



CÂMARA DOS DEPUTADOS

PROJETO DE DECRETO LEGISLATIVO
N.º 87, DE 2022
(Da Sra. Sâmia Bomfim e outros)

Susta os efeitos da Portaria nº 715, 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)”

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 Bancada do PSOL)

Susta os efeitos da Portaria nº 715, 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)"

O CONGRESSO NACIONAL, no uso de suas atribuições e, com fundamento no artigo 49, incisos V, X e XI, da Constituição Federal, decreta:

Art. 1º - Este Decreto susta os efeitos da Portaria GM/MS nº 715, de 4 de abril de 2022, do Ministério da Saúde, que

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

JUSTIFICATIVA

No dia 04 de abril de 2022, o Ministério da Saúde publicou, no Diário Oficial da União, a Portaria nº 715 instituindo a Rede Materno e Infantil (RAMI). Em nota, o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) criticaram o texto por dar ênfase à atuação do médico obstetra sem, no entanto, contemplar ações e serviços voltados às crianças e a atuação dos médicos pediatras e do profissional enfermeiro obstetriz.



A publicação do referido decreto ocorreu sem pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), contrariando recomendações do Conasems e Conass, representantes dos executores das ações da Rede Cegonha, a qual o decreto visa substituir. Ao ignorar a CIT o Executivo contraria o disposto na Lei Orgânica da Saúde (art. 14-A da Lei nº 8.080/1990) e na própria Resolução de Consolidação da Comissão (arts. 1º e 2º do Anexo I - Res. CIT nº 1/2021).

Em nota, Conasems (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde) e Conass (Conselho Nacional de Secretários de Saúde) reafirmam a defesa da 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. **Denunciam que “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”.**

Trata-se de flagrante ataque ao direito à saúde de mulheres e pessoas que gestam, mais um dentre muitos deflagrados pelo governo Bolsonaro. Do veto à distribuição de absorventes à atuação contra medidas de proteção aos direitos sexuais e reprodutivos de mulheres e meninas no âmbito da Organização das Nações Unidas, o governo federal tem atuado, de forma sistemática, contrariamente aos princípios de nossa Constituição Federal, acordos internacionais e legislação nacional.

Com efeito, compete ao Congresso Nacional, de forma exclusiva, conforme determina os incisos X e XI do art. 49 da Constituição, fiscalizar e controlar, diretamente, ou por qualquer de suas



Casas, os atos do Poder Executivo, incluídos os da administração indireta, bem como zelar pela preservação de sua competência legislativa em face da atribuição normativa dos outros Poderes.

Na hipótese de o Poder Executivo exorbitar do seu poder regulamentar, pode o Congresso Nacional sustar o ato normativo em questão, competência exclusiva garantida pelo inciso V do mesmo art. 49 da Constituição Federal. Observa-se, portanto, que o Decreto que se pretende sustar extrapolou, e muito, o poder regulamentar concedido ao Poder Executivo, sendo absolutamente incompatível com os princípios reitores da Constituição Federal de 1988, especialmente em relação aos princípios que regem a dignidade humana e os direitos das mulheres.

Diante do exposto, solicitamos o apoio dos demais parlamentares para aprovação deste Projeto.

Sala das Sessões, 11 de abril de 2022

Sâmia Bomfim
Líder do PSOL

Vivi Reis
PSOL/PA

Fernanda Melchionna
PSOL/RS

Ivan Valente
PSOL/SP

Áurea Carolina
PSOL/MG

Glauber Braga
PSOL/RJ

Luiza Erundina
PSOL/SP

Talíria Petrone
PSOL/RJ



Assinado eletronicamente, por delegação do(a) Dep. Sâmia Bomfim e outros
Para verificar as assinaturas, acesse <https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD229928494700>



Projeto de Decreto Legislativo **(Da Sra. Sâmia Bomfim)**

Susta os efeitos da Portaria nº 715, 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)”

Assinaram eletronicamente o documento CD229928494700, nesta ordem:

- 1 Dep. Sâmia Bomfim (PSOL/SP) *-(p_6337)
- 2 Dep. Glauber Braga (PSOL/RJ)
- 3 Dep. Fernanda Melchionna (PSOL/RS)
- 4 Dep. Áurea Carolina (PSOL/MG)
- 5 Dep. Vivi Reis (PSOL/PA)
- 6 Dep. Luiza Erundina (PSOL/SP)
- 7 Dep. Ivan Valente (PSOL/SP)
- 8 Dep. Talíria Petrone (PSOL/RJ)

* Chancela eletrônica do(a) deputado(a), nos termos de delegação regulamentada no Ato da mesa n. 25 de 2015.



