

ADVERTÊNCIA

Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial da União



Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro
Comissão Intergestores Tripartite

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)

I - compromisso dos três entes federados na implementação de modelo de atenção à saúde que atenda às políticas pactuadas e às necessidades de saúde da população; (Origem: Res. CIT 23/2017, art. 1º, I)

II - implementação do processo de planejamento regional integrado visando a organização das RAS com a integração regional das ações e serviços de saúde, em conformidade com a Lei Complementar nº 141/2012; (Origem: Res. CIT 23/2017, art. 1º, II)

III - a organização das RAS poderá envolver uma ou mais regiões de saúde, inclusive em mais de um estado, na perspectiva de construção de uma macrorregião de saúde, onde se complementam e compartilham a oferta de ações e serviços de saúde, integrados por sistemas logísticos; (Origem: Res. CIT 23/2017, art. 1º, III)

IV - a macrorregião de saúde, onde se organiza a RAS, requer a definição dos limites geográficos e base populacional, bem como a definição do conjunto de ações e serviços, garantindo acessibilidade e sustentabilidade operacional; (Origem: Res. CIT 23/2017, art. 1º, IV)

V - atenção básica/atenção primária à saúde como ordenadora das RAS e coordenadora do cuidado, considerando ainda os demais conceitos, fundamentos, atributos e elementos constitutivos das RAS descritos no Anexo I, da Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, sem prejuízo de outros que venham ser definidos pela CIT; (Origem: Res. CIT 23/2017, art. 1º, V)

VI - estabelecimento e disponibilização de parâmetros nacionais e regionalizados para orientar o planejamento e a programação das ações e serviços de saúde, considerando a diversidade socioeconômica, geográfica, epidemiológica e sanitária das regiões de saúde brasileiras; (Origem: Res. CIT 23/2017, art. 1º, VI)

VII - implementação de gestão de custos em saúde, como componente do processo de gestão e planejamento no SUS; (Origem: Res. CIT 23/2017, art. 1º, VII)

VIII - o planejamento regional integrado, elaborado de forma ascendente, deve sistematizar a definição das responsabilidades de cada ente federado no âmbito das RAS e do financiamento compartilhado, sem prejuízo das demais definições presentes na legislação vigente; (Origem: Res. CIT 23/2017, art. 1º, VIII)

IX - a alocação de recursos de capital e custeio pelas três esferas de gestão deve respeitar a regionalização e a organização das RAS; (Origem: Res. CIT 23/2017, art. 1º, IX)

X - a CIB deverá instituir, nas macrorregiões de saúde, onde se organizam as RAS, observadas as realidades locais, Comitês Executivos de Governança das RAS, de natureza técnica e operacional, com o objetivo de monitorar, acompanhar, avaliar e propor soluções para o adequado funcionamento das RAS, contemplando a participação dos diversos atores envolvidos no seu funcionamento e resultados, incluindo os prestadores de serviços, o controle social e representantes do Ministério da Saúde; (Origem: Res. CIT 23/2017, art. 1º, X)

XI - a CIB definirá a composição, atribuições e funcionamento dos Comitês Executivos de Governança das RAS; (Origem: Res. CIT 23/2017, art. 1º, XI)

XII - os Comitês Executivos de Governança das RAS deverão subsidiar a CIB nas tomadas de decisões acerca do seu espaço regional, no que se refere à implementação das RAS, bem como contribuirão para a efetivação dos acordos pactuados na CIB e CIR; (Origem: Res. CIT 23/2017, art. 1º, XII)

XIII - a Secretaria de Estado da Saúde fornecerá os meios necessários para o desenvolvimento das atividades dos comitês vinculados às CIB; (Origem: Res. CIT 23/2017, art. 1º, XIII)

XIV - no caso das macrorregiões, onde se organizam as RAS, que envolvam mais de um estado, os comitês instituídos pelas CIB terão sua coordenação compartilhada; (Origem: Res. CIT 23/2017, art. 1º, XIV)

XV - as CIB garantirão mecanismos de comunicação, visando à transparência dos processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado e Governança das RAS; (Origem: Res. CIT 23/2017, art. 1º, XV)

XVI - as CIB deverão fortalecer as CIR como espaço de governança regional e de gestão, envolvendo os três entes federados para a implementação do processo de planejamento regional integrado visando a organização das RAS; (Origem: Res. CIT 23/2017, art. 1º, XVI)

XVII - cabe à CIT definir diretrizes para a revisão da regionalização da saúde com vistas à conformação de regiões resolutivas, que busquem assegurar acessibilidade, integralidade e sustentabilidade operacional das RAS. (Origem: Res. CIT 23/2017, art. 1º, XVII)

Art. 3º A implementação da estratégia de Saúde Digital, a metodologia para aplicação dos critérios de rateio estabelecidos no art. 17 da Lei Complementar nº 141/2012, e os mecanismos de transferência de recursos financeiros federais devem ser objeto de processo de pactuação pela CIT. (Origem: Res. CIT 23/2017, art. 3º, caput)

CAPÍTULO II

DO PROCESSO DE PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO E A ORGANIZAÇÃO DE MACRORREGIÕES DE SAÚDE

Art. 4º Este capítulo dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde. (Origem: Res. CIT 37/2018, art. 1º, caput)

Art. 5º O processo de Planejamento Regional Integrado (PRI) será coordenado pelo estado em articulação com os municípios e participação da União, a partir da configuração das regiões de saúde definidas na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), observando as seguintes orientações: (Origem: Res. CIT 37/2018, art. 2º, caput)

I - o PRI expressará as responsabilidades dos gestores de saúde em relação à população do território quanto à integração da constituição sistêmica do SUS, evidenciando o conjunto de diretrizes, objetivos, metas e ações e serviços para a garantia do acesso e da resolubilidade da atenção por meio da organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), observando os planos de saúde dos três entes federados; (Origem: Res. CIT 37/2018, art. 2º, I)

II - a RAS deve ser definida a partir das regiões de saúde e para garantir a resolubilidade da atenção à saúde deve ser organizada em macrorregião de saúde, com base em parâmetros espaciais e temporais que permitam assegurar que as estruturas estejam bem distribuídas territorialmente, garantindo o tempo/resposta necessário ao atendimento, melhor proporção de estrutura/população/território e viabilidade operacional sustentável; (Origem: Res. CIT 37/2018, art. 2º, II)

III - o produto desse processo de planejamento é o Plano Regional, conforme disposto na Lei Complementar nº 141/2012, e deve expressar: (Origem: Res. CIT 37/2018, art. 2º, III)

a) a identificação da macrorregião de saúde; (Origem: Res. CIT 37/2018, art. 2º, III, a)

b) a identificação da situação de saúde no território, das necessidades de saúde da população e da capacidade instalada; (Origem: Res. CIT 37/2018, art. 2º, III, b)

c) as prioridades sanitárias e respectivas diretrizes, objetivos, metas, indicadores e prazos de execução; (Origem: Res. CIT 37/2018, art. 2º, III, c)

d) as responsabilidades dos entes federados da macrorregião de saúde; (Origem: Res. CIT 37/2018, art. 2º, III, d)

e) a organização dos pontos de atenção da RAS para garantir a integralidade da atenção à saúde para a população da macrorregião de saúde; (Origem: Res. CIT 37/2018, art. 2º, III, e)

f) a programação geral das ações e serviços de saúde; (Origem: Res. CIT 37/2018, art. 2º, III, f)

g) a identificação dos vazios assistenciais e eventual sobreposição de serviços orientando a alocação dos recursos de investimento e custeio da União, estados, municípios, bem como de emendas parlamentares. (Origem: Res. CIT 37/2018, art. 2º, III, g)

IV - a institucionalização desse processo efetivará um novo modelo de financiamento das Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) baseado na alocação global dos recursos e em conformidade com o disposto na Lei Complementar nº 141/2012, observando as prioridades e os compromissos acordados pela União, estados e municípios, no espaço regional ampliado; (Origem: Res. CIT 37/2018, art. 2º, IV)

V - a macrorregião de saúde será referência para a alocação dos recursos financeiros dos entes federados, nas ASPS de interesse regional. (Origem: Res. CIT 37/2018, art. 2º, V)

§ 1º A CIB deverá pactuar as diretrizes que orientarão o processo de planejamento regional integrado, bem como o monitoramento do Plano Regional. (Origem: Res. CIT 37/2018, art. 2º, § 1º)

§ 2º O Plano Regional resultante do PRI deverá ser pactuado na CIB que terá a responsabilidade de monitorar a sua execução a partir das informações fornecidas pelas Comissões Intergestores Regionais (CIR) já organizadas nas regiões de saúde. (Origem: Res. CIT 37/2018, art. 2º, § 2º)

§ 3º A consolidação dos Planos Regionais será parte integrante do Plano Estadual de Saúde. (Origem: Res. CIT 37/2018, art. 2º, § 3º)

Art. 6º A macrorregião de saúde, que garante a resolutividade da RAS será denominado de macrorregião de saúde e deve ser instituído pelas CIB no processo de planejamento regional integrado, coordenado pelos estados em articulação com os municípios e a participação da União, tendo como base a configuração das regiões de saúde existentes, observando os seguintes critérios: (Origem: Res. CIT 37/2018, art. 3º, caput)

I - conformação regional com escala necessária para a sustentabilidade dos serviços de alta complexidade, baseada em um limite geográfico, independente de divisas estaduais, e um contingente mínimo populacional de 700 mil habitantes, exceto para os estados da Região Norte cuja base mínima populacional é de 500 mil habitantes; (Origem: Res. CIT 37/2018, art. 3º, I)

II - contiguidade territorial, mesmo quando ultrapassar as divisas estaduais, visando dar coesão regional bem como proporcionar a organização, o planejamento e a regulação de serviços de saúde no território. (Origem: Res. CIT 37/2018, art. 3º, II)

Parágrafo Único. Para os estados das Regiões Centro-Oeste, Nordeste, Sudeste e Sul, no caso de serem configuradas macrorregiões de saúde com contingente populacional entre 500 mil e 700 mil habitantes, a CIB deve encaminhar à CIT justificativa contendo os critérios adotados, para análise e parecer. (Origem: Res. CIT 37/2018, art. 3º, parágrafo único)

CAPÍTULO III **DAS DIRETRIZES PARA A INSTITUIÇÃO DE REGIÕES DE SAÚDE**

Art. 7º Este capítulo estabelece diretrizes gerais para a instituição de regiões de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. (Origem: Res. CIT 1/2011, art. 1º, caput)

Art. 8º As regiões de saúde serão instituídas pelos estados em articulação com os municípios, nos termos do disposto no Decreto nº 7.508, de 2011, e conforme o disposto neste capítulo. (Origem: Res. CIT 1/2011, art. 2º, caput)

§ 1º Considera-se região de saúde o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamento de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. (Origem: Res. CIT 1/2011, art. 2º, § 1º)

§ 2º As regiões de saúde interestaduais, compostas por municípios limítrofes, serão instituídas por ato conjunto dos respectivos estados em articulação com os municípios. (Origem: Res. CIT 1/2011, art. 2º, § 2º)

§ 3º Cada município poderá compor apenas uma única região de saúde. (Origem: Res. CIT 1/2011, art. 2º, § 3º)

Art. 9º Constituem-se objetivos para organização das regiões de saúde, sem prejuízo de outros que venham a ser definidos, os seguintes: (Origem: Res. CIT 1/2011, art. 3º, caput)

I - garantir o acesso resolutivo da população, em tempo oportuno e com qualidade, a ações e serviços de promoção, proteção e recuperação, organizados em redes de atenção à saúde, assegurando-se um padrão de integralidade; (Origem: Res. CIT 1/2011, art. 3º, I)

II - efetivar o processo de descentralização de ações e serviços de saúde entre os entes federados, com responsabilização compartilhada, favorecendo a ação solidária e cooperativa entre os gestores, impedindo a duplicação de meios para atingir as mesmas finalidades; e (Origem: Res. CIT 1/2011, art. 3º, II)

III - buscar a racionalidade dos gastos, a otimização de recursos e eficiência na rede de atenção à saúde, por meio da conjugação interfederativa de recursos financeiros, entre outros, de modo a reduzir as desigualdades locais e regionais. (Origem: Res. CIT 1/2011, art. 3º, III)

Art. 10. Constituem-se diretrizes gerais para organização das regiões de saúde, sem prejuízo de outras que venham a ser definidas, as seguintes: (Origem: Res. CIT 1/2011, art. 4º, caput)

I - avaliação do funcionamento das regiões de saúde por estados e municípios, a ser pactuada na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), no tocante aos requisitos previstos no art. 5º do Decreto nº 7.508, de 2011, devendo a CIB levar as conclusões ao conhecimento da Comissão Intergestores Tripartite (CIT); (Origem: Res. CIT 1/2011, art. 4º, I)

II - delimitação das regiões de saúde a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, de modo a imprimir unicidade ao território regional; (Origem: Res. CIT 1/2011, art. 4º, II)

III - observância das políticas de saúde na organização e execução das ações e serviços de saúde de atenção básica, vigilância em saúde, atenção psicossocial, urgência e emergência, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, além de outros que venham a ser pactuados, que garantam o acesso resolutivo e em tempo oportuno; (Origem: Res. CIT 1/2011, art. 4º, III)

IV - reconhecimento de necessidades econômicas, sociais e de saúde da população da região para o processo de pactuação dos fluxos assistenciais; (Origem: Res. CIT 1/2011, art. 4º, IV)

V - instituição, quanto à composição político-administrativa, de regiões de saúde intraestaduais, quando dentro de um mesmo estado, e interestaduais, quando os partícipes se situarem em 2 (dois) ou mais estados; e (Origem: Res. CIT 1/2011, art. 4º, V)

VI - constituição da Comissão Intergestores Regional (CIR) como foro interfederativo regional de negociação e pactuação de matérias relacionadas à organização e ao funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em rede de atenção à saúde, composta por todos os gestores municipais da região de saúde e o(s) gestor(es) estadual(is) ou seu(s) representante(s). (Origem: Res. CIT 1/2011, art. 4º, VI)

CAPÍTULO III-A
DAS DIRETRIZES PARA A INSTITUIÇÃO DE MACRORREGIÕES INTERESTADUAIS DE SAÚDE
([Redação dada pela RES GM/CIT n° 2 de 26.09.2024](#))

Art. 10-A. A Macrorregião Interestadual de Saúde (MIS) poderá ser instituída quando a implementação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) abranger mais de um Estado, no território constituído por Macrorregiões ou Regiões de Saúde de dois ou mais Estados. ([Redação dada pela RES GM/CIT n° 2 de 26.09.2024](#))

Parágrafo único. A definição da necessidade de instituir a MIS é parte do Planejamento Regional Integrado (PRI). ([Redação dada pela RES GM/CIT n° 2 de 26.09.2024](#))

Art. 10-B. As MIS serão instituídas por ato das Comissões Intergestores Bipartite (CIB) dos Estados envolvidos. ([Redação dada pela RES GM/CIT n° 2 de 26.09.2024](#))

§ 1º As CIB deverão comunicar, formalmente, a criação das MIS à Secretaria Executiva da Comissão Intergestores Tripartite (CIT). ([Redação dada pela RES GM/CIT n° 2 de 26.09.2024](#))

§ 2º A criação da MIS será objeto de informe em sessão plenária da CIT. ([Redação dada pela RES GM/CIT n° 2 de 26.09.2024](#))

§ 3º Após o informe de que trata o § 2º, o Ministério da Saúde providenciará a atualização da base geral de dados de Regiões e Macrorregiões de Saúde, com vistas à identificação da MIS. ([Redação dada pela RES GM/CIT n° 2 de 26.09.2024](#))

Art. 10-C. A instituição da MIS atribuirá, aos gestores estaduais envolvidos, a responsabilidade de realizar o planejamento no âmbito dessa Macrorregião, visando à organização da RAS, por meio de um Plano de Ação Interestadual, que conterà os compromissos pactuados entre os entes federativos envolvidos. ([Redação dada pela RES GM/CIT n° 2 de 26.09.2024](#))

Parágrafo único. Os compromissos assumidos pelos entes federativos no Plano de Ação Interestadual da MIS devem constar nos PRIs e nos Instrumentos de Gestão e Planejamento do SUS dos respectivos entes. ([Redação dada pela RES GM/CIT n° 2 de 26.09.2024](#))

Art. 10-D. A MIS contará com uma instância de governança com atribuição de prestar assessoramento de caráter técnico e operacional às CIB dos Estados envolvidos, nas atividades de integração e nas ações de cooperação entre os entes federativos. ([Redação dada pela RES GM/CIT n° 2 de 26.09.2024](#))

§ 1º A instância de governança da MIS será instituída pelas CIB dos Estados envolvidos e contará com representantes: ([Redação dada pela RES GM/CIT n° 2 de 26.09.2024](#))

I - das Secretarias Estaduais de Saúde dos entes envolvidos; ([Redação dada pela RES GM/CIT n° 2 de 26.09.2024](#))

II - das Secretarias Municipais de Saúde que compõem a Macrorregião Interestadual de Saúde; e ([Redação dada pela RES GM/CIT n° 2 de 26.09.2024](#))

III - do Ministério da Saúde. ([Redação dada pela RES GM/CIT n° 2 de 26.09.2024](#))

§ 2º Além dos representantes mencionados no §1º deste artigo, as CIB dos Estados envolvidos poderão prever outros representantes que comporão a instância de governança. ([Redação dada pela RES GM/CIT n° 2 de 26.09.2024](#))

§ 3º A instância de governança será regulamentada pelo Regimento Interno da MIS, a ser aprovado pelas CIB dos Estados envolvidos, que disporá, dentre outras matérias, sobre: ([Redação dada pela RES GM/CIT n° 2 de 26.09.2024](#))

I - a quantidade de representantes de cada ente federativo; ([Redação dada pela RES GM/CIT n° 2 de 26.09.2024](#))

II - a autoridade responsável por presidi-la ou coordená-la; ([Redação dada pela RES GM/CIT n° 2 de 26.09.2024](#))

III - o quórum de reunião e o quórum de aprovação; ([Redação dada pela RES GM/CIT n° 2 de 26.09.2024](#))

IV - a periodicidade das reuniões ordinárias e a forma de convocação das reuniões extraordinárias; e ([Redação dada pela RES GM/CIT n° 2 de 26.09.2024](#))

V - o órgão, a entidade ou a unidade administrativa que atuará como secretaria-executiva. ([Redação dada pela RES GM/CIT n° 2 de 26.09.2024](#))

§ 4º Os Comitês Executivos de Governança das Redes de Atenção à Saúde - CEGRAS das Macrorregiões de Saúde, de que trata o art. 2º, X, desta Resolução, poderão fornecer subsídios às discussões e deliberações da instância de governança da MIS. ([Redação dada pela RES GM/CIT n° 2 de 26.09.2024](#))

§ 5º As deliberações da instância de governança da MIS deverão ser homologadas pelas respectivas CIBs. ([Redação dada pela RES GM/CIT n° 2 de 26.09.2024](#))

