Nos casos que for identificadas irregularidades no monitoramento, o gestor do SUS será notificado, por ofício, para regularização das diligências no prazo de 60 (sessenta) dias, contados da data de recebimento da notificação."(NR)

"Art. 31. A habilitação dos serviços da Rami será suspensa por 180 (cento e oitenta) dias, contados do momento da notificação do gestor do SUS, no caso do descumprimento do prazo previsto no parágrafo único do Art. 30 desta portaria.

§ 1º Superado o prazo de 180 dias de suspensão, o serviço da Rami, poderá ser desabilitado, caso o gestor do SUS não apresente a regularização do cumprimento das diligências, que motivaram a suspensão da habilitação.

§ 2º A suspensão e a desabilitação dos serviços acarretará na interrupção de repasses de recursos financeiros.

§ 3º O gestor de saúde poderá solicitar nova habilitação dos serviços desabilitados a qualquer tempo, desde que cumpridas as exigências estabelecidas por ato normativo específico de critérios de habilitação.

§ 4º A suspensão e a desabilitação do serviço serão publicizadas por ato específico do Ministro de Estado da Saúde."(NR)

"Art. 32. Os gestores de saúde devem utilizar e manter atualizados os sistemas de informação do SUS vigentes destinados à coleta de dados que contribuem na informação sobre a Rami, SIH, SIA - produção ambulatorial e de alta complexidade (Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade - Apac), Sisab, Cnes, SIM, Sinasc, Sinan, Sispni, conforme as normas técnico-operacionais preconizadas pelo Ministério da Saúde.

Parágrafo Único: Os sistemas mencionados no caput substituem o Sisprenatal web, não sendo necessário a manutenção deste."(NR)

"Art. 33. O monitoramento de que trata esta portaria, não dispensa o ente federativo beneficiário de comprovação da aplicação dos recursos financeiros percebidos por meio do Relatório Anual de Gestão - RAG."(NR)

"Art. 34. Além do monitoramento disposto nesta portaria, caberá aos órgãos de controle interno, especialmente ao Sistema Nacional de Auditoria - SNA, o monitoramento da correta aplicação dos recursos oriundos dos incentivos financeiros que tratam os serviços dispostos nesta portaria."(NR)

"Art. 35. O financiamento dos serviços da Rede Cegonha, incorporados à Rami, dispostos no inciso I e nos incisos V a XIV do art. 24, ficam mantidos conforme recurso já estabelecido por meio de portaria que habilita o serviço."(NR)

"Art. 36. Os serviços de saúde estabelecidos nos incisos II, III e IV, do art. 24, desde que atendam aos critérios de habilitação estabelecidos por portaria específica, deverão encaminhar a solicitação de habilitação, por meio do Saips, ao Ministério da Saúde."(NR)

"Art. 37. O valor de repasse e a memória de cálculo de recurso financeiro, dos serviços que compõem a Rami, serão estabelecidos em ato específico do Ministro de Estado da Saúde no prazo de 45 (quarenta e cinco) dias."(NR)

"Art. 38. Os recursos financeiros para a execução dos serviços que compõem a Rami são oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, de acordo com disponibilidade orçamentária, devendo onerar as seguintes funcionais programáticas:

I - 10.302.5018. 8585.0000 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade;

II - 10.301.5019.21CE.0000 - Implementação de Políticas de Atenção Primária à Saúde, Plano Orçamentário 0009 - Implementação de Políticas para a Rede Cegonha; e

III - 10.302.5018.8535.0000 - Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde, Plano Orçamentário 000C - Estruturação da Rede Cegonha."(NR)

Art. 3º Revogam-se as disposições em contrário.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

MARCELO ANTÔNIO CARTAXO QUEIROGA LOPES

ANEXO 1 do ANEXO II

INDICADORES DE MONITORAMENTO DA REDE DE ATENÇÃO MATERNA E INFANTIL (RAMI)