Assinado eletronicamente, por delegação do(a) Dep. Sâmia Bomfim e outros
Para verificar as assinaturas, acesse <https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD229928494700>

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

CONSTITUIÇÃO
DA
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
1988

PREÂMBULO

Nós, representantes do povo brasileiro, reunidos em Assembléia Nacional Constituinte para instituir um Estado democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias, promulgamos, sob a proteção de Deus, a seguinte Constituição da República Federativa do Brasil.

.....

TÍTULO IV
DA ORGANIZAÇÃO DOS PODERES

CAPÍTULO I
DO PODER LEGISLATIVO

.....

Seção II
Das Atribuições do Congresso Nacional

.....

Art. 49. É da competência exclusiva do Congresso Nacional:

I - resolver definitivamente sobre tratados, acordos ou atos internacionais que acarretem encargos ou compromissos gravosos ao patrimônio nacional;

II - autorizar o Presidente da República a declarar guerra, a celebrar a paz, a permitir que forças estrangeiras transitem pelo território nacional ou nele permaneçam temporariamente, ressalvados os casos previstos em lei complementar;

III - autorizar o Presidente e o Vice-Presidente da República a se ausentarem do País, quando a ausência exceder a quinze dias;

IV - aprovar o estado de defesa e a intervenção federal, autorizar o estado de sítio, ou suspender qualquer uma dessas medidas;

V - sustar os atos normativos do Poder Executivo que exorbitem do poder regulamentar ou dos limites de delegação legislativa;

VI - mudar temporariamente sua sede;

VII - fixar idêntico subsídio para os Deputados Federais e os Senadores, observado o que dispõem os arts. 37, XI, 39, § 4º, 150, II, 153, III, e 153, § 2º, I; ([*Inciso com redação dada pela Emenda Constitucional nº 19, de 1998*](#))

VIII - fixar os subsídios do Presidente e do Vice-Presidente da República e dos Ministros de Estado, observado o que dispõem os arts. 37, XI, 39, § 4º, 150, II, 153, III, e 153, § 2º, I; ([*Inciso com redação dada pela Emenda Constitucional nº 19, de 1998*](#))

IX - julgar anualmente as contas prestadas pelo Presidente da República e apreciar os relatórios sobre a execução dos planos de governo;

X - fiscalizar e controlar, diretamente, ou por qualquer de suas Casas, os atos do Poder Executivo, incluídos os da administração indireta;

XI - zelar pela preservação de sua competência legislativa em face da atribuição normativa dos outros Poderes;

XII - apreciar os atos de concessão e renovação de concessão de emissoras de rádio e televisão;

XIII - escolher dois terços dos membros do Tribunal de Contas da União;

XIV - aprovar iniciativas do Poder Executivo referentes a atividades nucleares;

XV - autorizar referendo e convocar plebiscito;

XVI - autorizar, em terras indígenas, a exploração e o aproveitamento de recursos hídricos e a pesquisa e lavra de riquezas minerais;

XVII - aprovar, previamente, a alienação ou concessão de terras públicas com área superior a dois mil e quinhentos hectares;

XVIII - decretar o estado de calamidade pública de âmbito nacional previsto nos arts. 167-B, 167-C, 167-D, 167-E, 167-F e 167-G desta Constituição. (Inciso acrescido pela Emenda Constitucional nº 109, de 2021)

Art. 50. A Câmara dos Deputados e o Senado Federal, ou qualquer de suas Comissões, poderão convocar Ministro de Estado ou quaisquer titulares de órgãos diretamente subordinados à Presidência da República para prestarem, pessoalmente, informações sobre assunto previamente determinado, importando crime de responsabilidade a ausência sem justificativa adequada. (“Caput” do artigo com redação dada pela Emenda Constitucional de Revisão nº 2, de 1994)

§ 1º Os Ministros de Estado poderão comparecer ao Senado Federal, à Câmara dos Deputados ou a qualquer de suas comissões, por sua iniciativa e mediante entendimentos com a Mesa respectiva, para expor assunto de relevância de seu Ministério.