Art. 10-E. O Ministério da Saúde será responsável por articular, promover e integrar as atividades e as ações de cooperação entre os entes federados envolvidos na construção da agenda interfederativa, observada a autonomia de cada ente federativo. ([Redação dada pela RES GM/CIT n° 2 de 26.09.2024](#))

CAPÍTULO IV
DO FUNCIONAMENTO DAS COMISSÕES INTERGESTORES

Seção I
Das Competências das Comissões Intergestores

Art. 11. Compete à CIT: (Origem: Res. CIT 1/2011, art. 8º, caput)

I - pactuar as diretrizes nacionais para a organização das regiões de saúde no SUS; (Origem: Res. CIT 1/2011, art. 8º, I)

II - decidir sobre casos específicos, omissos e controversos relativos à instituição de regiões de saúde; e (Origem: Res. CIT 1/2011, art. 8º, II)

III - pactuar as regras de continuidade do acesso, para o atendimento da integralidade da assistência, às ações e aos serviços de saúde integrantes da rede de atenção à saúde, mediante referenciamento em regiões de saúde interestaduais. (Origem: Res. CIT 1/2011, art. 8º, III)

Parágrafo Único. Fica aprovado o Regimento Interno da Comissão Intergestores Triparte (CIT), na forma do Anexo I. (Origem: Res. CIT 1/2011, art. 8º, parágrafo único)

Art. 12. Compete à CIB pactuar sobre: (Origem: Res. CIT 1/2011, art. 7º, caput)

I - realização de processos de avaliação do funcionamento das regiões de saúde, de acordo com as diretrizes previstas no Capítulo III deste título, devendo-se informar à CIT qualquer mudança na conformação regional; (Origem: Res. CIT 1/2011, art. 7º, I)

II - diretrizes estaduais sobre regiões de saúde e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde dos entes federativos, de acordo com as diretrizes nacionais; (Origem: Res. CIT 1/2011, art. 7º, II)

III - a conformação das regiões e macrorregiões de saúde no estado, com posterior ciência à CIT; (Origem: Res. CIT 1/2011, art. 7º, III)

IV - as regras de continuidade do acesso às ações e aos serviços de saúde da rede de atenção à saúde, mediante referenciamento em regiões de saúde intraestaduais, para o atendimento da integralidade da assistência. (Origem: Res. CIT 1/2011, art. 7º, IV)

Art. 13. Compete à CIR: (Origem: Res. CIT 1/2011, art. 6º, caput)

I - pactuar sobre: (Origem: Res. CIT 1/2011, art. 6º, I)

a) rol de ações e serviços que serão ofertados na respectiva região de saúde, com base na Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases); (Origem: Res. CIT 1/2011, art. 6º, I, a)

b) elenco de medicamentos que serão ofertados na respectiva região de saúde, com base na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename); (Origem: Res. CIT 1/2011, art. 6º, I, b)

c) critérios de acessibilidade e escala para a conformação dos serviços; (Origem: Res. CIT 1/2011, art. 6º, I, c)

d) planejamento regional de acordo com a definição da política de saúde de cada ente federativo, consubstanciada em seus Planos de Saúde, aprovados pelos respectivos conselhos de Saúde; (Origem: Res. CIT 1/2011, art. 6º, I, d)

e) diretrizes regionais a respeito da organização das redes de atenção à saúde, de acordo com o Anexo I, da Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, principalmente no tocante à gestão institucional e à integração das ações e serviços dos entes federativos na região de saúde; (Origem: Res. CIT 1/2011, art. 6º, I, e)

f) responsabilidades individuais e solidárias de cada ente federativo na região de saúde, definidas a partir da rede de atenção à saúde; (Origem: Res. CIT 1/2011, art. 6º, I, f)

g) diretrizes complementares às nacionais e estaduais para o fortalecimento da cogestão regional; (Origem: Res. CIT 1/2011, art. 6º, I, g)

II - monitorar e avaliar o acesso às ações e aos serviços de saúde; (Origem: Res. CIT 1/2011, art. 6º, II)

III - incentivar a participação da comunidade, em atenção ao disposto no art. 37 do Decreto nº 7.508, de 2011; (Origem: Res. CIT 1/2011, art. 6º, III)

IV - elaborar seu regimento interno; e (Origem: Res. CIT 1/2011, art. 6º, IV)

V - criar câmaras técnicas permanentes para assessoramento, apoio e análise técnica dos temas da pauta da CIR. (Origem: Res. CIT 1/2011, art. 6º, V)

Parágrafo Único. A CIR reunir-se-á ordinariamente, mediante cronograma previamente definido em consenso, para pactuar aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS. (Origem: Res. CIT 1/2011, art. 5º, caput)

Seção II

Da Participação dos Representantes dos Distritos Sanitários Especiais de Saúde Indígena (DSEI/SESAI/MS), nas Comissões Intergestores Regionais (CIR) e Comissões Intergestores Bipartites (CIB)

Art. 14. Fica aprovada a participação dos representantes dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI/SESAI/MS), na qualidade de convidados, nas reuniões e atividades realizadas pelas Comissões Intergestores Regionais (CIR) e Comissões Intergestores Bipartites (CIB) de modo a promover a articulação e integração dos gestores do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS) com os gestores estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde (SUS) em torno de temas afetos à Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e sua relação com as políticas públicas de saúde do SUS. (Origem: Res. CIT 10/2013, art. 1º, caput)

Parágrafo Único. Os representantes dos DSEI/Sesai/MS serão indicados pelo Ministério da Saúde, por meio da Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai/MS). (Origem: Res. CIT 10/2013, art. 2º, caput)

Seção III

Das Regras e Fluxos para Recursos Administrativos no Âmbito das Comissões Intergestores

Art. 15. As regras e fluxos para recursos administrativos de estados e municípios em face das pactuações ocorridas nas Comissões Intergestores observará o disposto a seguir: (Origem: Res. CIT 4/2012, art. 12, caput)

I - as CIR, as CIB e a CIT são os foros de negociação e apoio à tomada de decisão nos processos relativos à pactuação entre gestores do SUS no que se refere à gestão e a aspectos operacionais de implantação das normas do SUS; (Origem: Res. CIT 4/2012, art. 12, I)

II - em caso de discordância em relação à decisão da CIR, CIB e/ou CIT, os municípios e/ou estados poderão interpor recurso no prazo de 10 (dez) dias, contados a partir da ciência ou divulgação oficial da decisão enunciada, dirigido ao mesmo foro que proferiu a decisão, por meio de requerimento no qual o recorrente deverá expor os fundamentos do pedido de reexame, podendo juntar os documentos que julgar apropriados; (Origem: Res. CIT 4/2012, art. 12, II)

III - CIR, CIB e/ou CIT analisarão, discutirão e decidirão o recurso, em plenário, no prazo de até 45 (quarenta e cinco) dias contados a partir da data do protocolo do recurso; (Origem: Res. CIT 4/2012, art. 12, III)

IV - caso a decisão não seja reconsiderada, o recurso será encaminhado ao foro seguinte, CIB ou CIT, com clara argumentação, contida em exposição de motivos que justifique a decisão tomada; (Origem: Res. CIT 4/2012, art. 12, IV)

V - transcorrido o prazo mencionado no inciso III sem a apreciação do recurso, o(s) município(s) e/ou estado(s) interessado(s) poderá(ão) enviá-lo para o foro seguinte, sendo a CIT a última instância decisória; (Origem: Res. CIT 4/2012, art. 12, V)

VI - permanecendo a discordância em relação à decisão da CIB, em grau recursal, o(s) município(s) e/ou estado(s) interessado(s) poderá(ão) apresentar recurso na Secretaria Técnica da CIT para análise pela Câmara Técnica da CIT, no prazo de 10 (dez) dias da ciência ou divulgação oficial da decisão recursal; e (Origem: Res. CIT 4/2012, art. 12, VI)

VII - a Câmara Técnica da CIT avaliará e encaminhará o recurso, devidamente instruído, para apreciação do Plenário da CIT. (Origem: Res. CIT 4/2012, art. 12, VII)

§ 1º A Câmara Técnica da CIT poderá convocar o Grupo de Trabalho de Gestão do SUS e/ou outro afeto ao tema do processo recursal para analisar a admissibilidade do recurso e a provável instrução do processo. (Origem: Res. CIT 4/2012, art. 12, § 1º)

§ 2º O cumprimento do fluxo estabelecido no Resolução CIT 4 de 19/07/2012 será considerado para julgar a admissibilidade do recurso no Plenário da CIT. (Origem: Res. CIT 4/2012, art. 12, § 2º)

§ 3º Salvo disposição legal em contrário, os recursos administrativos definidos neste artigo não têm efeito suspensivo, prevalecendo a decisão inicial até a análise final de todos os recursos apresentados. (Origem: Res. CIT 4/2012, art. 12, § 3º)

§ 4º Excetua-se do disposto no parágrafo 3º a possibilidade do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass), do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e do Ministério da Saúde solicitar à CIT, com os devidos argumentos, a suspensão dos efeitos das decisões da CIB enquanto tramita o recurso administrativo apresentado. (Origem: Res. CIT 4/2012, art. 12, § 4º)

CAPÍTULO V

DOS ASPECTOS COMPLEMENTARES DE PLANEJAMENTO, RESPONSABILIDADES E PACTUAÇÃO ENTRE OS ENTES FEDERADOS

Seção I

Do Acordo de Colaboração entre os Entes Federados Resultado do Planejamento Regional Integrado

Art. 16. O acordo de colaboração entre os entes federados, disposto no inciso II do art. 2º do Decreto 7.508/2011, resultado do Planejamento Regional Integrado, será expresso no Plano Regional e observará as diretrizes contidas nos Capítulos I e II deste título. (Origem: Res. CIT 44/2019, art. 1º, caput)

Art. 17. As normas e fluxos de que trata o art. 39 do Decreto nº 7.508/2011, para conformação de acordo de colaboração entre entes federados, estão dispostas no Capítulo II deste título. (Origem: Res. CIT 44/2019, art. 2º, caput)

Art. 18. Caberá ao Grupo de Trabalho de Gestão da Comissão Intergestores Tripartite, elaborar proposta de adequação do disposto na Seção II do Capítulo V do Decreto nº 7.508/2011, em consonância aos arts. 16 e 17. (Origem: Res. CIT 44/2019, art. 3º, caput)

Seção II

Das Responsabilidades Sanitárias

Art. 19. Até a conclusão do PRI os entes federados terão as responsabilidades sanitárias expressas no Anexo III. (Origem: CIT 4/2012, art. 2º, caput)

Seção III

Da Descentralização da Gestão dos Prestadores

Art. 20. A descentralização da gestão dos prestadores de serviços públicos ou privados, contratados ou conveniados, deve ser pactuada na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou na Comissão Intergestores Regional (CIR). (Origem: Res. CIT 4/2012, art. 3º, caput)

Parágrafo Único. A informação acerca da responsabilidade pela gestão e aplicação dos recursos financeiros referentes à descentralização referida no caput deve ser registrada nos quadros dos Anexos LVI e LVII, da Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e seguir o fluxo nela estabelecido. (Origem: Res. CIT 4/2012, art. 3º, parágrafo único)

Seção IV

Do Protocolo de Cooperação entre os Entes Públicos

Art. 21. O Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos (PCEP) é o instrumento que se destina à formalização da relação entre gestores do SUS, quando unidades públicas de saúde, hospitalares e ambulatoriais especializadas, situadas no território de um município, estão sob gerência de determinada unidade federativa e gestão de outra, conforme disciplina o art. 57 e os arts. 60 ao 69, da Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. (Origem: Res. CIT 4/2012, art. 6º, caput)

Seção V

Do Planejamento Integrado das Despesas de Capital e Custeio para os Investimentos em Saúde

Art. 22. Esta seção dispõe complementarmente sobre o planejamento integrado das despesas de capital e custeio para os investimentos em novos serviços de saúde no âmbito do SUS. (Origem: Res. CIT 10/2016, art. 1º, caput)

Art. 23. Os entes federados que planejem a construção física de novos serviços de saúde no SUS que demandem aporte financeiro por parte dos demais entes federados deverão acordar previamente, o total de recursos orçamentário-financeiros de capital e custeio, de modo que seja devidamente pactuado para o seu pleno funcionamento. (Origem: Res. CIT 10/2016, art. 2º, caput)

§ 1º Para os efeitos desta seção, as obras para a construção e/ou ampliação física dos serviços de saúde, de que trata esta seção, deverão constar no planejamento regional integrado, conforme estabelecido no art. 30 da Lei Complementar nº 141/2012. (Origem: Res. CIT 10/2016, art. 2º, § 1º)

§ 2º Serão considerados somente os investimentos propostos a partir 01 de janeiro de 2017. (Origem: Res. CIT 10/2016, art. 2º, § 2º)

Art. 24. A proposta dos novos serviços de saúde deverá conter: (Origem: Res. CIT 10/2016, art. 3º, caput)

I - área de abrangência do serviço; (Origem: Res. CIT 10/2016, art. 3º, I)

II - equipamentos, mobiliário e pessoal; (Origem: Res. CIT 10/2016, art. 3º, II)

III - capacidade instalada e; (Origem: Res. CIT 10/2016, art. 3º, III)

IV - valor anual do seu custeio, indicando as necessidades e a concordância de aporte dos demais entes federados. (Origem: Res. CIT 10/2016, art. 3º, IV)

Art. 25. Após pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), a proposta deverá ser encaminhada ao Ministério da Saúde para análise e parecer, obedecendo aos fluxos estabelecidos no âmbito do SUS. (Origem: Res. CIT 10/2016, art. 4º, caput)

Parágrafo Único. Caberá à Secretaria Executiva da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) acompanhar e consolidar os dados relativos ao planejamento integrado das despesas de capital e custeio para os investimentos em novos serviços de saúde no âmbito do SUS. (Origem: Res. CIT 10/2016, art. 4º, parágrafo único)

CAPÍTULO VI

DAS DIRETRIZES NACIONAIS PARA A ELABORAÇÃO DA RELAÇÃO NACIONAL DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE (RENASES)

Art. 26. Este capítulo dispõe sobre as diretrizes nacionais para a elaboração da Relação Nacional de Ações Serviços de Saúde (Renases) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: Res. CIT 2/2012, art. 1º, caput)

Art. 27. A Renases é o conjunto de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde oferecidos pelo SUS à população para atender à integralidade da assistência à saúde. (Origem: Res. CIT 2/2012, art. 2º, caput)

Art. 28. A Renases atenderá os seguintes princípios: (Origem: Res. CIT 2/2012, art. 3º, caput)

I - universalidade do acesso às ações e serviços de saúde constantes da Renases, em todos os níveis de assistência, de forma universal, igualitária e ordenada, com base nas necessidades de saúde da população; (Origem: Res. CIT 2/2012, art. 3º, I)

II - segurança, compreendida como a oferta das ações e serviços de forma segura para proteção da saúde e da vida humana; (Origem: Res. CIT 2/2012, art. 3º, II)

III - qualidade, compreendida como a garantia qualitativa das ações e serviços previstos na Renases; e (Origem: Res. CIT 2/2012, art. 3º, III)

IV - comunicação, compreendida como a divulgação ampla, objetiva e transparente das ações e serviços que serão ofertados à população de acordo com a Renases. (Origem: Res. CIT 2/2012, art. 3º, IV)

Art. 29. A Renases tem por finalidade tornar públicas as ações e serviços de saúde que o SUS oferece à população, com o fim de cumprir o disposto no inciso II do art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. (Origem: Res. CIT 2/2012, art. 4º, caput)

Art. 30. As atualizações da Renases ocorrerão por inclusão, exclusão e alteração de ações e serviços de saúde, de forma contínua e oportuna. (Origem: Res. CIT 2/2012, art. 5º, § 1º)

§ 1º As inclusões, exclusões e alterações de ações e serviços de saúde da Renases serão feitas de acordo com regulamento específico, que deverá prever as rotinas de solicitação, análise, decisão e publicização. (Origem: Res. CIT 2/2012, art. 5º, § 2º)

§ 2º Caberá ao Ministério da Saúde conduzir o processo de atualizações de ações e serviços da Renases, em conformidade com o art. 19-Q da Lei nº 8.080, de 1990, e sua respectiva regulamentação. (Origem: Res. CIT 2/2012, art. 5º, § 3º)

§ 3º O Ministério da Saúde consolidará e publicará as atualizações da Renases a cada 2 (dois) anos. (Origem: Res. CIT 2/2012, art. 5º, § 4º)

Art. 31. Os estados, o Distrito Federal e os municípios poderão adotar relações complementares de ações e serviços de saúde, sempre em consonância com o previsto na Renases, respeitadas as responsabilidades de cada ente federado pelo seu financiamento e de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores. (Origem: Res. CIT 2/2012, art. 6º, caput)

§ 1º Compreende-se por complementar a inclusão de ações e serviços que não constam da Renases por parte de estados, Distrito Federal e municípios. (Origem: Res. CIT 2/2012, art. 6º, § 1º)

§ 2º O padrão a ser observado para a elaboração de relações de ações e serviços complementares será sempre a Renases, devendo-se observar os mesmos princípios, critérios e requisitos na sua elaboração. (Origem: Res. CIT 2/2012, art. 6º, § 2º)

Art. 32. Os estados, o Distrito Federal e os municípios deverão submeter à Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec) seus pedidos de incorporação e alteração de tecnologias em saúde para complementar a Renases no âmbito estadual, distrital ou municipal, cabendo-lhes encaminhar conjuntamente o correspondente protocolo clínico ou de diretrizes terapêuticas e demais documentos que venham a ser exigidos pela Comissão. (Origem: Res. CIT 2/2012, art. 7º, caput)

Art. 33. A Renases é composta por: (Origem: Res. CIT 2/2012, art. 8º, caput)

I - ações e serviços da atenção primária; (Origem: Res. CIT 2/2012, art. 8º, I)

II - ações e serviços da urgência e emergência; (Origem: Res. CIT 2/2012, art. 8º, II)

III - ações e serviços da atenção psicossocial; (Origem: Res. CIT 2/2012, art. 8º, III)

IV - ações e serviços da atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e (Origem: Res. CIT 2/2012, art. 8º, IV)

V - ações e serviços da vigilância em saúde. (Origem: Res. CIT 2/2012, art. 8º, V)

Art. 34. As ações e serviços de saúde constantes da Renases serão oferecidos de acordo com os regramentos do SUS no tocante ao acesso e a critérios de referenciamento na rede de atenção à saúde, e se fundamentam em normas, protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas do SUS. (Origem: Res. CIT 2/2012, art. 9º, caput)

Art. 35. Os serviços e ações previstos na Renases devem ser prestados e realizados com qualidade, eficácia, resolutividade e humanização. (Origem: Res. CIT 2/2012, art. 10, caput)

Art. 36. A Renases deve contar com um sistema de informação integrado aos demais sistemas de informação do SUS e a outros de interesse do sistema de saúde, com a finalidade de permitir sua permanente avaliação, especialmente no que diz respeito ao seu custo-efetividade. (Origem: Res. CIT 2/2012, art. 11, caput)

Art. 37. A Renases deverá adotar, progressivamente, terminologia única para denominar as ações e serviços de saúde que são oferecidos pelos entes federativos. (Origem: Res. CIT 2/2012, art. 12, caput)