INDICADORES ESTRATÉGICOS DA REDE MATERNA E INFANTIL					
OBJETIVO: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DA REDE MATERNA E INFANTIL					
Nº	NOME DO INDICADOR	Uso (para que fim?)	INTERPRETAÇÃO (o que mede?)	MÉTODO DE CÁLCULO	FONTE DOS DADOS
1	Número de mulheres de 14 a 49 anos, que realizaram o procedimento de inserção de dispositivo intrauterino (DIU), em determinado período e segundo município de residência.	Avaliar a oferta de método de longa duração (DIU) às mulheres e adolescentes; contribuir para avaliação do acesso das mulheres que não desejam engravidar e buscam métodos contraceptivos de longa duração na APS; permitir o monitoramento da aquisição, da distribuição e da oferta do método aos estados, DF e municípios; reforçar ações das equipes de APS para alcance dos ODS 2030, que constam no item 3.7.	Mensura a quantidade de municípios, estados ou DF que monitoram a oferta de método contraceptivo (DIU) como estratégia prioritária para redução da gravidez não planejada. Reflete o planejamento adequado e abastecimento do insumo em tempo oportuno. Avalia a contribuição do método para diminuição de intercorrências obstétricas em mulheres com histórico de gestação de alto risco (diabéticas, hipertensas e lúpicas, bem como as adolescentes). Permite a análise dos gestores quanto às estratégias das equipes na oferta de ações para o planejamento familiar.	Número de procedimentos de inserção de DIU (SIGTAP 0301040141) registrados no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica.	e-SUS, SIA e SIH
2	Número de mulheres de 14 a 49 anos que realizaram o procedimento de teste rápido de gravidez antes da 12ª semana de gestação, em	Avaliar o cumprimento de diretrizes e normas para a realização de pré-natal de qualidade na APS; subsidiar o processo de planejamento, gestão e avaliação da assistência ao pré-natal; incentivar a melhoria das ações para identificação de riscos e	Analisa a distribuição do incentivo do teste rápido de gravidez aos municípios, como iniciativa para ampliação do acesso e busca ativa de gestantes antes da 12ª semana de gestação. Contribui na avaliação das equipes quanto ao aumento do número de consultas e	Total de gestantes com teste rápido de gravidez realizado até 12ª semana de gestação, segundo município de residência registrado no e-SUS e segundo código tabela SIGTAP (02.14.01.006-6).	SINASC e E-SUSAB
	determinado período e segundo o município de residência.	prevenção de agravos à gestante e ao feto, logo no primeiro trimestre de gestação.	acompanhamento das gestantes no pré-natal.		
3	Número de nascimentos de mães com idade inferior a 14 anos, em que o desfecho foi: nascimentos ou óbito fetal, segundo município de residência.	Identificar casos de violência e exploração infantil; avaliar casos de evasão escolar e articulação e integração com políticas de saúde, educação, assistência psicossocial e conselho tutelar; dar visibilidade para priorizar ações da APS em territórios vulneráveis.	A qualidade do acesso e da atenção à saúde de crianças menores de 14 anos e a articulação intersetorial na proteção destas nos municípios, de modo a estimular as ações integradas com políticas estruturantes (saúde, educação, assistência social e Conselho Tutelar) para o enfrentamento da gravidez de meninas menores de 14 anos.	Total de nascidos vivos e óbitos fetais de mães menores de 14 anos, segundo município de residência.	SINASC, IBGE e SIM
4	Número de nascimentos de mães de 14 a 19 anos, segundo município de residência.	Prover acesso às ações de sexualidade responsável e planejamento familiar; avaliar o risco de mortalidade materna e infantil nessa população; avaliar o empobrecimento profissional das mães adolescentes residentes em áreas de maior risco e vulnerabilidade social; avaliar casos de evasão escolar e a necessidade de fortalecer a articulação e integração com as políticas: saúde, educação e assistência social; dar visibilidade para priorizar ações	A qualidade do acesso e da atenção à saúde de adolescentes, com enfoque nos métodos contraceptivos (DIU) e nas informações sobre sexualidade responsável e planejamento familiar. Acompanhamento dos riscos obstétricos e infantis relacionados às mães adolescentes; subsidia estratégias para fortalecer a articulação intersetorial para o enfrentamento da gravidez na adolescência enquanto grave problema de saúde pública.	Total de nascidos vivos e de óbitos fetais de mães de 14 a 19 anos, segundo município de residência. Denominador: Total de adolescentes de 14 a 19 anos, no mesmo município de residência X 10.000.	SINASC, IBGE e SIM