§ 2º As Mesas da Câmara dos Deputados e do Senado Federal poderão encaminhar pedidos escritos de informação a Ministros de Estado ou a qualquer das pessoas referidas no *caput* deste artigo, importando em crime de responsabilidade a recusa, ou o não atendimento, no prazo de trinta dias, bem como a prestação de informações falsas. (Parágrafo com redação dada pela Emenda Constitucional de Revisão nº 2, de 1994)

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, HTL-V, 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, HTLV-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 (ANEIO):

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) demonstrac o de capacidade operacional, dimensionada a partir da necessidade de saúde da popula o materna e infantil cadastrada pelas equipes da APS do território de abrangência;
- c) estrutura o da ambiência das maternidades, conforme medidas sanitárias previstas na Resolu o da Diretoria Colegiada da Anvisa - RDC n  36, de 3 de junho de 2008, ou outra que venha a substitui-la;
- d) ambiência adequada   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 n  11.108, de 7 de abril de 2005;
- e) acolhimento com classifica o e estratifica o de risco, nos serviços de aten o 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 internac o do "bin mio mãe e filho";
- g) implementa o de práticas seguras na aten o ao parto, ao nascimento, ao puerpério,   perda gestacional e ao recém-nascido, de acordo com as evidências científicas e as diretrizes do Ministério da Saúde;
- h) disponibiliza o 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 aten o obstétrica e neonatal de maior complexidade;
- j) promo o da saúde e aten o integral ao puerpério, incluindo orienta es e acesso a métodos contraceptivos, quando pertinentes, em articula o efetiva com a APS para agendamento da primeira visita domiciliar e/ou consulta, no período máximo de até o 7  dia após a alta, com ênfase na identifica o precoce e no tratamento de complica es;
- k) disponibiliza o de mecanismos eficientes de comunica o entre as equipes da APS, da AAE e da AH (maternidades de baixo risco e maternidades de alto risco), de forma a garantir a transi o segura da gestante ou puérpera;
- l) utiliza o de metodologias que garantam assistência segura e adequada no caso de perda gestacional;
- m) disponibiliza o de quantitativo dos seguintes leitos, de acordo com a necessidade regional e a garantia do cuidado progressivo ao recém-nascido:
 - 1. Gestac o 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 identificado 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 Sis prenatal 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; subsídios 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. Subsídios 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/outra) 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/outra) 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 genitourinário 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 genitourinário 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 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 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.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/infantil-e-fetal/?s=MSQyMD E5JDIkMSQzNSQ3N iQxJDEkMCQ0MDA 2JDAkMCQ2JDExJ DQwMDAwOSQw
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. Subsidia 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.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/infantil-e-fetal/?s=MSQyMD E5JDEkMSQzNSQ3
		vacinal em gestantes por influenza e pentavalente em menores de 1 ano.			NIQxJDEkMCQ0MD A2JDAkMCQ2JDExJ 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.		

LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990

Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

TÍTULO II DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

CAPÍTULO III

DA ORGANIZAÇÃO, DA DIREÇÃO E DA GESTÃO

Art. 14. Deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.

Parágrafo único. Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde - SUS, na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

Art. 14-A. As Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite são reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. A atuação das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite terá por objetivo:

I - decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, em conformidade com a definição da política consubstanciada em planos de saúde, aprovados pelos conselhos de saúde;

II - definir diretrizes, de âmbito nacional, regional e intermunicipal, a respeito da organização das redes de ações e serviços de saúde, principalmente no tocante à sua governança institucional e à integração das ações e serviços dos entes federados;

III - fixar diretrizes sobre as regiões de saúde, distrito sanitário, integração de territórios, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federados. [\(Artigo acrescido pela Lei nº 12.466, de 24/8/2011\)](#)

Art. 14-B. O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) são reconhecidos como entidades representativas dos entes estaduais e municipais para tratar de matérias referentes à saúde e declarados de utilidade pública e de relevante função social, na forma do regulamento.

§ 1º O Conass e o Conasems receberão recursos do orçamento geral da União por meio do Fundo Nacional de Saúde, para auxiliar no custeio de suas despesas institucionais, podendo ainda celebrar convênios com a União.

§ 2º Os Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) são reconhecidos como entidades que representam os entes municipais, no âmbito estadual, para tratar de matérias referentes à saúde, desde que vinculados institucionalmente ao Conasems, na forma que dispuserem seus estatutos. [\(Artigo acrescido pela Lei nº 12.466, de 24/8/2011\)](#)

CAPÍTULO IV

DA COMPETÊNCIA E DAS ATRIBUIÇÕES

Seção I

Das Atribuições Comuns

Art. 15. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

RESOLUÇÃO DE CONSOLIDAÇÃO CIT Nº 1, DE 30 DE MARÇO DE 2021

Consolida as Resoluções da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do Sistema Único de Saúde (SUS).

A COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE, no uso das atribuições que lhe confere o inciso I do art. 14-A da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, resolve:

Art. 1º Os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do Sistema Único de Saúde (SUS), as diretrizes a respeito da organização das redes de ações e serviços de saúde, e as diretrizes sobre a integração das ações e serviços de saúde entre os entes federados obedecerão ao disposto nesta Resolução.