Art. 38. A Renases será estruturada de forma que expresse a organização dos serviços e ações de saúde e o atendimento da integralidade da atenção à saúde. (Origem: Res. CIT 2/2012, art. 13, caput)

Art. 39. O acesso às ações e serviços de saúde dispostos na Renases se efetivará nas redes de atenção à saúde, organizadas conforme diretrizes do Anexo I, da Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. (Origem: Res. CIT 2/2012, art. 14, caput)

Parágrafo Único. O acesso às ações e aos serviços de saúde observará as portas de entrada do SUS, conforme definido no artigo 9º do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. (Origem: Res. CIT 2/2012, art. 14, parágrafo único)

Art. 40. O acesso às ações e serviços de saúde deverá respeitar os fluxos regulatórios, a avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e o critério cronológico, observadas as especificidades previstas para pessoas com proteção especial. (Origem: Res. CIT 2/2012, art. 15, caput)

Art. 41. O acesso às ações e serviços de saúde deverá considerar as regras de referenciamento na rede de atenção à saúde na região de saúde e entre regiões e macrorregiões de saúde, de acordo com os contratos celebrados entre os entes federativos, com a definição de responsabilidades pela prestação dos serviços e pelo seu financiamento. (Origem: Res. CIT 2/2012, art. 16, caput)

Art. 42. O acesso às ações e serviços de saúde que não forem oferecidos no âmbito de algum município ou região de saúde será garantido mediante os sistemas logísticos da rede de atenção à saúde, como as centrais de regulação e o transporte em saúde, de acordo com as disponibilidades financeiras e observadas as pactuações intergestores. (Origem: Res. CIT 2/2012, art. 17, caput)

Art. 43. O financiamento das ações e serviços de saúde deverá, progressivamente: (Origem: Res. CIT 2/2012, art. 18, caput)

I - superar a lógica de financiamento centrada no procedimento em saúde; e (Origem: Res. CIT 2/2012, art. 18, I)

II - considerar as diferenças regionais na composição dos custos das ações e serviços de saúde. (Origem: Res. CIT 2/2012, art. 18, II)

Art. 44. A União, os estados, o Distrito Federal e os municípios pactuarão nas respectivas Comissões Intergestores as suas responsabilidades em relação ao financiamento das ações e serviços constantes da Renases e suas complementações. (Origem: Res. CIT 2/2012, art. 19, caput)

Art. 45. O monitoramento e a avaliação do conteúdo da Renases e suas complementações estaduais, distrital e municipais serão realizados pelos entes federados nas Comissões Intergestores, com base nas informações contidas nos sistemas de informação. (Origem: Res. CIT 2/2012, art. 20, caput)

Art. 46. Ao Distrito Federal compete os direitos e obrigações reservadas aos estados e aos municípios. (Origem: Res. CIT 2/2012, art. 21, caput)

CAPÍTULO VII

DAS DIRETRIZES DE ATUALIZAÇÃO DA RELAÇÃO NACIONAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS (RENAME)

Art. 47. Este capítulo estabelece as diretrizes para a atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) no âmbito do SUS. (Origem: Res. CIT 25/2017, art. 1º, caput)

Art. 48. A Rename consiste na seleção de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS. (Origem: Res. CIT 25/2017, art. 2º, caput)

Art. 49. A Rename será organizada de forma a identificar os medicamentos oferecidos em todos os níveis de atenção e nas linhas de cuidado do SUS. (Origem: Res. CIT 25/2017, art. 3º, caput)

Art. 50. A Rename deverá ser atualizada em conformidade com os princípios da universalidade, equidade e integralidade do SUS. (Origem: Res. CIT 25/2017, art. 4º, caput)

Art. 51. A inclusão, exclusão e alteração de medicamentos na Rename deve levar em consideração a análise de eficácia, segurança e custo, cuja relação risco-benefício seja favorável e comprovada a partir das melhores evidências científicas disponíveis na literatura. (Origem: Res. CIT 25/2017, art. 5º, caput)

Art. 52. A Rename deve prezar pela transparência junto aos cidadãos e comunicação efetiva entre os gestores do SUS, informando sobre seus critérios de atualização, itens analisados e responsabilidades de financiamento pactuadas. (Origem: Res. CIT 25/2017, art. 6º, caput)

Art. 53. O elenco da Rename deve estar em consonância com os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) e outras diretrizes clínicas publicadas pelo Ministério da Saúde, a fim de harmonizar a oferta de cuidado no SUS e evitar duplicidade e conflitos de conduta. (Origem: Res. CIT 25/2017, art. 7º, caput)

Art. 54. Os medicamentos constantes na Rename serão financiados pelos 3 (três) entes federativos, de acordo com as pactuações nas respectivas Comissões Intergestores e as normas vigentes para o financiamento do SUS. (Origem: Res. CIT 25/2017, art. 8º, caput)

Art. 55. Os estados, o Distrito Federal e os municípios podem definir medicamentos de forma suplementar à Rename, desde que questões de saúde pública justifiquem e respeitadas as responsabilidades dos entes federativos, as pactuações em Comissões Intergestoras Bipartite e no conselho municipal de Saúde observando estabelecido na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. (Origem: Res. CIT 25/2017, art. 9º, caput)

Art. 56. A seleção dos medicamentos que serão ofertados pelos estados, Distrito Federal e municípios a partir da Rename deverá considerar o perfil epidemiológico, a organização dos serviços e a complexidade do atendimento oferecido. (Origem: Res. CIT 25/2017, art. 10, caput)

Parágrafo Único. Outros critérios poderão ser definidos pelos entes federativos, observando-se aqueles previstos no caput, devendo os mesmos serem pactuados nas Comissões Intergestores e nos conselhos de Saúde. (Origem: Res. CIT 25/2017, art. 10, parágrafo único)

Art. 57. Ao Ministério da Saúde compete incluir, excluir ou alterar medicamentos na Rename, de forma contínua e oportuna, nos termos do art. 19-Q da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. (Origem: Res. CIT 25/2017, art. 11, caput)

Parágrafo Único. O Ministério da Saúde consolidará e publicará as atualizações da Rename a cada 2 (dois) anos. (Origem: Res. CIT 25/2017, art. 11, parágrafo único)

Art. 58. O uso racional de medicamentos, de que trata do inciso V, pressupõe o uso criterioso de itens prescritos fora da Rename, em caráter excepcional, em conformidade com o Anexo IV e o Anexo V.

CAPÍTULO VIII

DAS DIRETRIZES PARA O FORTALECIMENTO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)

Art. 59. Ficam estabelecidas as seguintes diretrizes para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS): (Origem: Res. CIT 32/2017, art. 1º, caput)

I - habilitar e incentivar todos os serviços da RAPS que estejam tecnicamente aprovados pela Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (CGMAD/DAPES/SAPS); (Origem: Res. CIT 32/2017, art. 1º, I)

II - garantir a continuidade do financiamento das obras de serviços desta Rede que também estejam tecnicamente aprovados; (Origem: Res. CIT 32/2017, art. 1º, II)

III - pactuar diretrizes clínicas para linhas de cuidados na RAPS; (Origem: Res. CIT 32/2017, art. 1º, III)

IV - pactuar critérios de acompanhamento e monitoramento da RAPS, com metas, indicadores qualitativos e quantitativos, estimulando ainda a adequada regulação do acesso dos usuários aos diferentes pontos de atenção da Rede; (Origem: Res. CIT 32/2017, art. 1º, IV)

V - vedar qualquer ampliação da capacidade já instalada de leitos psiquiátricos em hospitais especializados, conforme registro do CNES nesta data, reafirmando o modelo assistencial de base comunitária; (Origem: Res. CIT 32/2017, art. 1º, V)

VI - aprovar a criação de "Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental", com objetivo de prestar atenção multiprofissional no nível secundário, apoiando de forma articulada a atenção básica e demais serviços das Redes de Atenção à Saúde; (Origem: Res. CIT 32/2017, art. 1º, VI)

VII - aprovar a criação de nova modalidade de Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas do Tipo IV (CAPS AD IV), com funcionamento 24 horas, prestando assistência de urgência e emergência, para ofertar linhas de cuidado em situações de cenas de uso de drogas, especialmente o crack ("cracolândias"), de forma multiprofissional e intersetorial; (Origem: Res. CIT 32/2017, art. 1º, VII)

VIII - fortalecer e apoiar técnica e financeiramente o processo de desinstitucionalização de pacientes moradores em hospitais psiquiátricos, garantindo maior flexibilidade aos gestores municipais para a organização dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); (Origem: Res. CIT 32/2017, art. 1º, VIII)

IX - ampliar a oferta de leitos hospitalares qualificados para a atenção a pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; (Origem: Res. CIT 32/2017, art. 1º, IX)

a) estimular a qualificação e expansão de leitos em enfermarias especializadas em hospitais gerais; (Origem: Res. CIT 32/2017, art. 1º, IX, a)

b) reestruturar a equipe multiprofissional mínima requerida para o funcionamento das enfermarias especializadas em hospitais gerais; (Origem: Res. CIT 32/2017, art. 1º, IX, b)

c) monitorar sistematicamente a taxa de ocupação mínima das internações em hospitais gerais para o pagamento integral do procedimento em forma de incentivo; (Origem: Res. CIT 32/2017, art. 1º, IX, c)

d) reajustar o valor de diárias para internação em hospitais especializados de forma escalonada, em relação aos atuais níveis, conforme o porte do hospital; (Origem: Res. CIT 32/2017, art. 1º, IX, d)

X - financiar pesquisas que subsidiem a implantação de Programas de Prevenção ao Uso de Álcool e Outras Drogas para adolescentes e jovens; (Origem: Res. CIT 32/2017, art. 1º, X)

XI - fortalecer a parceria e o apoio intersetorial entre MS/MJSP/MC/SEPRT em relação às Comunidades Terapêuticas; (Origem: Res. CIT 32/2017, art. 1º, XI)

XII - promover ações de prevenção ao suicídio, por meio de parcerias com estados e municípios, bem como instituições que atuam nesta área. (Origem: Res. CIT 32/2017, art. 1º, XII)

Art. 60. Considera-se como pontos de atenção da RAPS: (Origem: Res. CIT 32/2017, art. 2º, caput)

I - Equipes de Atenção Básica; (Origem: Res. CIT 32/2017, art. 2º, I)

II - Consultório na Rua; (Origem: Res. CIT 32/2017, art. 2º, II)

III - Centros de Convivência; (Origem: Res. CIT 32/2017, art. 2º, III)

IV - Unidades de Acolhimento (Adulto e Infanto-Juvenil); (Origem: Res. CIT 32/2017, art. 2º, IV)

V - Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) I e II; (Origem: Res. CIT 32/2017, art. 2º, V)

VI - Hospital Dia; (Origem: Res. CIT 32/2017, art. 2º, VI)

VII - Unidades de Referência Especializadas em Hospitais Gerais; (Origem: Res. CIT 32/2017, art. 2º, VII)

VIII - Centros de Atenção Psicossocial nas suas diversas modalidades; (Origem: Res. CIT 32/2017, art. 2º, VIII)

IX - Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental; (Origem: Res. CIT 32/2017, art. 2º, IX)

X - Hospitais Psiquiátricos Especializados. (Origem: Res. CIT 32/2017, art. 2º, X)

CAPÍTULO IX

DAS DIRETRIZES PARA A ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS PALIATIVOS, À LUZ DOS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

Art. 61. Este capítulo dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: Res. CIT 41/2018, art. 1º, caput)

Parágrafo Único. Os cuidados paliativos deverão fazer parte dos cuidados continuados integrados ofertados no âmbito da Rede de Atenção à Saúde (RAS). (Origem: Res. CIT 41/2018, art. 1º, parágrafo único)

Art. 62. Cuidados paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameaça a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais. (Origem: Res. CIT 41/2018, art. 2º, caput)

Parágrafo Único. Será elegível para cuidados paliativos toda pessoa afetada por uma doença que ameaça a vida, seja aguda ou crônica, a partir do diagnóstico desta condição. (Origem: Res. CIT 41/2018, art. 2º, parágrafo único)

Art. 63. A organização dos cuidados paliativos deverá ter como objetivos: (Origem: Res. CIT 41/2018, art. 3º, caput)

I - integrar os cuidados paliativos na rede de atenção à saúde; (Origem: Res. CIT 41/2018, art. 3º, I)

II - promover a melhoria da qualidade de vida dos pacientes; (Origem: Res. CIT 41/2018, art. 3º, II)

III - incentivar o trabalho em equipe multidisciplinar; (Origem: Res. CIT 41/2018, art. 3º, III)

IV - fomentar a instituição de disciplinas e conteúdos programáticos de cuidados paliativos no ensino de graduação e especialização dos profissionais de saúde; (Origem: Res. CIT 41/2018, art. 3º, IV)

V - ofertar educação permanente em cuidados paliativos para os trabalhadores da saúde no SUS; (Origem: Res. CIT 41/2018, art. 3º, V)

VI - promover a disseminação de informação sobre os cuidados paliativos na sociedade; (Origem: Res. CIT 41/2018, art. 3º, VI)

VII - ofertar medicamentos que promovam o controle dos sintomas dos pacientes em cuidados paliativos; e (Origem: Res. CIT 41/2018, art. 3º, VII)

VIII - pugnar pelo desenvolvimento de uma atenção à saúde humanizada, baseada em evidências, com acesso equitativo e custo efetivo, abrangendo toda a linha de cuidado e todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica, domiciliar e integração com os serviços especializados. (Origem: Res. CIT 41/2018, art. 3º, VIII)

Art. 64. Serão princípios norteadores para a organização dos cuidados paliativos: (Origem: Res. CIT 41/2018, art. 4º, caput)

I - início dos cuidados paliativos o mais precocemente possível, juntamente com o tratamento modificador da doença, e início das investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes; (Origem: Res. CIT 41/2018, art. 4º, I)

II - promoção do alívio da dor e de outros sintomas físicos, do sofrimento psicossocial, espiritual e existencial, incluindo o cuidado apropriado para familiares e cuidadores; (Origem: Res. CIT 41/2018, art. 4º, II)

III - afirmação da vida e aceitação da morte como um processo natural; (Origem: Res. CIT 41/2018, art. 4º, III)

IV - aceitação da evolução natural da doença, não acelerando nem retardando a morte e repudiando as futilidades diagnósticas e terapêuticas; (Origem: Res. CIT 41/2018, art. 4º, IV)

V - promoção da qualidade de vida por meio da melhoria do curso da doença; (Origem: Res. CIT 41/2018, art. 4º, V)

VI - integração dos aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente; (Origem: Res. CIT 41/2018, art. 4º, VI)

VII - oferecimento de um sistema de suporte que permita ao paciente viver o mais autônomo e ativo possível até o momento de sua morte; (Origem: Res. CIT 41/2018, art. 4º, VII)

VIII - oferecimento de um sistema de apoio para auxiliar a família a lidar com a doença do paciente e o luto; (Origem: Res. CIT 41/2018, art. 4º, VIII)

IX - trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar para abordar as necessidades do paciente e de seus familiares, incluindo aconselhamento de luto, se indicado; (Origem: Res. CIT 41/2018, art. 4º, IX)

X - comunicação sensível e empática, com respeito à verdade e à honestidade em todas as questões que envolvem pacientes, familiares e profissionais; (Origem: Res. CIT 41/2018, art. 4º, X)

XI - respeito à autodeterminação do indivíduo; (Origem: Res. CIT 41/2018, art. 4º, XI)

XII - promoção da livre manifestação de preferências para tratamento médico através de Diretiva Antecipada de Vontade (DAV); e (Origem: Res. CIT 41/2018, art. 4º, XII)

XIII - esforço coletivo em assegurar o cumprimento de vontade manifesta por DAV. (Origem: Res. CIT 41/2018, art. 4º, XIII)

Art. 65. Os cuidados paliativos deverão ser ofertados em qualquer ponto da rede de atenção à saúde, notadamente: (Origem: Res. CIT 41/2018, art. 5º, caput)

I - Atenção Básica: ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, será responsável por acompanhar os usuários com doenças ameaçadoras de vida em seu território, prevalecendo o cuidado longitudinal, ofertado pelas equipes de atenção básica, conjuntamente com o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), com a retaguarda dos demais pontos da rede de atenção sempre que necessária; (Origem: Res. CIT 41/2018, art. 5º, I)

II - Atenção Domiciliar: as equipes de atenção domiciliar, cuja modalidade será definida a partir da intensidade do cuidado, observando-se o plano terapêutico singular, deverão contribuir para que o domicílio esteja preparado e seja o principal locus de cuidado no período de terminalidade de vida, sempre que desejado e possível. Será indicada para pessoas que necessitarem de cuidados paliativos em situação de restrição ao leito ou ao domicílio, sempre que esta for considerada a oferta de cuidado mais oportuna; (Origem: Res. CIT 41/2018, art. 5º, II)

III - Atenção Ambulatorial: deverá ser estruturada para atender as demandas em cuidados paliativos proveniente de outros pontos de atenção da rede; (Origem: Res. CIT 41/2018, art. 5º, III)

IV - Urgência e Emergência: os serviços prestarão cuidados no alívio dos sintomas agudizados, focados no conforto e na dignidade da pessoa, de acordo com as melhores práticas e evidências disponíveis; e (Origem: Res. CIT 41/2018, art. 5º, IV)

V - Atenção Hospitalar: voltada para o controle de sintomas que não sejam passíveis de controle em outro nível de assistência. (Origem: Res. CIT 41/2018, art. 5º, V)

Art. 66. Os especialistas em cuidados paliativos atuantes na RAS poderão ser referência e potenciais matriciadores dos demais serviços da rede, podendo isso ser feito in loco ou por tecnologias de comunicação à distância. (Origem: Res. CIT 41/2018, art. 6º, caput)

Art. 67. O acesso aos medicamentos para tratamentos dos sintomas relacionados aos cuidados paliativos, notadamente opióides, deverá seguir as normas sanitárias vigentes e observar as pactuações entre as instâncias de gestão do SUS. (Origem: Res. CIT 41/2018, art. 7º, caput)

Art. 68. O financiamento para a organização dos cuidados paliativos deverá ser objeto de pactuação tripartite, observado o planejamento e a organização dos cuidados continuados integrados na RAS. (Origem: Res. CIT 41/2018, art. 8º, caput)

CAPÍTULO X

DAS DIRETRIZES PARA O TRANSPORTE SANITÁRIO ELETIVO DESTINADO AO DESLOCAMENTO DE USUÁRIOS PARA REALIZAR PROCEDIMENTOS DE CARÁTER ELETIVO

Art. 69. Este capítulo dispõe sobre as diretrizes para o Transporte Sanitário Eletivo destinado ao deslocamento de usuários para realizar procedimentos de caráter eletivo no âmbito do SUS. (Origem: Res. CIT 13/2017, art. 1º, caput)