		intersetoriais em áreas vulneráveis.			
5	Número de gestantes com registro de consultas e/ou exames realizados no ambulatório de gestação de alto risco, segundo município de residência.	Avaliar a qualidade das ações das equipes de APS às gestantes, quanto à identificação e manejo de fatores de risco, bem como o correto encaminhamento e acompanhamento, em tempo oportuno, para a atenção ambulatorial especializada e atenção hospitalar; permitir o planejamento dos exames laboratoriais, gráficos e de imagem para o diagnóstico e tratamento oportunos das gestantes de alto risco.	Analisa a distribuição do incentivo para ampliação do acesso ao pré-natal de alto risco. Subsidiar dados e informações para tomada de decisão de gestores e profissionais, quanto a demanda de consultas, exames, medicamentos e leitos para gestação de alto risco. Possibilita melhor acompanhamento e apoio às equipes de ESF quanto à identificação precoce dos fatores de risco, com acompanhamento adequado e, tem potencial de monitorar ações de redução das intercorrências obstétricas.	Total de gestantes com registro de consultas e/ou exames realizados no pré-natal de alto risco/total de gestantes no mesmo período e local x 100.	e-SUSAB
6	Proporção de recém-nascidos com Apgar de 5º minuto < 7 segundo local de ocorrência (hospital/maternidade/ou outro) do nascimento.	Avaliar o acesso aos serviços de nascimentos quanto à oferta de vagas: leitos, equipe e equipamentos para o atendimento aos recém-nascidos que necessitam de cuidados nos primeiros minutos de vida; identificar barreiras de acesso da gestante ao local do parto, previamente estabelecido por meio do plano de vinculação.	Mede a ocorrência de asfixia no recém-nascido no quinto minuto de vida. Contribui na análise das condições do parto e nascimento.	Número de recém-nascidos com Apgar < 7 no 5º minuto de vida em um determinado local ocorrência (hospital/maternidade/ou outro) do nascimento e ano/Número total de recém-nascidos no mesmo local e ano x 100.	SINASC
7	Proporção de recém-nascidos com extremo baixo peso ao nascer na faixa < 1.000g (até, inclusive 999g), segundo município de residência;	Compreender que a relevância e os fatores associados ao extremo baixo peso ao nascer são fundamentais não só para o estabelecimento de comparações mas também para encontrar explicações acerca de suas causas, a fim de objetivar ações preventivas, como o planejamento de programas e políticas públicas de saúde e nutrição; avaliar a atenção ao pré-natal, com acesso para as gestantes a consultas, exames (laboratoriais, gráficos e de imagem), diagnóstico e tratamento oportunos,	Reflete a capacidade dos serviços de saúde em identificar e intervir em fatores de risco para o baixo peso ao nascer durante o acompanhamento pré-natal compartilhado com a equipe do ambulatório de gestação de alto risco. Promove a discussão dos gestores acerca da atenção ao parto e aos fatores relacionados a tabagismo, baixo nível educacional materno, idade materna mais jovem, estado marital, pequeno ganho ponderal durante a gravidez, hipertensão	Número de recém-nascidos com extremo baixo peso ao nascer na faixa de < 1.000g (até, inclusive, 999g) em um determinado período e local de residência/Número total de recém-nascidos no mesmo período e local x 100.	SINASC
		com oferta de medicamentos; promover a discussão entre gestores e profissionais acerca da qualidade das ações e da oferta de serviços para estabelecer estratégias de ampla abrangência, visando à redução da proporção de nascimento de recém-nascido de extremo baixo peso e a demanda de RN prematuros que necessitam de cuidado longitudinal de maior	arterial, infecção do trato geniturinário na gestação, paridade e menor número de consultas no pré-natal; também pode ser associado a um maior risco de infecções, maior tempo de hospitalização e maior propensão à deficit neuropsicológico pós-natal. Mede a qualidade das ações na atenção hospitalar, no que se refere a estrutura, equipamentos, medicamentos e recursos humanos qualificados para atendimento aos recém-nascidos de baixo peso e suficiência		