TÍTULO I DAS DIRETRIZES DE REGIONALIZAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DAS REDES DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

CAPÍTULO I DAS DIRETRIZES PARA OS PROCESSOS DE REGIONALIZAÇÃO, PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO E GOVERNANÇA DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Art. 2º São diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS: (Origem: Res. CIT 23/2017, art. 1º, caput)

.....

ANEXO I REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE (CIT) (Origem: Res. CIT 1/2016)

CAPÍTULO I DA NATUREZA E DA FINALIDADE (Origem: Res. CIT 1/2016, Capítulo I)

Art. 1º A Comissão Intergestores Tripartite (CIT) é a instância de negociação e pactuação entre os gestores da saúde dos entes federativos para a operacionalização das políticas de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), vinculando-se ao Ministério da Saúde para efeito de apoio administrativo e operacional. (Origem: Res. CIT 1/2016, art. 2º, caput)

CAPÍTULO II DAS COMPETÊNCIAS DA CIT (Origem: Res. CIT 1/2016, Capítulo II)

Art. 2º Compete à CIT: (Origem: Res. CIT 1/2016, art. 3º, caput)

I - pactuar aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, de acordo com a definição da política de saúde dos entes federativos consubstanciada nos seus planos de saúde, aprovados pelos respectivos Conselhos de Saúde; (Origem: Res. CIT 1/2016, art. 3º, I)

II - pactuar diretrizes gerais sobre região de saúde, integração de limites geográficos, referência e contra referência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federativos; (Origem: Res. CIT 1/2016, art. 3º, II)

III - pactuar diretrizes de âmbito nacional, estadual, regional e interestadual a respeito da organização das redes de atenção à saúde, principalmente no tocante à gestão institucional e à integração das ações e serviços dos entes federativos; (Origem: Res. CIT 1/2016, art. 3º, III)

IV - pactuar responsabilidades dos entes federativos na rede de atenção à saúde, de acordo com o seu porte demográfico e seu desenvolvimento econômico-financeiro, estabelecendo as responsabilidades individuais e as solidárias; (Origem: Res. CIT 1/2016, art. 3º, IV)

V - pactuar referências das regiões intraestaduais e interestaduais de atenção à saúde para o atendimento da integralidade da assistência; (Origem: Res. CIT 1/2016, art. 3º, V)

VI - promover o fortalecimento dos processos de regionalização e pactuação mediante o intercâmbio de informações com as Comissões Intergestores Bipartite (CIB); (Origem: Res. CIT 1/2016, art. 3º, VI)

VII - pactuar sobre normas gerais e fluxos para elaboração e assinatura do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (Coap); (Origem: Res. CIT 1/2016, art. 3º, VII)

VIII - promover e apoiar processos de qualificação permanente das Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Comissões Intergestores Regionais (CIR) de Saúde; (Origem: Res. CIT 1/2016, art. 3º, VIII)

IX - dispor sobre diretrizes gerais referentes à Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases) e à Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename); (Origem: Res. CIT 1/2016, art. 3º, IX)

X - definir os critérios gerais sobre o planejamento integrado das ações e serviços de saúde da região de saúde, bem como as questões referentes às regiões situadas em fronteiras, respeitadas as normas que regem as relações internacionais; e (Origem: Res. CIT 1/2016, art. 3º, X)

XI - decidir sobre casos específicos, controvérsias e omissões relativas às suas competências e, em grau de recurso em única instância, sobre matérias controversas oriundas da CIB e da CIR. (Origem: Res. CIT 1/2016, art. 3º, XI)

Parágrafo Único. Matérias controversas oriundas da CIR devem primeiramente ser discutidas no âmbito da CIB com vistas à sua resolução, devendo ser encaminhadas pela CIB à CIT somente no caso de persistência do conflito. (Origem: Res. CIT 1/2016, art. 3º, parágrafo único)

CAPÍTULO III DA ORGANIZAÇÃO (Origem: Res. CIT 1/2016, Capítulo III)

Art. 3º A CIT tem a seguinte organização: (Origem: Res. CIT 1/2016, art. 4º, caput)

I - Plenário; (Origem: Res. CIT 1/2016, art. 4º, I)

II - Câmara Técnica (CT-CIT); (Origem: Res. CIT 1/2016, art. 4º, II)

III - Comitê de Conciliação (CC-CIT); e (Origem: Res. CIT 1/2016, art. 4º, III)

IV - Secretaria Executiva (SE-CIT). (Origem: Res. CIT 1/2016, art. 4º, IV)

.....
.....

FIM DO DOCUMENTO