Art. 70. O Transporte Sanitário Eletivo é aquele destinado ao deslocamento programado de pessoas para realizar procedimentos de caráter eletivo, regulados e agendados, sem urgência, em situações previsíveis de atenção programada, no próprio município de residência ou em outro município nas regiões de saúde de referência, conforme pactuação. (Origem: Res. CIT 13/2017, art. 2º, caput)

§ 1º Destina-se à população usuária que demanda serviços de saúde e que não apresenta risco de vida, necessidade de recursos assistenciais durante o deslocamento ou de transporte em decúbito horizontal. (Origem: Res. CIT 13/2017, art. 2º, § 1º)

§ 2º Deve ser realizado por veículos tipo lotação conforme especificação disponível no Sistema de Informação e Gerenciamento de Equipamentos e Materiais (Sigem) disponível no seguinte endereço eletrônico <http://www.fns.saude.gov.br>. (Origem: Res. CIT 13/2017, art. 2º, § 2º)

Art. 71. A oferta do serviço de transporte sanitário eletivo deverá constar no plano de saúde, na programação anual de saúde e no relatório de gestão, nos termos dos arts. 94 ao 101, da Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e no planejamento regional integrado, conforme estabelecido no art. 30 da Lei Complementar nº 141/2012. (Origem: Res. CIT 13/2017, art. 3º, caput)

Art. 72. O dimensionamento do serviço de transporte sanitário eletivo deverá observar as necessidades e especificidades do território, e aplicar os parâmetros de planejamento e programação estabelecidos em função das necessidades de saúde da população e de acordo com a oferta de serviços e pactuação no âmbito das respectivas Comissões Intergestores Bipartite. (Origem: Res. CIT 13/2017, art. 4º, caput)

Art. 73. As diretrizes para a organização do transporte sanitário eletivo que trata este capítulo são as seguintes: (Origem: Res. CIT 13/2017, art. 5º, caput)

I - adotar a região de saúde como a base territorial do transporte sanitário eletivo, considerando que são referência para a organização, o planejamento e a execução das ações e serviços de saúde, por meio da rede de atenção à saúde; (Origem: Res. CIT 13/2017, art. 5º, I)

II - racionalizar os custos com transporte de usuários para a realização de procedimentos eletivos por meio da oferta de um serviço de transporte seguro e de qualidade, adequado às condições geográficas e de trafegabilidade das vias em zonal rural, urbana e fluvial; (Origem: Res. CIT 13/2017, art. 5º, II)

III - garantir uma estrutura de regulação de acesso à atenção à saúde desenvolvida por meio de mecanismos operacionais (Centrais de Regulação/Complexos Reguladores) e/ou ações regulatórias que articulam uma oferta determinada e uma demanda por serviços de saúde, de forma a racionalizar o acesso de acordo com a classificação de risco e protocolo de regulação do acesso pré-definidos e pactuados; (Origem: Res. CIT 13/2017, art. 5º, III)

IV - observar como pré-requisito para o fornecimento de passagens e acesso ao transporte sanitário eletivo, a marcação da consulta/exame ou procedimento eletivo em serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde por meio do processo regulatório estabelecido no âmbito municipal e/ou regional; (Origem: Res. CIT 13/2017, art. 5º, IV)

V - definir as rotas do transporte sanitário eletivo a partir de estudo do fluxo de usuários referenciados e definição do público alvo, podendo ser traçadas rotas individuais e compartilhadas entre municípios de menor porte populacional, dependendo do número de procedimentos programados e regulados, da localização geográfica e vias de transporte; (Origem: Res. CIT 13/2017, art. 5º, V)

VI - definir o modelo de gestão da frota para a operacionalização do serviço visando controlar os custos operacionais, custos fixos, custos variáveis, planos de manutenção, recursos humanos, capacitações e sistema de monitoramento para garantir o rastreamento e controle do fluxo dos veículos; (Origem: Res. CIT 13/2017, art. 5º, VI)

VII - decidir sobre as formas de cooperação e organização dos municípios beneficiados, com definição de papéis e responsabilidades dos atores envolvidos, definição de mecanismos, regras e formas de financiamento para os investimentos de capital e custeio, necessários para garantir a sustentabilidade do serviço; (Origem: Res. CIT 13/2017, art. 5º, VII)

VIII - permitir o transporte de acompanhante para crianças até 15 anos e idosos (maiores de 60 anos) conforme previsto na legislação pertinente, admitindo a análise de outras situações e agravos que tenham indicação do acompanhamento. (Origem: Res. CIT 13/2017, art. 5º, VIII)

CAPÍTULO XI

DAS DIRETRIZES E ESTRATÉGIAS PARA ELABORAÇÃO DO PLANO DE ENFRENTAMENTO DA MORTALIDADE MATERNA E NA INFÂNCIA, NO CONTEXTO DA AGENDA 2030 DOS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS)

Art. 74. Ficam aprovadas as diretrizes e estratégias para elaboração do Plano de Enfrentamento da Mortalidade Materna e na Infância, presentes no Anexo VI, no contexto da Agenda 2030 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. (Origem: Res. CIT 42/2018, art. 1º, caput)

Parágrafo Único. As diretrizes e estratégias para o Plano de Enfrentamento da Mortalidade Materna e na Infância estão elencadas no Anexo VI. (Origem: Res. CIT 42/2018, art. 1º, parágrafo único)

TÍTULO II

DOS ASPECTOS OPERACIONAIS, FINANCEIROS E ADMINISTRATIVOS DA GESTÃO COMPARTILHADA DO SUS

CAPÍTULO I DA SAÚDE DIGITAL

Seção I

Da Adoção da Sistemática de Biometria

Art. 75. Fica aprovada a adoção da sistemática de biometria no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: Res. CIT 28/2017, art. 1º, caput)

Art. 76. A Base Nacional de Dados dos Usuários das Ações e Serviços de Saúde, assim como o Cadastro Nacional de Usuários do SUS, de que trata a Portaria de Consolidação nº 1 GM/MS, em seus arts. 267 a 277, serão adaptados para incorporar os atributos biométricos. (Origem: Res. CIT 28/2017, art. 2º, caput)

§ 1º Será adotado o padrão biométrico normatizado pelo Comitê Gestor da Identificação Civil Nacional (ICN), criado pela Lei nº 13.444, de 11 de maio de 2017. (Origem: Res. CIT 28/2017, art. 2º, § 1º)

§ 2º No que for possível, utilizar-se-ão os dados biométricos sob a custódia do Tribunal Superior Eleitoral (TSE), base oficial utilizada pela ICN. (Origem: Res. CIT 28/2017, art. 2º, § 2º)

Art. 77. Os sistemas de informação, processos e suas regras de negócio, que exigirão a identificação por meio da utilização dos padrões biométricos, serão propostos pelo Comitê Gestor da Estratégia de e-Saúde e pactuados na CIT. (Origem: Res. CIT 28/2017, art. 3º, caput)

Art. 78. Para os fins desta seção, o Ministério da Saúde deverá designar, no âmbito de sua estrutura, uma unidade responsável pela definição e formalização, junto ao Departamento de Informática do SUS (DATASUS/SE/MS), das demandas para atendimento dos arts. 76 e 77. (Origem: Res. CIT 28/2017, art. 4º, caput)

Art. 79. O Ministério da Saúde disporá, a partir de pactuação na CIT, por meio de Portaria específica, sobre os meios e prazos para a adequação dos estabelecimentos de saúde ao disposto nesta seção. (Origem: Res. CIT 28/2017, art. 5º, caput)

Seção II

Do Conjunto Mínimo de Dados da Atenção à Saúde (CMD)

Art. 80. Fica instituído o Conjunto Mínimo de Dados da Atenção à Saúde (CMD), bem como estabelecidos o seu conteúdo e estrutura. (Origem: Res. CIT 6/2016, art. 1º, caput)

Art. 81. O CMD compõe o Registro Eletrônico de Saúde (RES) e integra o Sistema Nacional de Informação de Saúde (SNIS). (Origem: Res. CIT 6/2016, art. 2º, caput)

Art. 82. O CMD é o documento público que coleta os dados de todos os estabelecimentos de saúde do país em cada contato assistencial. (Origem: Res. CIT 6/2016, art. 3º, caput)

§ 1º Para fins desta seção, o contato assistencial compreende a atenção à saúde dispensada a um indivíduo em uma modalidade assistencial, de forma ininterrupta e em um mesmo estabelecimento de saúde. (Origem: Res. CIT 6/2016, art. 3º, § 1º)

§ 2º A unidade de registro do CMD é o contato assistencial. (Origem: Res. CIT 6/2016, art. 3º, § 2º)

Art. 83. O CMD compreende um conjunto de dados essenciais com os seguintes fins: (Origem: Res. CIT 6/2016, art. 4º, caput)

I - subsidiar as atividades de gestão, planejamento, programação, monitoramento, avaliação e controle do sistema de saúde, da rede de atenção à saúde e dos serviços de saúde; (Origem: Res. CIT 6/2016, art. 4º, I)

II - subsidiar a formulação, o monitoramento e a avaliação das políticas de saúde; (Origem: Res. CIT 6/2016, art. 4º, II)

III - compor as estatísticas nacionais de saúde, permitindo conhecer o perfil demográfico, de morbidade e mortalidade da população brasileira atendida nos serviços de saúde; (Origem: Res. CIT 6/2016, art. 4º, III)

IV - conhecer as atividades assistenciais desenvolvidas por todos os estabelecimentos de saúde no país; (Origem: Res. CIT 6/2016, art. 4º, IV)

V - fomentar a utilização de novas métricas para a análise de desempenho, alocação de recursos e financiamento da saúde; (Origem: Res. CIT 6/2016, art. 4º, V)

VI - possibilitar a realização dos processos administrativos necessários às três esferas de gestão do SUS, inclusive o faturamento dos serviços prestados; (Origem: Res. CIT 6/2016, art. 4º, VI)

VII - disponibilizar informações assistenciais em nível nacional comparáveis com as informações internacionais em saúde. (Origem: Res. CIT 6/2016, art. 4º, VII)

Art. 84. Compõem o CMD, os dados das seguintes naturezas: (Origem: Res. CIT 6/2016, art. 5º, caput)

I - administrativos: são aqueles relacionados com a gestão de recursos dos estabelecimentos de saúde que prestam assistência, tais como humanos, materiais ou financeiros; (Origem: Res. CIT 6/2016, art. 5º, I)

II - clínico-administrativos: são aqueles relacionados com a gestão dos pacientes, enquanto usuários dos estabelecimentos de saúde; e (Origem: Res. CIT 6/2016, art. 5º, II)

III - clínicos: são aqueles relacionados ao estado de saúde ou doença dos indivíduos, expressos em diagnósticos, procedimentos e tratamentos realizados. (Origem: Res. CIT 6/2016, art. 5º, III)

Parágrafo Único. O conteúdo e a estrutura das informações que compõem o CMD estão descritas no modelo de informação constante do Anexo VII. (Origem: Res. CIT 6/2016, art. 5º, parágrafo único)

Art. 85. A implantação do CMD será incremental e gradual, substituindo um total de 9 (nove) sistemas de informação atualmente instituídos, a saber: (Origem: Res. CIT 6/2016, art. 6º, caput)

I - Boletim de Produção Ambulatorial (BPA); (Origem: Res. CIT 6/2016, art. 6º, I)

II - Autorização de Procedimento Ambulatorial (Apac); (Origem: Res. CIT 6/2016, art. 6º, II)

III - Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (Raas); (Origem: Res. CIT 6/2016, art. 6º, III)

IV - Autorização de Internação Hospitalar (SISAIH01); (Origem: Res. CIT 6/2016, art. 6º, IV)

V - Coleta da Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial (CIHA01); (Origem: Res. CIT 6/2016, art. 6º, V)

VI - Sistema de Informação Ambulatorial (SIA); (Origem: Res. CIT 6/2016, art. 6º, VI)

VII - Sistema de Informação Hospitalar (SIH); (Origem: Res. CIT 6/2016, art. 6º, VII)

VIII - Processamento da Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial (CIHA02); e (Origem: Res. CIT 6/2016, art. 6º, VIII)

IX - Sistema de Regulação Controle e Avaliação (SISRCA). (Origem: Res. CIT 6/2016, art. 6º, IX)

Art. 86. A integração dos sistemas de informação ocorrerá por meio de serviço web (webservice) específico para o CMD, que será gerido conforme as atribuições do Departamento de Informática do SUS (DATASUS/SE/MS) em seu portfólio de serviços do Barramento da Saúde. (Origem: Res. CIT 6/2016, art. 10, caput)

Art. 87. Para aqueles estabelecimentos de saúde que não tiverem condições para envio das informações diretamente via webservice, será disponibilizada pelo Ministério da Saúde uma aplicação de coleta de dados simplificada, integrada ao webservice do CMD. (Origem: Res. CIT 6/2016, art. 11, caput)

Art. 88. As informações de identificação dos usuários serão integradas e atualizadas à base do Sistema Cartão Nacional de Saúde por meio do Barramento de Saúde, conforme especificado em sua portaria. (Origem: Res. CIT 6/2016, art. 12, caput)

Art. 89. A estratégia de implantação, o cronograma, outras informações detalhadas, orientações técnicas, notícias, os métodos de disseminação, documentações, versões de serviços e aplicativos do CMD serão disponibilizados no sítio eletrônico do CMD, disponível em <http://conjuntominimo.saude.gov.br> ou <http://cmd.saude.gov.br>. (Origem: Res. CIT 6/2016, art. 13, caput)

Art. 90. Fica definido que esta norma é de adoção obrigatória em todo o sistema de saúde do país, abrangendo as pessoas físicas ou jurídicas que realizem atenção à saúde nas esferas pública, suplementar e privada. (Origem: Res. CIT 6/2016, art. 14, caput)

Art. 91. Compete à Secretaria de Atenção Especializada à Saúde por meio do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (Drac/Saes/MS) a gestão do Conjunto Mínimo de Dados (CMD). (Origem: Res. CIT 6/2016, art. 15, caput)

Subseção I

Das Definições do Conjunto Mínimo de Dados (CMD)

Art. 92. Para fins de registro dos contatos assistenciais no CMD, são adotados os seguintes conceitos: (Origem: Res. CIT 34/2017, art. 2º, caput)

I - de Procedência: (Origem: Res. CIT 34/2017, art. 2º, I)

a) Ordem Judicial: indivíduo atendido por força de uma determinação judicial; (Origem: Res. CIT 34/2017, art. 2º, I, a)

b) Retorno: indivíduo orientado a retornar ao serviço para continuidade do cuidado; (Origem: Res. CIT 34/2017, art. 2º, I, b)

c) Demanda Espontânea: indivíduo chega ao serviço de saúde por iniciativa própria ou acompanhado por um responsável, sem encaminhamento formal de outro serviço; (Origem: Res. CIT 34/2017, art. 2º, I, c)

d) Demanda Referenciada: indivíduo encaminhado por outro serviço, seja por insuficiência de tecnologia, insuficiência de capacidade, para continuidade do cuidado ou pela condição de saúde do indivíduo; (Origem: Res. CIT 34/2017, art. 2º, I, d)

II - de Modalidade Assistencial: (Origem: Res. CIT 34/2017, art. 2º, II)

a) Atenção Básica: atenção à saúde realizada por equipes multiprofissionais, obedecendo aos princípios da territorialidade e longitudinalidade, coordenando ou integrando o cuidado da rede; (Origem: Res. CIT 34/2017, art. 2º, II, a)

b) Ambulatorial Especializada: atenção à saúde de caráter ambulatorial composta por ações e serviços cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento; (Origem: Res. CIT 34/2017, art. 2º, II, b)

c) Atenção Hospitalar: atenção à saúde prestada a um indivíduo por razões clínicas, cirúrgicas ou diagnósticas que demandem a ocupação de um leito de internação por um período igual ou superior a 24 horas; (Origem: Res. CIT 34/2017, art. 2º, II, c)

d) Atenção Intermediária: atenção à saúde intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial para realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos que requeiram a permanência do paciente em um leito por um período inferior a 24 horas; (Origem: Res. CIT 34/2017, art. 2º, II, d)

e) Atenção Domiciliar: atenção à saúde realizada de forma substitutiva ou complementar a internação hospitalar ou cuidado ambulatorial por profissionais de saúde no domicílio do indivíduo; (Origem: Res. CIT 34/2017, art. 2º, II, e)

f) Atenção Psicossocial: atenção à saúde por meio de cuidados ambulatoriais de caráter territorial e comunitário que visa à substituição do modelo asilar manicomial, que possibilitem a reabilitação psicossocial das pessoas em sofrimento psíquico ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrente do uso de álcool e outras drogas; (Origem: Res. CIT 34/2017, art. 2º, II, f)

g) Atenção à Urgência/Emergência: atenção à saúde não programada destinada ao indivíduo cuja severidade de seus agravos ou lesões necessite de atendimento em tempo hábil e oportuno; (Origem: Res. CIT 34/2017, art. 2º, II, g)

III - de Caráter do Atendimento: (Origem: Res. CIT 34/2017, art. 2º, III)

a) Eletivo: é o atendimento previamente programado ou agendado; (Origem: Res. CIT 34/2017, art. 2º, III, a)

b) Urgência: é o atendimento ao indivíduo cuja severidade dos agravos ou lesões demanda atendimento em tempo hábil e oportuno, não sendo possível programar ou agendar previamente; (Origem: Res. CIT 34/2017, art. 2º, III, b)

IV - de Motivo de Desfecho: (Origem: Res. CIT 34/2017, art. 2º, IV)

a) Alta Clínica: conclusão do contato assistencial, sem necessidade imediata de continuidade do cuidado, confirmada pelo profissional responsável; (Origem: Res. CIT 34/2017, art. 2º, IV, a)

b) Encaminhamento: conclusão do contato assistencial com orientação do profissional responsável para continuidade do cuidado em outro ponto de atenção; (Origem: Res. CIT 34/2017, art. 2º, IV, b)

c) Transferência: conclusão do contato assistencial por necessidade imediata de continuidade do cuidado em outro estabelecimento de saúde, confirmada pelo profissional responsável; (Origem: Res. CIT 34/2017, art. 2º, IV, c)

d) Retorno: conclusão do contato assistencial com orientação do profissional responsável para continuidade do cuidado no mesmo ponto de atenção; (Origem: Res. CIT 34/2017, art. 2º, IV, d)

e) Alta Voluntária: conclusão do contato assistencial por decisão do indivíduo comunicada ao estabelecimento de saúde, sem que o profissional de saúde responsável pela sua assistência confirme a finalização do cuidado; (Origem: Res. CIT 34/2017, art. 2º, IV, e)

f) Ordem Judicial: conclusão do contato assistencial ocorrida quando o estabelecimento de saúde recebe uma ordem do juiz para dar alta ao indivíduo; (Origem: Res. CIT 34/2017, art. 2º, IV, f)

g) Evasão: conclusão do contato assistencial ocorrida quando o indivíduo abandona o estabelecimento de saúde por vontade própria sem solicitação ou condição de saúde que permita sua saída confirmada pelo profissional responsável pela sua assistência; (Origem: Res. CIT 34/2017, art. 2º, IV, g)

h) Óbito: conclusão do contato assistencial em decorrência da morte do indivíduo; (Origem: Res. CIT 34/2017, art. 2º, IV, h)

i) Permanência: conclusão parcial do contato assistencial ocorrida quando o indivíduo permanece em tratamento, mas o estabelecimento de saúde, por qualquer motivo, deseja enviar as informações do contato assistencial; (Origem: Res. CIT 34/2017, art. 2º, IV, i)