		complexidade.	de leitos neonatais (UTIN, UCINCO e UCINCA).		
8	Proporção de recém-nascidos com muito baixo peso ao nascer nas faixas de <1.500g a 1.000g (até, inclusive, 1.499g), segundo município de residência.	Compreender que a relevância e os fatores associados ao muito baixo peso ao nascer são fundamentais, não só para o estabelecimento de comparações mas também para encontrar explicações acerca de suas causas, a fim de objetivar ações preventivas, como o planejamento de programas e políticas públicas de saúde e nutrição; avaliar a atenção ao pré-natal, com acesso das gestantes a consultas,	Reflete a capacidade dos serviços de saúde em identificar e intervir em fatores de risco para o baixo peso ao nascer durante o acompanhamento pré-natal compartilhado com a equipe do ambulatório de gestação de alto risco. Promove a discussão dos gestores acerca da atenção ao parto e aos fatores relacionados a tabagismo, baixo nível educacional materno, idade materna mais jovem, estado marital, pequeno ganho ponderal durante a gravidez, hipertensão	Número de recém-nascidos com muito baixo peso ao nascer nas faixas de <1.500g a 1.000g (até, inclusive, 1.499g) em um determinado período e local de residência/Número total de recém-nascidos no mesmo período e local x 100.	SINASC
		exames (laboratoriais, gráficos e de imagem), diagnóstico e tratamento oportunos, com oferta de medicamentos; promover a discussão entre gestores e profissionais acerca da qualidade das ações e da oferta de serviços para estabelecer estratégias de ampla abrangência para redução da proporção de muito baixo peso ao nascer e para a demanda de RN prematuros que necessitam de	arterial, infecção do trato geniturinário na gestação, paridade e menor número de consultas no pré-natal; também pode ser associado a um maior risco de infecções, maior tempo de hospitalização e maior propensão a déficit neuropsicológico pós-natal. Mede a qualidade das ações na atenção hospitalar, no que se refere a estrutura, equipamentos, medicamentos e recursos humanos qualificados para atendimento aos recém-nascidos de baixo peso e suficiência de leitos neonatais (UTIN, UCINCO e UCINCA).		
		cuidado longitudinal de maior complexidade.			
9	Proporção de recém-nascidos com baixo peso ao nascer nas faixas < 2.500g (até 1.500g)	Compreender que a relevância e os fatores associados ao baixo peso ao nascer são fundamentais não só para o estabelecimento de comparações mas também para encontrar explicações acerca de suas causas, a fim de objetivar ações preventivas, como o planejamento de programas e políticas públicas de saúde e nutrição.	Reflete a capacidade dos serviços de saúde em identificar e intervir em fatores de risco para o baixo peso ao nascer durante o acompanhamento pré-natal compartilhado com a equipe do ambulatório de gestação de alto risco. Promove a discussão dos gestores acerca da identificação e do conhecimento dos fatores de risco relacionados com o baixo peso ao	Número de recém-nascidos com peso ao nascer nas faixas < 2.500g a 1.500g (inclui 1.500g) em um determinado período e local de residência/Número total de recém-nascidos no mesmo período e local x 100.	SINASC
		Avaliar a atenção ao pré-natal, com acesso das gestantes a consultas, exames (laboratoriais, gráficos e de imagem), diagnóstico e tratamento oportunos, com oferta de medicamentos. Promover a discussão entre gestores e profissionais acerca da qualidade das ações e da oferta de serviços para a demanda de RN de baixo peso.	nascer que podem promover a melhoria dos serviços de saúde, tornando-os mais resolutivos e qualificados na atenção à saúde materna e infantil. Mede a qualidade das ações na atenção hospitalar, no que se refere a estrutura, equipamentos, medicamentos e recursos humanos qualificados para atendimento aos recém-nascidos com baixo peso, prematuros e suficiência de leitos neonatais (principalmente UCINCO e UCINCA).		