V - de Financiamento: (Origem: Res. CIT 34/2017, art. 2º, V)

a) Sistema Único de Saúde (SUS): as ações e serviços de saúde são custeados diretamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em suas três esferas de gestão, nos termos do art. 198 da Constituição Federal de 1988, da Lei nº 8.080/1990 e da Lei Complementar nº 141/2012, bem como as custeadas de forma indireta pelo poder público, através de programas de dedução fiscal, que se revertem em assistência aos usuários do SUS, como os previstos no Programa de Apoio ao Fortalecimento Institucional do SUS (PROADI-SUS), Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica

(Pronon) e Programa Nacional de Apoio à Atenção à Saúde de Pessoa com Deficiência (Pronas/PCD); (Origem: Res. CIT 34/2017, art. 2º, V, a)

b) Particular: as ações e serviços de saúde são custeados diretamente por uma pessoa física ou jurídica; (Origem: Res. CIT 34/2017, art. 2º, V, b)

c) Plano de Saúde Público: as ações e serviços de saúde são custeados por pessoas jurídicas de direito público que operam planos de saúde de caráter público, como os fundos, institutos e fundações de saúde dos servidores públicos e os fundos de saúde das forças armadas e auxiliares; (Origem: Res. CIT 34/2017, art. 2º, V, c)

d) Plano de Saúde Privado: as ações e serviços de saúde são custeadas por pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde regulados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), nos termos da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998; (Origem: Res. CIT 34/2017, art. 2º, V, d)

e) Gratuidade: as ações e serviços de saúde são custeadas pelo próprio estabelecimento, seja para atendimento a uma urgência sem o reembolso ou em caráter de caridade. (Origem: Res. CIT 34/2017, art. 2º, V, e)

Subseção II

Das Etapas de Implantação do Conjunto Mínimo de Dados (CMD)

Art. 93. Na primeira etapa de implantação, serão integradas ao CMD as seguintes informações: (Origem: Res. CIT 6/2016, art. 7º, caput)

I - da esfera pública, as informações provenientes da atenção básica, por meio dos registros existentes dos sistemas de coleta do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab), enviados por meio das aplicações da estratégia e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB); e (Origem: Res. CIT 6/2016, art. 7º, I)

II - da esfera privada, as informações provenientes da Saúde Suplementar, por meio dos registros do Padrão de Troca de Informações da Saúde Suplementar (Padrão Tiss) enviados pelas Operadoras de Planos Privados de Assistência a Saúde à Agência Nacional de Saúde Suplementar. (Origem: Res. CIT 6/2016, art. 7º, II)

Art. 94. Na segunda etapa de implantação serão integradas ao CMD as demais informações da atenção à saúde das esferas pública e privada, que não necessitem de processamento para faturamento e pagamento da produção por procedimentos. (Origem: Res. CIT 6/2016, art. 8º, caput)

Art. 95. Na terceira etapa de implantação serão integradas ao CMD as informações da atenção à saúde da esfera pública, que necessitem de processamento para faturamento e pagamento por produção de procedimentos no âmbito do SUS. (Origem: Res. CIT 6/2016, art. 9º, caput)

Seção III

Dos Modelos de Informação do Sumário de Alta e do Registro de Atendimento Clínico

Art. 96. Ficam instituídos os seguintes documentos clínicos: (Origem: Res. CIT 33/2017, art. 1º, caput)

I - Sumário de Alta; e (Origem: Res. CIT 33/2017, art. 1º, I)

II - Registro de Atendimento Clínico. (Origem: Res. CIT 33/2017, art. 1º, II)

§ 1º Os conteúdos e as estruturas das informações que compõem os referidos documentos clínicos estão descritos nos modelos de informação constantes nos Anexos IX e X. (Origem: Res. CIT 33/2017, art. 1º, § 1º)

§ 2º Sumário de Alta é o relato clínico objetivo sobre as intervenções realizadas, as instruções para continuidade do cuidado pós-alta e o estado de saúde do indivíduo ao final de sua permanência na internação em estabelecimentos de saúde - Anexo IX. (Origem: Res. CIT 33/2017, art. 1º, § 2º)

§ 3º Registro de Atendimento Clínico é o registro de dados essenciais de uma consulta realizada a um indivíduo no âmbito da atenção básica, especializada ou domiciliar (atendimento diário) - Anexo X. (Origem: Res. CIT 33/2017, art. 1º, § 3º)

Art. 97. Os documentos clínicos, definidos no art. 96, compõem o Registro Eletrônico de Saúde (RES) e integram o Sistema Nacional de Informação de Saúde (SNIS). (Origem: Res. CIT 33/2017, art. 2º, caput)

Art. 98. Fica definido que esta norma é de adoção obrigatória em todo o sistema de saúde do país, abrangendo as pessoas físicas ou jurídicas que realizem atenção à saúde nas esferas pública, suplementar e privada. (Origem: Res. CIT 33/2017, art. 3º, caput)

Art. 99. Os documentos clínicos dispostos nesta seção serão compartilhados entre sistemas de prontuários eletrônicos e o barramento de RES Nacional, o qual será objeto de definição futura. (Origem: Res. CIT 33/2017, art. 4º, caput)

Seção IV

Do Prontuário Eletrônico como Modelo de Informação para Registro das Ações de Saúde na Atenção Básica

Art. 100. O registro das informações relativas às ações da atenção básica, preferencialmente, deverá ser realizado por meio de prontuários eletrônicos. (Origem: Res. CIT 7/2016, art. 1º, caput)

Parágrafo Único. Entende-se como prontuário eletrônico um repositório de informação mantida de forma eletrônica, onde todas as informações de saúde, clínicas e administrativas, ao longo da vida de um indivíduo estão armazenadas, e suas características principais são: (Origem: Res. CIT 7/2016, art. 1º, parágrafo único)

I - acesso rápido aos problemas de saúde e intervenções atuais; (Origem: Res. CIT 7/2016, art. 1º, parágrafo único, I)

II - recuperação de informações clínicas; (Origem: Res. CIT 7/2016, art. 1º, parágrafo único, II)

III - sistemas de apoio à decisão; (Origem: Res. CIT 7/2016, art. 1º, parágrafo único, III)

IV - possibilidade de registro da evolução dos problemas do indivíduo orientado por metodologias de registro clínico e codificações padronizadas com a finalidade de permitir a interoperabilidade e troca de informações entre os sistemas de saúde; e (Origem: Res. CIT 7/2016, art. 1º, parágrafo único, IV)

V - outros recursos. (Origem: Res. CIT 7/2016, art. 1º, parágrafo único, V)

Seção V

Do Repositório de Terminologias em Saúde (RTS)

Art. 101. Fica instituído o Repositório de Terminologias em Saúde (RTS). (Origem: Res. CIT 39/2018, art. 1º, caput)

Art. 102. O Repositório de Terminologias em Saúde (RTS) é um ambiente virtual nacional para o gerenciamento e publicização de recursos semânticos e modelos de informação padronizados a serem utilizados no setor saúde. (Origem: Res. CIT 39/2018, art. 2º, caput)

§ 1º O RTS atende os requisitos de padronização e interoperabilidade semântica dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS). (Origem: Res. CIT 39/2018, art. 2º, § 1º)

§ 2º Em sua estrutura o RTS reúne classificações, nomenclaturas, terminologias, modelos de informação e definições comuns a serem utilizadas nos SIS. (Origem: Res. CIT 39/2018, art. 2º, § 2º)

§ 3º O RTS é composto de um ambiente de acesso público, onde todos os recursos semânticos e modelos de informação são publicizados, e um ambiente de acesso restrito, onde o seu conteúdo é gerenciado. (Origem: Res. CIT 39/2018, art. 2º, § 3º)

Art. 103. O RTS disponibilizará os recursos semânticos e modelos de informação válidos periodicamente a serem utilizados nos SIS, mantendo histórico de versionamento permanente. (Origem: Res. CIT 39/2018, art. 3º, caput)

Art. 104. O Repositório de Terminologias em Saúde (RTS), seu conteúdo, estrutura e cronograma de implantação, bem como toda a documentação relacionada estará disponível nos endereços eletrônicos <http://terminologias.saude.gov.br> e <http://rts.saude.gov.br>. (Origem: Res. CIT 39/2018, art. 4º, caput)

Art. 105. Compete à Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, por meio do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC/SAES/MS), a gestão nacional do RTS, conforme atribuição conferida pelo decreto presidencial que estabelece a estrutura regimental do Ministério da Saúde e o disposto nesta Consolidação. (Origem: Res. CIT 39/2018, art. 5º, caput)

Parágrafo Único. A gestão das classificações, nomenclaturas, terminologias, modelos de informação e definições comuns contidas no RTS será objeto de normativas específicas. (Origem: Res. CIT 39/2018, art. 5º, parágrafo único)

Seção VI

Do Envio das Informações Necessárias à Alimentação do Banco de Preços em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal, e Municípios

Art. 106. É obrigatório o envio das informações necessárias à alimentação do Banco de Preços em Saúde (BPS) pela União, estados, Distrito Federal e municípios. (Origem: Res. CIT 18/2017, art. 1º, caput)

Art. 107. Os entes federados, por meio de suas instituições, deverão realizar seu cadastramento e de seus usuários e mantê-los atualizados no sistema BPS. (Origem: Res. CIT 18/2017, art. 2º, caput)

Art. 108. Os entes federados deverão enviar as informações de compras homologadas, por meio da alimentação direta no BPS, via web, importação de planilha eletrônica no sistema e também por meio da interoperabilidade entre seus respectivos sistemas e o Banco de Preços em Saúde (BPS). (Origem: Res. CIT 18/2017, art. 3º, caput)

§ 1º As informações de compras homologadas referidas no caput dizem respeito a informações de aquisições de medicamentos. (Origem: Res. CIT 18/2017, art. 3º, § 1º)

§ 2º Será acordado no âmbito da CIT, o prazo para envio das informações relativas aos produtos para a saúde, tais como: gases medicinais, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME), materiais médicos hospitalares, reagentes para diagnóstico clínico, produtos químicos, materiais odontológicos e de laboratório, devido à complexidade de padronização inerente aos itens. (Origem: Res. CIT 18/2017, art. 3º, § 2º)

Art. 109. Caberá ao Ministério da Saúde a estabilidade e a manutenção do sistema, bem como a inserção e a atualização de itens da base de medicamentos e produtos para a saúde do Catálogo de Materiais (CATMAT) e o desenvolvimento de serviço de Webservice, de forma a permitir as condições necessárias para a alimentação, interoperabilidade e consulta por parte dos usuários. (Origem: Res. CIT 18/2017, art. 4º, caput)

Parágrafo Único. Enquanto a interoperabilidade dos sistemas não estiver assegurada as instituições deverão enviar as informações de compras por meio da alimentação direta no BPS, via web, ou importação de planilha eletrônica no sistema. (Origem: Res. CIT 18/2017, art. 4º, parágrafo único)

Seção VII

Da Internalização do Sistema S-Codes e a Cooperação entre Entes na Gestão dos Impactos da Judicialização da Saúde

Art. 110. Esta seção dispõe sobre a internalização e distribuição do software S-Codes e a cooperação entre entes na gestão dos impactos da judicialização da saúde, a partir da definição de diretrizes e estratégias comuns de atuação para a organização de fluxos, dados, informações e procedimentos. (Origem: Res. CIT 20/2017, art. 1º, caput)

Art. 111. Compete à Secretaria Executiva do Ministério da Saúde definir o responsável para atuar como Área Gestora do S-Codes, visando o alcance dos resultados pretendidos por esta seção, que deverá indicar o Gestor de Negócio (Sistema), o Gestor da Informação e os respectivos substitutos, de modo a interagir com as secretarias finalísticas e com a Consultoria Jurídica (Conjur/MS) para propor ao Departamento de Informática do SUS (DATASUS) os ajustes necessários no S-Codes em termos de funcionalidades, fluxos, processos e rotinas relativos às demandas da judicialização. (Origem: Res. CIT 20/2017, art. 2º, caput)

Art. 112. Compete ao DATASUS, a partir das proposições da Área Gestora do software S-Codes, a execução dos procedimentos de internalização e distribuição do sistema, conforme normas vigentes e competências regimentais, devendo orientar e padronizar as atividades envolvidas no processo de desenvolvimento, evolução e manutenção de sistemas informatizados; o desenvolvimento da arquitetura orientada a serviços (SOA); a integração, reuso e administração de dados; bem como, estabelecer e normatizar o gerenciamento de projetos e processos. (Origem: Res. CIT 20/2017, art. 3º, caput)

Art. 113. Caberá ao Ministério da Saúde apresentar ao Grupo de Trabalho de Gestão e Subgrupo de Informação e Informática da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), proposta de cooperação entre União, estados, Distrito Federal e municípios, que contemple diretrizes e estratégias comuns de atuação para a organização de fluxos, dados, informações e procedimentos referentes à judicialização, bem como plano e cronograma para a internalização e distribuição do sistema S-Codes, respeitadas as normativas aplicáveis. (Origem: Res. CIT 20/2017, art. 4º, caput)

CAPÍTULO II

DAS DIRETRIZES PARA IMPLANTAÇÃO DE NOVOS APLICATIVOS, SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE OU NOVAS VERSÕES DE SISTEMAS E APLICATIVOS

Art. 114. Este capítulo dispõe sobre as regras para implantação de novos aplicativos, sistemas de informação em saúde ou novas versões de sistemas e aplicativos já existentes no âmbito do SUS e que envolvam a sua utilização pelo Ministério da Saúde e secretarias estaduais, do Distrito Federal e municipais de saúde. (Origem: Res. CIT 6/2013, art. 1º, caput)

Art. 115. Todos os sistemas de informação ou aplicativos a serem implantados no SUS ou novas versões de sistemas e aplicativos já existentes terão seus modelos, regras de negócio e cronograma de implantação apreciados no âmbito da Câmara Técnica da Comissão Intergestores Tripartite e pactuados na CIT. (Origem: Res. CIT 6/2013, art. 2º, caput)

Art. 116. A validação e a homologação dos sistemas e aplicativos de que trata este capítulo serão realizadas por equipe técnica composta por representantes indicados pelo Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. (Origem: Res. CIT 6/2013, art. 3º, caput)

Art. 117. Será garantido o acesso automático e integral às informações dos bancos de dados dos sistemas de que trata este capítulo, produzidas no seu território, às secretarias estaduais, do Distrito Federal e municipais de Saúde, em conformidade com os princípios e diretrizes da Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. (Origem: Res. CIT 6/2013, art. 4º, caput)

Art. 118. Será disponibilizado às secretarias de saúde dos estados, do Distrito Federal e municípios o dicionário de dados dos sistemas e aplicativos de que trata este capítulo, em data prévia ao início da operação, de forma a facilitar que aplicativos e sistemas próprios das respectivas unidades federadas sejam integrados ao novo produto. (Origem: Res. CIT 6/2013, art. 5º, caput)

CAPÍTULO III

DO LEVANTAMENTO ENTOMOLÓGICO DE INFESTAÇÃO POR Aedes Aegypti PELOS MUNICÍPIOS

Art. 119. É obrigatório o levantamento entomológico de Infestação por *Aedes aegypti* pelos municípios e o envio da informação para as secretarias estaduais de saúde e destas, para o Ministério da Saúde. (Origem: Res. CIT 12/2017, art. 1º, caput)

Art. 120. Os municípios deverão atender aos seguintes critérios em atendimento ao disposto no art. 119: (Origem: Res. CIT 12/2017, art. 2º, caput)

I - realizar o Levantamento Rápido de Índice de Infestação por *Aedes aegypti* (LIRAA) nos municípios infestados pelo vetor *Aedes aegypti*, com mais de 2.000 imóveis, conforme descrito no manual técnico "Levantamento rápido de índices para *Aedes aegypti* - LIRAA para vigilância entomológica do *Aedes aegypti* no Brasil"; (Origem: Res. CIT 12/2017, art. 2º, I)

II - realizar o Levantamento de Índice Amostral (LIA), nos municípios infestados pelo vetor *Aedes aegypti*, com menos de 2.000 imóveis, conforme descrito nas Diretrizes Nacionais de Prevenção e Controle da Dengue; e (Origem: Res. CIT 12/2017, art. 2º, II)

III - realizar monitoramento por ovitrampa ou larvitrampa ou outra metodologia validada nos municípios não infestados, conforme descrito nas Diretrizes Nacionais de Prevenção e Controle da Dengue. (Origem: Res. CIT 12/2017, art. 2º, III)

Parágrafo Único. Excepcionalmente serão consideradas as metodologias alternativas de levantamento de índices executadas pelos municípios, desde que repassadas às informações para o nível federal na forma estabelecida no art. 121. (Origem: Res. CIT 12/2017, art. 2º, parágrafo único)

Art. 121. As informações geradas após cada levantamento realizado em atendimento aos critérios descritos no art. 120 deverão ser consolidadas pelas secretarias estaduais de saúde e enviadas para o Ministério da Saúde, conforme estabelecido abaixo: (Origem: Res. CIT 12/2017, art. 3º, caput)

I - os resultados do Levantamento Rápido de Índice de Infestação por *Aedes aegypti* (LIRAA), bem como as informações referentes ao art. 120, II deverão ser consolidados pelo instrumento disponibilizado pelo Ministério da Saúde no Sistema unificado LIA/LIRAA. (Origem: Res. CIT 12/2017, art. 3º, I)

II - as informações referentes aos art. 120, III e art. 120, parágrafo único serão encaminhadas em planilha padronizada, conforme modelo constante no Anexo XI. (Origem: Res. CIT 12/2017, art. 3º, II)

§ 1º As informações deverão ser encaminhadas na forma estabelecida acima, até que se concluem as discussões, no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite, do desenvolvimento de sistema de gestão integrada de vigilância entomológica e controle vetorial. (Origem: Res. CIT 12/2017, art. 3º, § 1º)

§ 2º As informações geradas pelo levantamento entomológico de Infestação por *Aedes aegypti* realizado no período entre outubro e 1ª quinzena de novembro, e encaminhadas até a 3ª semana de novembro, serão divulgadas pelo Ministério da Saúde para mobilização e intensificação das ações de prevenção e controle do vetor. (Origem: Res. CIT 12/2017, art. 3º, § 2º)

TÍTULO III DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 122. Ficam revogadas, por consolidação, as seguintes normas:

I - Resolução CIT nº 1, de 29 de setembro de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 07 de dezembro de 2011, p. 40;

II - Resolução CIT nº 3, de 06 de dezembro de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 07 de dezembro de 2011, p. 40;

III - Resolução CIT nº 2, de 06 de dezembro de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 08 de dezembro de 2011, p. 45;

IV - Resolução CIT nº 2, de 17 de janeiro de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 18 de janeiro de 2012, p. 38;

V - Resolução CIT nº 4, de 19 de julho de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 20 de julho de 2012, p. 54;

VI - Resolução CIT nº 1, de 27 de fevereiro de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 28 de fevereiro de 2013, p. 149;

VII - Resolução CIT nº 2, de 27 de fevereiro de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 28 de fevereiro de 2013, p. 149;

VIII - Resolução CIT nº 3, de 28 de fevereiro de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 2, de 04 de março de 2013, p. 45;

IX - Resolução CIT nº 4, de 17 de abril de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 18 de abril de 2013, p. 65;

X - Resolução CIT nº 5, de 19 de junho de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 20 de junho de 2013, p. 63;

XI - Resolução CIT nº 7, de 29 de agosto de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 30 de agosto de 2013, p. 30;

XII - Resolução CIT nº 8, de 29 de agosto de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 30 de agosto de 2013, p. 30;

XIII - Resolução CIT nº 6, de 06 de novembro de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 07 de novembro de 2013, p. 50;

XIV - Resolução CIT nº 10, de 17 de dezembro de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 18 de dezembro de 2013, p. 51;

XV - Resolução CIT nº 1, de 15 de maio de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 16 de maio de 2014, p. 45;

XVI - Resolução CIT nº 2, de 02 de setembro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 03 de setembro de 2014, p. 56;

XVII - Resolução CIT nº 1, de 11 de maio de 2016, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 12 de maio de 2016, p. 135;

XVIII - Resolução CIT nº 2, de 16 de agosto de 2016, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 29 de agosto de 2016, p. 23;

XIX - Resolução CIT nº 3, de 16 de agosto de 2016, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 29 de agosto de 2016, p. 24;

XX - Resolução CIT nº 4, de 16 de agosto de 2016, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 29 de agosto de 2016, p. 24;

XXI - Resolução CIT nº 6, de 25 de agosto de 2016, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 09 de setembro de 2016, p. 29;

XXII - Resolução CIT nº 7, de 24 de novembro de 2016, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 28 de novembro de 2016, p. 108;

XXIII - Resolução CIT nº 9, de 24 de novembro de 2016, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 29 de novembro de 2016, p. 24;

XXIV - Resolução CIT nº 8, de 24 de novembro de 2016, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 12 de dezembro de 2016, p. 95;

XXV - Resolução CIT nº 10, de 08 de dezembro de 2016, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 12 de dezembro de 2016, p. 95;

XXVI - Resolução CIT nº 12, de 26 de janeiro de 2017, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 27 de janeiro de 2017, p. 38;

XXVII - Resolução CIT nº 13, de 23 de fevereiro de 2017, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 01 de março de 2017, p. 54;

XXVIII - Resolução CIT nº 14, de 30 de março de 2017, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 31 de março de 2017, p. 95;

XXIX - Resolução CIT nº 15, de 30 de março de 2017, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 03 de abril de 2017, p. 81;

XXX - Resolução CIT nº 16, de 30 de março de 2017, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 03 de abril de 2017, p. 81;

XXXI - Resolução CIT nº 17, de 25 de maio de 2017, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 26 de maio de 2017, p. 46;

XXXII - Resolução CIT nº 18, de 20 de junho de 2017, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 26 de junho de 2017, p. 30;

XXXIII - Resolução CIT nº 20, de 27 de julho de 2017, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 28 de julho de 2017, p. 58;

XXXIV - Resolução CIT nº 21, de 27 de julho de 2017, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 31 de julho de 2017, p. 245;

XXXV - Resolução CIT nº 23, de 17 de agosto de 2017, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 18 de agosto de 2017, p. 96;

XXXVI - Resolução CIT nº 24, de 17 de agosto de 2017, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 08 de setembro de 2017, p. 704;

XXXVII - Resolução CIT nº 25, de 31 de agosto de 2017, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 05 de outubro de 2017, p. 115;

XXXVIII - Resolução CIT nº 26, de 28 de setembro de 2017, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 27 de outubro de 2017, p. 90;

XXXIX - Resolução CIT nº 27, de 28 de setembro de 2017, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 27 de outubro de 2017, p. 91;

XL - Resolução CIT nº 28, de 27 de julho de 2017, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 27 de outubro de 2017, p. 91;

XLI - Resolução CIT nº 30, de 31 de agosto de 2017, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 30 de outubro de 2017, p. 44;

XLII - Resolução CIT nº 29, de 26 de janeiro de 2017, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 01 de novembro de 2017, p. 56;

XLIII - Resolução CIT nº 31, de 30 de novembro de 2017, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 22 de dezembro de 2017, p. 238;

XLIV - Resolução CIT nº 32, de 14 de dezembro de 2017, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 22 de dezembro de 2017, p. 239;

XLV - Resolução CIT nº 34, de 14 de dezembro de 2017, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 08 de janeiro de 2018, p. 48;

XLVI - Resolução CIT nº 35, de 25 de janeiro de 2018, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 06 de fevereiro de 2018, p. 58;

XLVII - Resolução CIT nº 36, de 25 de janeiro de 2018, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 06 de fevereiro de 2018, p. 59;

XLVIII - Resolução CIT nº 37, de 22 de março de 2018, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 26 de março de 2018, p. 135;

XLIX - Resolução CIT nº 38, de 22 de março de 2018, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 26 de março de 2018, p. 135;

L - Resolução CIT nº 39, de 22 de março de 2018, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 26 de março de 2018, p. 135;

LI - Resolução CIT nº 33, de 26 de outubro de 2017, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 27 de março de 2018, p. 60;

LII - Resolução CIT nº 40, de 28 de junho de 2018, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 13 de julho de 2018, p. 78;

LIII - Resolução CIT nº 41, de 31 de outubro de 2018, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 23 de novembro de 2018, p. 276;

LIV - Resolução CIT nº 42, de 13 de dezembro de 2018, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 28 de dezembro de 2018, p. 416;

LV - Resolução CIT nº 43, de 28 de março de 2019, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 16 de abril de 2019, p. 81;

LVI - Resolução CIT nº 44, de 25 de abril de 2019, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 20 de maio de 2019, p. 114;

LVII - Resolução CIT nº 45, de 25 de julho de 2019, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 23 de agosto de 2019, p. 59; e

LVIII - Resolução CIT nº 46, de 29 de agosto de 2019, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 11 de outubro de 2019, p. 49.

Art. 123. Esta Resolução de Consolidação entra em vigor na data de sua publicação.

MARCELO ANTÔNIO CARTAXO QUEIROGA LOPES
Ministro de Estado da Saúde

CARLOS EDUARDO DE OLIVEIRA LULA
Presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde

WILAMES FREIRE BEZERRA
Presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

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)

Art. 4º O Plenário da CIT é composto pelos seguintes membros natos: (Origem: Res. CIT 1/2016, art. 5º, caput)

I - os titulares das secretarias do Ministério da Saúde; (Origem: Res. CIT 1/2016, art. 5º, I)

II - 7 (sete) membros do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass); e (Origem: Res. CIT 1/2016, art. 5º, II)

III - 7 (sete) membros do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). (Origem: Res. CIT 1/2016, art. 5º, III)

Art. 5º O Plenário será coordenado de forma tripartite, mediante condução conjunta do Ministro de Estado da Saúde, da Presidência do Conass e da Presidência do Conasems. (Origem: Res. CIT 1/2016, art. 6º, caput)

Parágrafo Único. Em caso de ausência do Ministro de Estado da Saúde, este será substituído pelo Secretário Executivo (SE/MS), à qual a CIT está vinculada para efeito do disposto no art. 13 deste anexo. (Origem: Res. CIT 1/2016, art. 6º, parágrafo único)

Art. 6º Os membros natos serão substituídos pelos seus respectivos suplentes institucionais. (Origem: Res. CIT 1/2016, art. 7º, caput)

Parágrafo Único. O Conass e o Conasems indicarão seus representantes titulares e suplentes mediante expediente dirigido à Secretaria Executiva da CIT. (Origem: Res. CIT 1/2016, art. 7º, parágrafo único)

Art. 7º Participarão das reuniões os membros natos da CIT, seus substitutos, representantes de órgãos vinculados ao Ministério da Saúde e convidados, sendo o Conselho Nacional de Saúde convidado permanente. (Origem: Res. CIT 1/2016, art. 8º, caput)

Art. 8º O Plenário da CIT reunir-se-á ordinariamente 1 (uma) vez por mês e, extraordinariamente, em casos de apreciação de matérias urgentes em saúde pública, sendo convocado pela Secretaria Executiva da CIT. (Origem: Res. CIT 1/2016, art. 9º, caput)

Parágrafo Único. O Plenário, em sua última reunião anual, definirá e pactuará o calendário de reuniões ordinárias para o ano seguinte. (Origem: Res. CIT 1/2016, art. 9º, parágrafo único)

Art. 9º A reunião do Plenário da CIT será constituída por: (Origem: Res. CIT 1/2016, art. 10, caput)

I - abertura dos trabalhos; (Origem: Res. CIT 1/2016, art. 10, I)

II - apreciação da pauta; (Origem: Res. CIT 1/2016, art. 10, II)

III - apresentações e discussões; (Origem: Res. CIT 1/2016, art. 10, III)

IV - discussões e pactuações; (Origem: Res. CIT 1/2016, art. 10, IV)

V - informes; e (Origem: Res. CIT 1/2016, art. 10, V)

VI - encerramento. (Origem: Res. CIT 1/2016, art. 10, VI)

§ 1º A apreciação da pauta compreende a apresentação e discussão das matérias e a apreciação e pactuação de propostas. (Origem: Res. CIT 1/2016, art. 10, § 1º)

§ 2º Os temas a serem deliberados e pactuados pelo Plenário deverão ser previamente analisados e fundamentados pela CT-CIT. (Origem: Res. CIT 1/2016, art. 10, § 2º)

§ 3º Por solicitação de qualquer das instituições que compõem a CIT, as matérias classificadas como urgentes serão incluídas e constarão necessariamente de todas as pautas subsequentes, até a sua deliberação e pactuação.

(Origem: Res. CIT 1/2016, art. 10, § 3º)

§ 4º As pactuações do Plenário serão formalizadas por meio de Resoluções publicadas na imprensa oficial da União e no sítio eletrônico da CIT. (Origem: Res. CIT 1/2016, art. 10, § 4º)

Art. 10. A SE-CIT tem por finalidade assessorar a CIT, cabendo-lhe todas as decisões técnica e administrativa, em especial: (Origem: Res. CIT 1/2016, art. 11, caput)

I - providenciar a convocação das reuniões do Plenário e da CT-CIT; (Origem: Res. CIT 1/2016, art. 11, I)

II - organizar e secretariar as reuniões do Plenário da CT-CIT e dos Grupos de Trabalho; (Origem: Res. CIT 1/2016, art. 11, II)

III - elaborar e providenciar a divulgação das decisões do Plenário; (Origem: Res. CIT 1/2016, art. 11, III)

IV - receber, analisar e dar encaminhamento às correspondências dirigidas à CIT; e (Origem: Res. CIT 1/2016, art. 11, IV)

V - praticar as demais atividades técnico-administrativas inerentes às suas atribuições. (Origem: Res. CIT 1/2016, art. 11, V)

Art. 11. O Comitê de Conciliação, composto de forma tripartite, reunir-se-á sempre que necessário por solicitação da Câmara Técnica. (Origem: Res. CIT 1/2016, art. 12, caput)

Parágrafo Único. O regulamento do Comitê de Conciliação será pactuado no Plenário da CIT. (Origem: Res. CIT 1/2016, art. 12, parágrafo único)

Art. 12. A CT-CIT assessora o Plenário, subsidiando tecnicamente as matérias submetidas à deliberação e à pactuação, além de ter as seguintes funções específicas: (Origem: Res. CIT 1/2016, art. 13, caput)

I - coordenar e avaliar as atividades desenvolvidas pelos Grupos de Trabalho; (Origem: Res. CIT 1/2016, art. 13, I)

II - elaborar a pauta das reuniões do Plenário, com antecedência mínima de 1 (uma) semana da reunião seguinte; (Origem: Res. CIT 1/2016, art. 13, II)

III - cumprir e acompanhar as determinações do Plenário; (Origem: Res. CIT 1/2016, art. 13, III)

IV - desenvolver estudos e análises com vistas a assessorar e subsidiar as atividades do Plenário; e (Origem: Res. CIT 1/2016, art. 13, IV)

V - participar das reuniões do Plenário e assessorar os membros da CIT no desenvolvimento dos trabalhos. (Origem: Res. CIT 1/2016, art. 13, V)

§ 1º A CT-CIT será constituída por 2 (dois) representantes do Ministério da Saúde, 2 (dois) do Conass e 2 (dois) do Conasems, indicados mediante expediente à Secretaria Executiva da CIT. (Origem: Res. CIT 1/2016, art. 13, § 1º)

§ 2º A CT-CIT contará com Grupos de Trabalho, permanentes e eventuais, constituídos pelo Plenário. (Origem: Res. CIT 1/2016, art. 13, § 2º)

§ 3º Para os fins do disposto no § 2º, os Grupos de Trabalho, constituídos por técnicos do Ministério da Saúde, do Conass e do Conasems, e acompanhados pela SE-CIT, têm a finalidade de analisar, propor medidas e acompanhar os assuntos, projetos, programas e ferramentas de operacionalização das políticas a serem deliberadas e pactuadas no Plenário. (Origem: Res. CIT 1/2016, art. 13, § 3º)

Art. 13. Compete ao Ministério da Saúde organizar a estrutura técnica, financeira, funcional e administrativa da CIT. (Origem: Res. CIT 1/2016, art. 14, caput)

Parágrafo Único. Na ausência da estrutura formal de que trata o art. 3º deste anexo, o Ministro da Saúde designará o Secretário Executivo da CIT, servidor ocupante de cargo DAS 4 ou superior, com a aprovação prévia do Plenário da CIT. (Origem: Res. CIT 1/2016, art. 14, parágrafo único)

ANEXO II

MUNICÍPIOS QUE NÃO POSSUEM A GESTÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, PARA OS QUAIS AS CIBS DEVEM ENCAMINHAR RESOLUÇÃO DA PACTUAÇÃO DOS RECURSOS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE.

(Origem: Anexo 3 da Res. CIT 4/2012)

Municípios que não possuem a gestão das ações de vigilância em saúde, para os quais as CIBs devem encaminhar Resolução da pactuação dos recursos de Vigilância em Saúde.

Nº	UF	CÓD IBGE	Município
1	AC	120017	Capixaba
2	AC	120020	Cruzeiro do Sul
3	AC	120032	Jordão
4	AC	120080	Porto Acre
5	AC	120039	Porto Walter
6	AC	120042	Rodrigues Alves
7	AC	120050	Sena Madureira
8	AC	120045	Senador Guimard

9	AM	130006	Amaturá
10	AM	130008	Anamá
11	AM	130010	Anori
12	AM	130020	Atalaia do Norte
13	AM	130050	Barreirinha
14	AM	130060	Benjamin Constant
15	AM	130063	Beruri
16	AM	130068	Boa Vista do Ramos
17	AM	130083	Caapiranga
18	AM	130090	Canutama
19	AM	130100	Carauari
20	AM	130115	Careiro da Várzea
21	AM	130130	Codajás
22	AM	130140	Eirunepé
23	AM	130150	Envira
24	AM	130165	Guajará
25	AM	130180	Ipixuna
26	AM	130195	Itamarati
27	AM	130200	Itapiranga
28	AM	130210	Japurá
29	AM	130220	Juruá
30	AM	130230	Jutaí
31	AM	130300	Nhamundá
32	AM	130310	Nova Olinda do Norte
33	AM	130320	Novo Airão
34	AM	130330	Novo Aripuanã
35	AM	130360	Santa Isabel do Rio Negro
36	AM	130370	Santo Antônio do Içá
37	AM	130390	São Paulo de Olivença
38	AM	130395	São Sebastião do Uatumã
39	AM	130400	Silves
40	AM	130423	Tonantins
41	AM	130426	Uarini
42	AM	130430	Urucará
43	AM	130440	Urucurituba
44	MT	510185	Bom Jesus do Araguaia
45	MT	510454	Itanhangá
46	PE	260330	Calçado
47	PE	260545	Fernando de Noronha
48	PE	260915	Manari
49	PE	261030	Paranatama
50	PI	220095	Aroeiras do Itaim
51	PI	220340	Dom Expedito Lopes
52	PI	220672	Nazária
53	RS	430085	Arambaré
54	RS	430110	Arroio dos Ratos
55	RS	430165	Barão
56	RS	430175	Barão do Triunfo
57	RS	430265	Brochier
58	RS	430270	Butiá
59	RS	430350	Camaquã
60	RS	430462	Capão Bonito do Sul
61	RS	430465	Capão do Cipó
62	RS	430468	Capela de Santana

63	RS	430517	Cerro Grande do Sul
64	RS	430535	Charqueadas
65	RS	430543	Chuí
66	RS	430544	Chувиска
67	RS	430650	Dom Feliciano
68	RS	430660	Dom Pedrito
69	RS	430676	Eldorado do Sul
70	RS	430780	Estrela
71	RS	430905	Glorinha
72	RS	430955	Harmonia
73	RS	430710	Herval
74	RS	430965	Hulha Negra
75	RS	431075	Ivorá
76	RS	431087	Jacuizinho
77	RS	431113	Jari
78	RS	431142	Lajeado do Bugre
79	RS	431150	Lavras do Sul
80	RS	431162	Lindolfo Collor
81	RS	431198	Mariana Pimentel
82	RS	431225	Minas do Leão
83	RS	431247	Morro Reuter
84	RS	431303	Nova Esperança do Sul
85	RS	431337	Nova Santa Rita
86	RS	431420	Pedro Osório
87	RS	431480	Portão
88	RS	431514	Presidente Lucena
89	RS	431535	Quinze de Novembro
90	RS	431650	Salvador do Sul
91	RS	431695	Santa Maria do Herval
92	RS	431848	São José do Hortêncio
93	RS	431850	São José do Norte
94	RS	431861	São José do Sul
95	RS	431935	São Pedro da Serra
96	RS	431950	São Sebastião do Caí
97	RS	432035	Sentinela do Sul
98	RS	432055	Sertão Santana
99	RS	432065	Silveira Martins
100	RS	432149	Toropi
101	RS	432200	Triunfo
102	RS	432220	Tupanciretã
103	RS	432225	Tupandi
104	RS	432237	Unistalda
105	RS	432345	Vila Nova do Sul

ANEXO III
RESPONSABILIDADES SANITÁRIAS
(Origem: Anexo 1 da Res. CIT 4/2012)

1. Responsabilidades Gerais da Gestão do SUS

1.1 Municípios

a. Garantir de forma solidária a integralidade da atenção à saúde da sua população, exercendo essa responsabilidade de forma solidária com o estado e com a União;

b. Garantir a integralidade das ações de saúde prestadas de forma interdisciplinar, por meio da abordagem integral e contínua do indivíduo no seu contexto familiar, social e do trabalho; englobando atividades de promoção da saúde, prevenção de riscos, danos e agravos; ações de assistência, assegurando o acesso ao atendimento às urgências;

c. Promover a equidade na atenção à saúde, considerando as diferenças individuais e de grupos populacionais, por meio da adequação da oferta às necessidades como princípio de justiça social, e ampliação do acesso de populações em situação de desigualdade, respeitadas as diversidades locais;

d. Participar do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde, observando os preceitos vigentes (EC 29/2000 e LC 141/2012);

e. Assumir a gestão e executar as ações de atenção básica, incluindo as ações de promoção e proteção, no seu território;

f. Assumir integralmente a gerência de toda a rede pública de serviços de atenção básica, englobando as unidades próprias e as transferidas pelo estado ou pela União;

g. Com apoio dos estados, identificar as necessidades da população do seu território, fazer um reconhecimento das iniquidades, oportunidades e recursos;

h. Desenvolver, a partir da identificação das necessidades, um processo de planejamento, regulação, programação pactuada e integrada da atenção à saúde, monitoramento e avaliação;

i. Formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas diferentes instâncias de pactuação;

j. Organizar o acesso a serviços de saúde resolutivos e de qualidade na atenção básica, viabilizando o planejamento, a programação pactuada e integrada da atenção à saúde e a atenção à saúde no seu território, explicitando a responsabilidade, o compromisso e o vínculo do serviço e equipe de saúde com a população do seu território, desenhando a rede de atenção e promovendo a humanização do atendimento;

k. Organizar e pactuar o acesso a ações e serviços de atenção especializada a partir das necessidades da atenção básica, configurando a rede de atenção, por meio dos processos de integração e articulação dos serviços de atenção básica com os demais níveis do sistema, com base no processo da programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

l. Pactuar e fazer o acompanhamento da referência da atenção que ocorre fora do seu território, em cooperação com o estado, Distrito Federal e com os demais municípios envolvidos no âmbito regional e estadual, conforme a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

m. Garantir estas referências de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde, quando dispõe de serviços de referência intermunicipal;

n. Garantir a estrutura física necessária para a realização das ações de atenção básica, de acordo com as normas técnicas vigentes;

o. Promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob sua responsabilidade, promovendo seu uso racional, observadas as normas vigentes e pactuações estabelecidas;

p. Assumir a gestão e execução das ações de vigilância em saúde realizadas no âmbito local, compreendendo as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;

q. Elaborar, pactuar e implantar a política de promoção da saúde, considerando as diretrizes estabelecidas no âmbito nacional.