10	Taxa de mortalidade em menores de 1 ano (mortalidade infantil) ou Número absoluto para municípios menores de 80 mil habitantes.	Identificar fragilidades de acesso à atenção; analisar variações geográficas e temporais da mortalidade infantil; contribuir na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população; subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas à atenção pré-natal, ao parto e à proteção da saúde infantil.	Estima o risco de uma criança morrer durante o seu primeiro ano de vida. Expressa o desenvolvimento socioeconômico e a infraestrutura ambiental. Está relacionada ao acesso e à qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e infantil.	Número de óbitos em menores de 1 ano de idade em um determinado ano e local de residência / Número de nascidos vivos residentes nesse mesmo local e período x 1.000. Obs: adotar a TMI calculada e publicada pela SVS, incluindo as correções em áreas com subregistro de morte infantil.	SIM/SINASC
11	Taxa de mortalidade fetal.	Analisar variações populacionais, geográficas e temporais da mortalidade fetal, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos; subsidiar a avaliação da qualidade da assistência prestada à gestação e ao parto; tem grande aplicação nas áreas de ginecologia e obstetria, por agrupar os óbitos ocorridos antes do parto; subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas à atenção pré-natal e ao	Estima o risco de um feto nascer sem qualquer sinal de vida. Reflete a ocorrência de fatores vinculados à gestação e ao parto, entre eles o peso ao nascer, bem como as condições de acesso a serviços de saúde e a qualidade da assistência pré-natal e ao parto.	Número de óbitos fetais (22 semanas de gestação e mais), de mães residentes/ Número de nascimentos totais de mães residentes (nascidos vivos mais óbitos fetais de 22 semanas e mais de gestação). Fator de multiplicação: 1.000.	SIM/SINASC
		parto, bem como à proteção da saúde materna e infantil.			
12	Número absoluto de óbito neonatal (<27 dias) por causas evitáveis, pelos grupos de causas: (P00-P04: reduzível por adequada atenção à gestação, ao parto, ao feto e ao recém-nascido), conforme lista brasileira* e suas atualizações de causas evitáveis, segundo município de residência.	Apoiar a gestão na avaliação das ações da Estratégia de Saúde da Família, quanto às estratégias adotadas para reduzir o óbito neonatal por causas evitáveis na APS; estimular gestores e profissionais a investir em ações para o alcance dos ODS (2030) em que conste "acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos".	Permite avaliar os óbitos de fetos e recém-nascidos afetados por fatores maternos e por complicações da gravidez, do trabalho do parto e do parto. Aponta as falhas de acesso ao pré-natal, aos exames (laboratoriais, gráficos e de imagem), à vigilância da vitalidade fetal, ao diagnóstico precoce e ao acompanhamento do crescimento intrauterino restrito.	Número de óbito neonatal por causa evitável pelos grupos de causas P00-P04.	http://svs.aims.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/infantile-fetal/?s=MSQyMD ESJDIkMSQzNSQ3N iQJDEkMCQ0MDA 2JDkMCQ2JDEkD QwMDAwOSQw
13	Número absoluto de óbito infantil por grupos de causas da CID 10ª (J00 a J22), segundo município de residência.	Apoiar a gestão na avaliação das ações da Estratégia de Saúde da Família, quanto ao acompanhamento adequado das crianças menores de 1 ano em risco de complicações respiratórias; planejar ações de acordo com o risco de doenças do trato respiratório em crianças menores de 1 ano; estimular o aumento da cobertura	Permite avaliação do acesso e da qualidade das ações de puericultura e cobertura vacinal, em especial influenza nas gestantes e pneumocócica em crianças menores de 1 ano. Subsidiar o reconhecimento de áreas vulneráveis que necessitam de ações prioritárias para redução do óbito infantil por pneumonia.	Número de óbito infantil por grupo de causa da CID 10ª (J00 a J22).	http://svs.aims.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/infantile-fetal/?s=MSQyMD ESJDEkMSQzNSQ3

		vacinal em gestantes por influenza e pentavalente em menores de 1 ano.			NIQXJDEKMCQ0MD A2JDAkMCQ2JDEKJ DQwMDAxMSQW
14	Taxa de internação por doença diarreica aguda em crianças menores de 1 ano de idade.	Subsidiar análise de áreas e populações vulneráveis para o planejamento das ações prioritárias das equipes da APS, de modo a contribuir para a redução da morbimortalidade de menores de 1 ano por causas evitáveis (ODS, 2030).	Mede o total de internações atribuídas à doença diarreica aguda em menores de 1 ano. Aponta para as condições socioeconômicas e de saneamento, bem como, as fragilidades da atenção à criança desde a alta hospitalar, o retorno à unidade, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, principalmente a identificação precoce de sinais de desidratação e a oferta de utilização da terapia de reidratação oral. Reflete a capacidade do serviço de saúde em garantir o acesso e acompanhamento das crianças, do nascimento até os 12 meses de idade.	Número de internações por diarreia aguda em crianças até 12 meses de idade em um determinado período e local de residência/População até 12 meses de idade no mesmo período e local x 10.000.	SIA-SUS
15	Taxa de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano.	Ajuda a expressar a qualidade do pré-natal, uma vez que esta doença pode ser identificada na APS e também na maternidade; o tratamento oportuno das gestantes e parceiros reduz a transmissão vertical e as consequências da sífilis	Indica a frequência anual de casos notificados de sífilis congênita, decorrentes de transmissão vertical do Treponema pallidum, ou seja, a intensidade com que a doença acomete a população. Indica a existência de condições favoráveis à transmissão da doença e deficiência na atenção à saúde da mulher, especialmente no	Número de casos novos confirmados de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade, em determinado local de residência e ano de diagnóstico / nascidos vivos nesse mesmo período e local de residência x 1000.	SINAN/SINASC
		congênita no desenvolvimento da criança.	período pré-natal.		

FIM DO DOCUMENTO