1.2 Estados

a. Responder, solidariamente com municípios, Distrito Federal e União, pela integralidade da atenção à saúde da população;

b. Participar do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde, observando os preceitos vigentes (EC 29/2000 e LC 141/2012);

c. Formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas diferentes instâncias de pactuação;

d. Apoiar técnica e financeiramente os municípios, para que estes assumam integralmente sua responsabilidade de gestor da atenção à saúde dos seus municípios;

e. Apoiar técnica, política e financeiramente a gestão da atenção básica nos municípios, considerando os cenários epidemiológicos, as necessidades de saúde e a articulação regional, fazendo um reconhecimento das iniquidades, oportunidades e recursos;

f. Fazer reconhecimento das necessidades da população no âmbito estadual e cooperar técnica e financeiramente com os municípios, para que possam fazer o mesmo nos seus territórios;

g. Desenvolver, a partir da identificação das necessidades, um processo de planejamento, regulação, programação pactuada e integrada da atenção à saúde, monitoramento e avaliação;

h. Coordenar o processo de configuração do desenho da rede de atenção, nas relações intermunicipais, com a participação dos municípios da região;

i. Organizar e pactuar com os municípios, o processo de referência intermunicipal das ações e serviços de média e alta complexidade a partir da atenção básica, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

- j. Realizar o acompanhamento e a avaliação da atenção básica no âmbito do território estadual;
- k. Apoiar técnica e financeiramente os municípios para que garantam a estrutura física necessária para a realização das ações de atenção básica;
- l. Promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob sua responsabilidade, fomentando seu uso racional e observando as normas vigentes e pactuações estabelecidas;
- m. Coordenar e executar as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de média e alta complexidade desta área, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;
- n. Assumir transitoriamente, quando necessário, a execução das ações de vigilância em saúde no município, comprometendo-se em cooperar para que o município assumira, no menor prazo possível, sua responsabilidade;
- o. Executar algumas ações de vigilância em saúde, em caráter permanente, mediante acordo bipartite e conforme normatização específica;
- p. Supervisionar as ações de prevenção e controle da vigilância em saúde, coordenando aquelas que exigem ação articulada e simultânea entre os municípios;
- q. Apoiar técnica e financeiramente os municípios para que executem com qualidade as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;
- r. Elaborar, pactuar e implantar a política de promoção da saúde, considerando as diretrizes estabelecidas no âmbito nacional;
- s. Coordenar, normatizar e gerir os laboratórios de saúde pública;
- t. Assumir a gestão e a gerência de unidades públicas de hemonúcleos / hemocentros e elaborar normas complementares para a organização e funcionamento desta rede de serviço.

1.3 Distrito Federal

- a. Responder, solidariamente com a união, pela integralidade da atenção à saúde da população;
- b. Garantir a integralidade das ações de saúde prestadas de forma interdisciplinar, por meio da abordagem integral e contínua do indivíduo no seu contexto familiar, social e do trabalho; englobando atividades de promoção da saúde, prevenção de riscos, danos e agravos; ações de assistência, assegurando o acesso ao atendimento às urgências;
- c. Promover a equidade na atenção à saúde, considerando as diferenças individuais e de grupos populacionais, por meio da adequação da oferta às necessidades como princípio de justiça social, e ampliação do acesso de populações em situação de desigualdade, respeitadas as diversidades locais;
- d. Participar do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde, observando os preceitos vigentes (EC 29/2000 e LC 141/2012);
- e. Assumir a gestão e executar as ações de atenção básica, incluindo as ações de promoção e proteção, no seu território;
- f. Assumir integralmente a gerência de toda a rede pública de serviços de atenção básica, englobando as unidades próprias e as transferidas pela União;
- g. Garantir a estrutura física necessária para a realização das ações de atenção básica, de acordo com as normas técnicas vigentes;
- h. Realizar o acompanhamento e a avaliação da atenção básica no âmbito do seu território;
- i. Identificar as necessidades da população do seu território, fazer um reconhecimento das iniquidades, oportunidades e recursos;
- j. Desenvolver, a partir da identificação das necessidades, um processo de planejamento, regulação, programação pactuada e integrada da atenção à saúde, monitoramento e avaliação;
- k. Formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas instâncias de pactuação;
- l. Organizar o acesso a serviços de saúde resolutivos e de qualidade na atenção básica, viabilizando o planejamento, a programação pactuada e integrada da atenção à saúde e a atenção à saúde no seu território, explicitando a responsabilidade, o compromisso e o vínculo do serviço e equipe de saúde com a população do seu território, desenhando a rede de atenção e promovendo a humanização do atendimento;
- m. Organizar e pactuar o acesso a ações e serviços de atenção especializada a partir das necessidades da atenção básica, configurando a rede de atenção, por meio dos processos de integração e articulação dos serviços de atenção básica com os demais níveis do sistema, com base no processo da programação pactuada e integrada da atenção à saúde;
- n. Pactuar e fazer o acompanhamento da referência da atenção que ocorre fora do seu território, em cooperação com os estados envolvidos no âmbito regional, conforme a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;
- o. Promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com a união, o acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob sua responsabilidade, fomentando seu uso racional e

observando as normas vigentes e pactuações estabelecidas;

p. Garantir o acesso de serviços de referência de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

q. Elaborar, pactuar e implantar a política de promoção da saúde, considerando as diretrizes estabelecidas no âmbito nacional;

r. Assumir a gestão e execução das ações de vigilância em saúde realizadas no âmbito do seu território, compreendendo as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;

s. Executar e coordenar as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de média e alta complexidade desta área, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;

t. Coordenar, normatizar e gerir os laboratórios de saúde pública;

u. Assumir a gestão e a gerência de unidades públicas de hemonúcleos / hemocentros e elaborar normas complementares para a organização e funcionamento desta rede de serviço.

1.4 União

a. Responder, solidariamente com os municípios, o Distrito Federal e os estados, pela integralidade da atenção à saúde da população;

b. Participar do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde;

c. Formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas diferentes instâncias de pactuação;

d. Apoiar o Distrito Federal, os estados e, conjuntamente com estes, os municípios, para que assumam integralmente as suas responsabilidades de gestores da atenção à saúde;

e. Apoiar financeiramente o Distrito Federal e os municípios, em conjunto com os estados, para que garantam a estrutura física necessária para a realização das ações de atenção básica;

f. Prestar cooperação técnica e financeira aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para o aperfeiçoamento das suas atuações institucionais na gestão da atenção básica;

g. Exercer de forma pactuada as funções de normatização e de coordenação no que se refere à gestão nacional da atenção básica no SUS;

h. Identificar, em articulação com os estados, Distrito Federal e municípios, as necessidades da população para o âmbito nacional, fazendo um reconhecimento das iniquidades, oportunidades e recursos; e cooperar técnica e financeiramente com os gestores, para que façam o mesmo nos seus territórios;

i. Desenvolver, a partir da identificação de necessidades, um processo de planejamento, regulação, programação pactuada e integrada da atenção à saúde, monitoramento e avaliação;

j. Promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos que estejam sob sua responsabilidade, fomentando seu uso racional, observadas as normas vigentes e pactuações estabelecidas;

k. Definir e pactuar as diretrizes para a organização das ações e serviços de média e alta complexidade, a partir da atenção básica;

l. Coordenar e executar as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de média e alta complexidade desta área, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;

m. Coordenar, nacionalmente, as ações de prevenção e controle da vigilância em saúde que exijam ação articulada e simultânea entre os estados, Distrito Federal e municípios;

n. Proceder investigação complementar ou conjunta com os demais gestores do SUS em situação de risco sanitário;

o. Apoiar e coordenar os laboratórios de saúde pública - Rede Nacional de laboratórios de saúde Pública (RNLSP) - nos aspectos relativos à vigilância em saúde;

p. Assumir transitoriamente, quando necessário, a execução das ações de vigilância em saúde nos estados, Distrito Federal e municípios, comprometendo-se em cooperar para que assumam, no menor prazo possível, suas responsabilidades;

q. Apoiar técnica e financeiramente os estados, o Distrito Federal e os municípios para que executem com qualidade as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;

r. Elaborar, pactuar e implementar a política de promoção da saúde.

2. Responsabilidades na Regionalização

2.1 Municípios

a. Contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados;

- b. Participar da constituição da regionalização, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida;
- c. Participar das Comissões Intergestores Regionais (CIR), cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras;
- d. Participar dos projetos prioritários das regiões de saúde, conforme definido no Plano Municipal de Saúde e no planejamento regional integrado;
- e. Executar as ações de referência regional sob sua responsabilidade em conformidade com a programação da saúde pactuada nas Comissões Intergestores.

2.2 Estados

- a. Contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados;
- b. Coordenar a regionalização em seu território, propondo e pactuando diretrizes e normas gerais sobre a regionalização, observando as normas vigentes e pactuações na CIB;
- c. Coordenar o processo de organização, reconhecimento e atualização das regiões de saúde;
- d. Participar da constituição da regionalização, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida;
- e. Apoiar técnica e financeiramente as regiões de saúde, promovendo a equidade interregional;
- f. Participar das Comissões Intergestores Regionais (CIR), cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras;
- g. Participar dos projetos prioritários das regiões de saúde, conforme definido no Plano Estadual de Saúde, e no planejamento regional integrado.

2.3 Distrito Federal

- a. Contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados;
- b. Coordenar o processo de organização, reconhecimento e atualização das regiões de saúde;
- c. Apoiar técnica e financeiramente as regiões de saúde, promovendo a equidade interregional;
- d. Participar dos projetos prioritários das regiões de saúde, conforme definido no Plano Estadual de Saúde, e no planejamento regional;
- e. Propor e pactuar diretrizes e normas gerais sobre a regionalização, observando as normas vigentes, participando da sua constituição, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida.

2.4 União

- a. Contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados;
- b. Coordenar o processo de regionalização no âmbito nacional, propondo e pactuando diretrizes e normas gerais sobre a regionalização, observando as normas vigentes e pactuações na CIT;
- c. Cooperar técnica e financeiramente com as regiões de saúde, por meio dos estados e/ou municípios, priorizando as regiões mais vulneráveis, promovendo a equidade interregional e interestadual;
- d. Apoiar e participar da constituição da regionalização, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida;

3. Responsabilidades no Planejamento e Programação

3.1 Municípios

- a. Formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde, a ser elaborado de forma ascendente, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se a política de saúde com as necessidades de saúde da população e a disponibilidade de recursos, em planos de saúde municipais;
- b. Formular, no Plano Municipal de Saúde, a Política Municipal de Atenção em Saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde; elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do conselho de Saúde correspondente;
- c. Elaborar relatório anual, a ser apresentando e submetido à aprovação do conselho municipal de Saúde, utilizando a ferramenta SARGSUS ou outra que venha substituí-la;
- d. Operar os sistemas de informação referentes à atenção básica, conforme normas do Ministério da Saúde, e alimentar regularmente os bancos de dados nacionais, assumindo a responsabilidade pela gestão, no nível local, dos sistemas de informação: Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação (Sinan), Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc), Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e Cadastro Nacional de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde (CNES), Sistema de Apoio à Elaboração do Relatório Anual de Gestão (SARGSUS); e quando couberem, os sistemas: Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), bem como de outros sistemas que venham a ser introduzidos;

e. Assumir a responsabilidade pela coordenação e execução das atividades de informação, educação e comunicação, no âmbito local;

f. Elaborar a programação da atenção à saúde, incluída a assistência e vigilância em saúde, em conformidade com o Plano Municipal de Saúde, no âmbito da Programação de Saúde pactuada nas Comissões Intergestores;

g. Gerir os sistemas de informação epidemiológica e sanitária, bem como assegurar a divulgação de informações e análises.

3.2 Estados

a. Formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde, a ser elaborado de forma ascendente, ouvidos seus órgão deliberativos, compatibilizando-se a política de saúde com as necessidades de saúde da população e a disponibilidade de recursos, em planos de saúde estaduais;

b. Formular, no Plano Estadual de Saúde, e pactuar no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), a política estadual de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde;

c. Elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do conselho estadual de Saúde;

d. Coordenar, acompanhar e apoiar os municípios na elaboração da programação da saúde, no âmbito estadual, regional e interestadual pactuada nas Comissões Intergestores;

e. Apoiar, acompanhar, consolidar e operar quando couber, no âmbito estadual e regional, a alimentação dos sistemas de informação, conforme normas do Ministério da Saúde;

f. Operar os sistemas de informação epidemiológica e sanitária de sua competência, bem como assegurar a divulgação de informações e análises e apoiar os municípios naqueles sistemas de responsabilidade municipal.

3.3 Distrito Federal

a. Formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo de planejamento e orçamento do SUS, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo o plano de saúde e submetendo-o à aprovação do conselho de Saúde correspondente;

b. Formular, no Plano Estadual de Saúde, a política estadual de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde;

c. Elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do conselho estadual de Saúde;

d. Operar os sistemas de informação epidemiológica e sanitária de sua competência, bem como assegurar a divulgação de informações e análises; Operar os sistemas de informação referentes à atenção básica, conforme normas do Ministério da Saúde, e alimentar regularmente os bancos de dados nacionais, assumindo a responsabilidade pela gestão, no nível local, dos sistemas de informação: Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação (Sinan); Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI); Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc); Sistema de Informação Ambulatorial (SAI); Cadastro Nacional de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde (CNES); Sistema de Informação Hospitalar (SIH); Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Apoio à Elaboração do Relatório Anual de Gestão (SARGSUS), bem como de outros sistemas que venham a ser introduzidos;

e. Assumir a responsabilidade pela coordenação e execução das atividades de informação, educação e comunicação, no âmbito do seu território;

f. Elaborar a programação da saúde, incluída a assistência e vigilância em saúde, em conformidade com o Plano Estadual de Saúde, no âmbito da programação da saúde pactuada nas Comissões Intergestores.

3.4 União

a. Formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde, a ser elaborado de forma ascendente, ouvidos seus órgão deliberativos, compatibilizando-se a política de saúde com as necessidades de saúde da população e a disponibilidade de recursos no plano de saúde nacional;

b. Formular, no plano nacional de saúde, e pactuar no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), a política nacional de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde;

c. Elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho Nacional de Saúde;

d. Formular, pactuar no âmbito da CIT e aprovar no Conselho Nacional de Saúde, a política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas e executá-la, conforme pactuação com estados e municípios. As ações e serviços de saúde voltados para o atendimento das populações indígenas, em todo o território nacional, coletiva ou individualmente, obedecerão ao disposto nas Leis.8.080/1990 e 9.836/1999.

e. Coordenar, acompanhar e apoiar os municípios, os estados e Distrito Federal na elaboração da programação da atenção em saúde, no âmbito nacional;

f. Gerenciar, manter, e elaborar quando necessário, no âmbito nacional, os sistemas de informação, conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas, incluindo aqueles sistemas que garantam a solicitação e autorização de procedimentos, o processamento da produção e preparação para a realização de pagamentos;

g. Gerenciar, manter, e elaborar quando necessário, no âmbito nacional, os sistemas de informação, conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas, incluindo aqueles sistemas que garantam a solicitação e autorização de procedimentos, o processamento da produção e preparação para a realização de pagamentos;

h. Desenvolver e gerenciar sistemas de informação epidemiológica e sanitária, bem como assegurar a divulgação de informações e análises.

4. Responsabilidades na Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria

4.1 Municípios

a. Monitorar e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros provenientes de transferência regular e automática (fundo a fundo) e por convênios;

b. Realizar a identificação dos usuários do SUS, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços;

c. Monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas em seu território, por intermédio de indicadores de desempenho, envolvendo aspectos epidemiológicos e operacionais;

d. Manter atualizado o Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde no seu território, segundo normas do Ministério da Saúde;

e. Adotar protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais e estaduais;

f. Adotar protocolos de regulação de acesso, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais, estaduais e regionais;

g. Controlar a referência a ser realizada em outros municípios, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde, procedendo à solicitação e/ou autorização prévia, quando couber;

h. Definir a programação físico-financeira por estabelecimento de saúde; observar as normas vigentes de solicitação e autorização dos procedimentos hospitalares e ambulatoriais; processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios e contratados e realizar o pagamento dos prestadores de serviços;

i. Operar o complexo regulador dos serviços presentes no seu território, de acordo com a pactuação estabelecida, realizando a cogestão com o estado e outros municípios, das referências intermunicipais;

j. Executar o controle do acesso do seu município aos leitos disponíveis, às consultas, terapias e exames especializados, disponíveis no seu território, que pode ser feito por meio de centrais de regulação;

k. Planejar e executar a regulação médica da atenção pré-hospitalar às urgências, conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas;

l. Elaborar contratos com os prestadores de acordo com a política nacional de contratação de serviços de saúde e em conformidade com o planejamento e a programação da saúde pactuada nas Comissões Intergestores;

m. Monitorar e fiscalizar os contratos e convênios com prestadores contratados e conveniados, bem como das unidades públicas;

n. Monitorar e fiscalizar a execução dos procedimentos realizados em cada estabelecimento por meio das ações de controle e avaliação hospitalar e ambulatorial;

o. Monitorar e fiscalizar o cumprimento dos critérios nacionais, estaduais e municipais de credenciamento de serviços;

p. Implementar a avaliação das ações de saúde nos estabelecimentos de saúde, por meio de análise de dados e indicadores e verificação de padrões de conformidade;

q. Implementar a auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão, tomando como referência as ações previstas no Plano Municipal de Saúde e em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial;

r. Realizar auditoria assistencial da produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão;

s. Elaborar normas técnicas, complementares às das esferas estadual e federal, para o seu território.

4.2 Estados

a. Elaborar as normas técnicas complementares à da esfera federal, para o seu território;

b. Monitorar a aplicação dos recursos financeiros recebidos por meio de transferência regular e automática (fundo a fundo) e por convênios;

c. Monitorar e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros próprios transferidos aos fundos municipais;

d. Monitorar o cumprimento, pelos municípios, dos planos de saúde, dos relatórios de gestão, da operação dos fundos de saúde, indicadores e metas, da constituição dos serviços de regulação, controle avaliação e auditoria e da participação na programação da saúde pactuada nas Comissões Intergestores;

e. Apoiar a identificação dos usuários do SUS no âmbito estadual, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços;

f. Manter atualizado o cadastramento no Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde, bem como coordenar e cooperar com os municípios nesta atividade;

- g. Adotar protocolos clínicos e de regulação de acesso, no âmbito estadual, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais, apoiando os municípios na implementação dos mesmos;
- h. Controlar a referência a ser realizada em outros estados, de acordo com a programação da saúde pactuada nas Comissões Intergestores, procedendo a solicitação e/ou autorização prévia, quando couber;
- i. Operar a central de regulação estadual, para as referências interestaduais pactuadas, em articulação com as centrais de regulação municipais;
- j. Coordenar e apoiar a implementação da regulação da atenção pré-hospitalar às urgências de acordo com a regionalização e conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas;
- k. Estimular e apoiar a implantação dos complexos reguladores municipais;
- l. Participar da cogestão dos complexos reguladores municipais, no que se refere às referências intermunicipais;
- m. Operar os complexos reguladores no que se refere no que se refere à referência intermunicipal, conforme pactuação;
- n. Monitorar a implementação e operacionalização das centrais de regulação;
- o. Cooperar tecnicamente com os municípios para a qualificação das atividades de cadastramento, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços localizados no território municipal e vinculados ao SUS;
- p. Monitorar e fiscalizar contratos e convênios com prestadores contratados e conveniados, bem como das unidades públicas;
- q. Elaborar contratos com os prestadores dos serviços sob sua gestão, de acordo com a política nacional de contratação de serviços de saúde, em conformidade com o planejamento e a programação da atenção;
- r. Credenciar os serviços de acordo com as normas vigentes e com a regionalização e coordenar este processo em relação aos municípios;
- s. Fiscalizar e monitorar o cumprimento dos critérios estaduais e nacionais de credenciamento de serviços pelos prestadores;
- t. Monitorar o cumprimento, pelos municípios, das programações físico-financeiras definidas na programação da saúde pactuada nas Comissões Intergestores;
- u. Fiscalizar e monitorar o cumprimento, pelos municípios, das normas de solicitação e autorização das internações e dos procedimentos ambulatoriais especializados;
- v. Estabelecer e monitorar a programação físico-financeira dos estabelecimentos de saúde sob sua gestão; observar as normas vigentes de solicitação e autorização dos procedimentos hospitalares e ambulatoriais, monitorando e fiscalizando a sua execução por meio de ações de controle, avaliação e auditoria; processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios e contratados e realizar o pagamento dos prestadores de serviços;
- w. Monitorar e avaliar o funcionamento dos Consórcios Intermunicipais de Saúde;
- x. Monitorar e avaliar o desempenho das redes estaduais;
- y. Implementar avaliação das ações de saúde nos estabelecimentos, por meio de análise de dados e indicadores e verificação de padrões de conformidade;
- z. Monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas pelos municípios e pelo gestor estadual;
- aa. Supervisionar a rede de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse da saúde pública;
- bb. Elaborar normas complementares para a avaliação tecnológica em saúde, respeitados os processos de competência da Conitec;
- cc. Avaliar e auditar os sistemas de saúde municipais, conforme regulamentação do SNA;
- dd. Implementar auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, pública e privada, sob sua gestão e em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial;
- ee. Realizar auditoria assistencial da produção de serviços de saúde, públicos e privados e contratados, sob sua gestão.

4.3 Distrito Federal

- a. Elaborar as normas técnicas complementares à da esfera federal, para o seu território;
- b. Monitorar a aplicação dos recursos financeiros recebidos por meio de transferência regular e automática (fundo a fundo) e por convênios;
- c. Realizar a identificação dos usuários do SUS no âmbito do Distrito Federal, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços;
- d. Manter atualizado o cadastramento no Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde no seu território, segundo normas do Ministério da Saúde;

- e. Monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas em seu território, por intermédio de indicadores de desempenho, envolvendo aspectos epidemiológicos e operacionais;
- f. Adotar protocolos clínicos, terapêuticos e de regulação de acesso, no âmbito do Distrito Federal, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais;
- g. Controlar a referência a ser realizada em outros estados, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde, procedendo a solicitação e/ou autorização prévia;
- h. Operar a central de regulação do Distrito Federal, para as referências interestaduais pactuadas, em articulação com as centrais de regulação estaduais e municipais;
- i. Implantar e operar o complexo regulador dos serviços presentes no seu território, de acordo com a pactuação estabelecida;
- j. Coordenar e apoiar a implementação da regulação da atenção pré-hospitalar às urgências de acordo com a regionalização e conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas;
- k. Executar o controle do acesso do seu usuário aos leitos disponíveis, às consultas, terapias e exames especializados, disponíveis no seu território, que pode ser feito por meio de centrais de regulação;
- l. Definir a programação físico-financeira por estabelecimento de saúde; observar as normas vigentes de solicitação e autorização dos procedimentos hospitalares e ambulatoriais; processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios e contratados e realizar o pagamento dos prestadores de serviços;
- m. Monitorar e fiscalizar contratos e convênios com prestadores contratados e conveniados, bem como das unidades públicas;
- n. Elaborar contratos com os prestadores de acordo com a política nacional de contratação de serviços de saúde, em conformidade com o planejamento e a programação da atenção;
- o. Credenciar os serviços de acordo com as normas vigentes e com a regionalização;
- p. Monitorar e avaliar o desempenho das redes de saúde;
- q. Implementar avaliação das ações de saúde nos estabelecimentos, por meio de análise de dados e indicadores e verificação de padrões de conformidade;
- r. Monitorar e fiscalizar a execução dos procedimentos realizados em cada estabelecimento por meio das ações de controle e avaliação hospitalar e ambulatorial;
- s. Supervisionar a rede de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse da saúde pública;
- t. Elaborar normas complementares para a avaliação tecnológica em saúde, respeitados as normas da Conitec;
- u. Implementar auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, pública e privada contratada, em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial.

4.4 União

- a. Cooperar tecnicamente com os estados, o Distrito Federal e os municípios para a qualificação das atividades de cadastramento, contratação, regulação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços vinculados ao SUS;
- b. Monitorar e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros transferidos fundo a fundo e por convênio aos fundos de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios;
- c. Monitorar o cumprimento pelos estados, Distrito Federal e municípios dos planos de saúde, dos relatórios de gestão, da operação dos fundos de saúde, dos pactos de indicadores e metas, da constituição dos serviços de regulação, controle avaliação e auditoria e da realização da programação da saúde pactuada nas Comissões Intergestores;
- d. Coordenar, no âmbito nacional, a estratégia de identificação dos usuários do SUS;
- e. Coordenar e cooperar com os estados, o Distrito Federal e os municípios no processo de cadastramento de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde;
- f. Definir e pactuar a política nacional de contratação de serviços de saúde;
- g. Propor e pactuar os critérios de credenciamento dos serviços de saúde;
- h. Propor e pactuar as normas de solicitação e autorização das internações e dos procedimentos ambulatoriais especializados, de acordo com as Políticas de Atenção Especializada;
- i. Estruturar a política nacional de regulação da atenção à saúde, conforme pactuação na CIT, contemplando apoio financeiro, tecnológico e de educação permanente;
- j. Estimular e apoiar a implantação dos complexos reguladores;
- k. Cooperar na implantação e implementação dos complexos reguladores;
- l. Coordenar e monitorar a implementação e operacionalização das centrais de regulação interestaduais, garantindo o acesso às referências pactuadas;

m. Coordenar a elaboração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, assessorado pela Conitec e apoiar os estados, o Distrito Federal e os municípios na utilização dos mesmos;

n. Coordenar a elaboração de protocolos nacionais de regulação de acesso, apoiando os estados, o Distrito Federal e os municípios na utilização dos mesmos;

o. Acompanhar, monitorar e avaliar a atenção básica, nas demais esferas de gestão, respeitadas as competências estaduais, municipais e do Distrito Federal;

p. Monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas pelos municípios, Distrito Federal, estados e pelo gestor federal, incluindo a permanente avaliação dos sistemas de vigilância epidemiológica e ambiental em saúde;

q. Normatizar, definir fluxos técnico-operacionais e supervisionar a rede de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse em saúde pública;

r. Avaliar o desempenho das redes regionais e de referências interestaduais;

s. Responsabilizar-se pela avaliação tecnológica em saúde, assessorado pela Conitec;

t. avaliar e auditar os sistemas de saúde estaduais e municipais.

5. Responsabilidades na Participação e Controle Social

5.1 Municípios

a. Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS;

b. Prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do conselho municipal de Saúde, que deverá ser organizado em conformidade com a legislação vigente;

c. Organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferências Municipais de Saúde;

d. Estimular o processo de discussão e controle social no espaço regional;

e. Apoiar o processo de educação do conselho de Saúde disponibilizando programa permanente de educação na saúde para qualificar sua atuação na formulação de estratégias e assegurar efetivo controle social da execução da política de saúde;

f. Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral;

g. Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS;

h. Implementar ouvidoria municipal com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme diretrizes nacionais.

5.2 Estados

a. Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS;

b. Prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do conselho estadual de Saúde, que deverá ser organizado em conformidade com a legislação vigente;

c. Organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferências Estaduais de Saúde;

d. Estimular o processo de discussão e controle social no espaço regional;

e. Apoiar o processo de formação dos conselheiros de saúde;

f. Apoiar o processo de educação do conselho de Saúde disponibilizando programa permanente de educação na saúde para qualificar sua atuação na formulação de estratégias e assegurar efetivo controle social da execução da política de saúde;

g. Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral;

h. Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS;

i. Implementar ouvidoria estadual, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme diretrizes nacionais.

5.3 Distrito Federal

a. Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS;

b. Prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do conselho estadual de Saúde, que deverá ser organizado em conformidade com a legislação vigente;

c. Organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferências Estaduais de Saúde;

d. Estimular o processo de discussão e controle social no espaço regional;

e. Apoiar o processo de educação do conselho de Saúde disponibilizando programa permanente de educação na saúde para qualificar sua atuação na formulação de estratégias e assegurar efetivo controle social da execução da

política de saúde;

f. Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral;

g. Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS;

h. Implementar ouvidoria estadual, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme diretrizes nacionais

5.4 União

a. Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS;

b. Prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do Conselho Nacional de Saúde, que deverá ser organizado em conformidade com a legislação vigente;

c. Organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferências Nacionais de Saúde;

d. Apoiar o processo de educação do conselho de Saúde disponibilizando programa permanente de educação na saúde para qualificar sua atuação na formulação de estratégias e assegurar efetivo controle social da execução da política de saúde;

e. Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral;

f. Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS;

g. Apoiar o fortalecimento dos movimentos sociais, aproximando-os da organização das práticas da saúde e com as instâncias de controle social da saúde;

h. Formular e pactuar a política nacional de ouvidoria e implementar o componente nacional, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS.

6. Responsabilidades na Gestão do Trabalho

6.1 Municípios

a. Promover e desenvolver políticas de gestão do trabalho, considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho;

b. Adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde na sua esfera de gestão e de serviços, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, conforme legislação vigente;

c. Estabelecer, sempre que possível, espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores;

d. Desenvolver estudos e propor estratégias e financiamento tripartite com vistas à adoção de política referente aos recursos humanos descentralizados;

e. Considerar as diretrizes nacionais para Planos de Carreiras, Cargos e Salários para o SUS (PCCS/SUS), quando da elaboração, implementação e/ou reformulação de Planos de Cargos e Salários no âmbito da gestão local

f. Implementar e pactuar diretrizes para políticas de educação e gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito municipal, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica.

6.2 Estados

a. Promover e desenvolver políticas de gestão do trabalho, considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho;

b. Desenvolver estudos e propor estratégias e financiamento tripartite com vistas à adoção de política referente aos recursos humanos descentralizados;

c. Promover espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores, no âmbito estadual e regional;

d. Adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde na sua esfera de gestão e de serviços, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, conforme legislação vigente e apoiando técnica e financeiramente os municípios na mesma direção;

e. Considerar as diretrizes nacionais para Planos de Carreiras, Cargos e Salários para o SUS (PCCS/SUS), quando da elaboração, implementação e/ou reformulação de Planos de Cargos e Salários no âmbito da gestão estadual;

f. Propor e pactuar diretrizes para políticas de educação e gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito estadual, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica.

6.3 Distrito Federal

a. Desenvolver estudos quanto às estratégias e financiamento tripartite de política de reposição da força de trabalho descentralizada;

b. Implementar espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores, no âmbito do Distrito Federal e regional;

c. Adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde na sua esfera de gestão e de serviços, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, conforme legislação vigente;

d. Considerar as diretrizes nacionais para Planos de Carreiras, Cargos e Salários para o SUS (PCCS/SUS), quando da elaboração, implementação e/ou reformulação de Planos de Cargos e Salários no âmbito da gestão do Distrito Federal;

e. Propor e pactuar diretrizes para políticas de educação e de gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito do Distrito Federal, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica.

6.4 União

a. Promover, desenvolver e pactuar políticas de gestão do trabalho considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho, apoiando os gestores estaduais e municipais na implementação das mesmas;

b. Desenvolver estudos e propor estratégias e financiamento tripartite com vistas à adoção de políticas referentes à força de trabalho descentralizada;

c. Fortalecer a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS como um espaço de negociação entre trabalhadores e gestores e contribuir para o desenvolvimento de espaços de negociação no âmbito estadual, regional e/ou municipal;

d. Adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde na sua esfera de gestão e de serviços, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, conforme legislação vigente e apoiando técnica e financeiramente os estados e municípios na mesma direção;

e. Formular, propor, pactuar e implementar as Diretrizes Nacionais para Planos de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito do Sistema Único de Saúde (PCCS/SUS);

f. Propor e pactuar diretrizes para políticas de educação e de gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito nacional, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica.

7 Responsabilidades na Educação na Saúde

7.1 Municípios

a. Formular e promover a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma, orientados pela integralidade da atenção à saúde, criando quando for o caso, estruturas de coordenação e de execução da política de formação e desenvolvimento, participando no seu financiamento;

b. Promover diretamente ou em cooperação com o estado, com os municípios da sua região e com a União, processos conjuntos de educação permanente em saúde;

c. Apoiar e promover a aproximação dos movimentos de educação popular em saúde na formação dos profissionais de saúde, em consonância com as necessidades sociais em saúde;

d. Incentivar junto à rede de ensino, no âmbito municipal, a realização de ações educativas e de conhecimento do SUS;

e. Articular e cooperar com a construção e implementação de iniciativas políticas e práticas para a mudança na graduação das profissões de saúde, de acordo com as diretrizes do SUS;

f. Promover e articular junto às Escolas Técnicas de Saúde uma nova orientação para a formação de profissionais técnicos para o SUS, diversificando os campos de aprendizagem.

7.2 Estados

a. Formular, promover e apoiar a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma no âmbito estadual;

b. Promover a integração de todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente, no âmbito da gestão estadual do SUS;

c. Apoiar e fortalecer a articulação com os municípios e entre os mesmos, para os processos de educação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS;

d. Articular o processo de vinculação dos municípios às referências para o seu processo de formação e desenvolvimento;

e. Articular e participar das políticas regulatórias e de indução de mudanças no campo da graduação e da especialização das profissões de saúde;

f. Articular e pactuar com o Sistema Estadual de Educação, processos de formação de acordo com as necessidades do SUS, cooperando com os demais gestores, para processos na mesma direção;

g. Desenvolver ações e estruturas formais de educação técnica em saúde com capacidade de execução descentralizada no âmbito estadual;

7.3 Distrito Federal

a. Formular e promover a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma, orientados pela integralidade da atenção à saúde, criando quando for o caso, estruturas de coordenação e de execução da política de formação e desenvolvimento, participando no seu financiamento;

b. Promover a integração de todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente;

c. Articular e participar das políticas regulatórias e de indução de mudanças no campo da graduação e da especialização das profissões de saúde;

d. Articular e cooperar com a construção e implementação de iniciativas políticas e práticas para a mudança na graduação das profissões de saúde, de acordo com as diretrizes do SUS;

e. Articular e pactuar com o Sistema Estadual de Educação, processos de formação de acordo com as necessidades do SUS, cooperando com os demais gestores, para processos na mesma direção;

f. Desenvolver ações e estruturas formais de educação técnica em saúde com capacidade de execução descentralizada no âmbito do Distrito Federal;

g. Promover e articular junto às Escolas Técnicas de Saúde uma nova orientação para a formação de profissionais técnicos para o SUS, diversificando os campos de aprendizagem;

h. Apoiar e promover a aproximação dos movimentos de educação popular em saúde da formação dos profissionais de saúde, em consonância com as necessidades sociais em saúde;

i. Incentivar, junto à rede de ensino, a realização de ações educativas e de conhecimento do SUS.

7.4 União

a. Formular, promover e pactuar políticas de educação permanente em saúde, apoiando técnica e financeiramente estados e municípios no desenvolvimento das mesmas;

b. Promover a integração de todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente, no âmbito da gestão nacional do SUS;

c. Propor e pactuar políticas regulatórias no campo da graduação e da especialização das profissões de saúde;

d. Articular e propor políticas de indução de mudanças na graduação das profissões de saúde;

e. Propor e pactuar com o sistema federal de educação, processos de formação de acordo com as necessidades do SUS, articulando os demais gestores na mesma direção.

ANEXO IV

APRESENTAÇÃO DE JUSTIFICATIVA PARA A PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTO(S) NÃO PADRONIZADO(S) NO SUS E CENTRALIZAÇÃO DE DADOS

(Origem: Res. CIT 29/2017)

Art. 1º Caberá ao gestor do SUS informar os prescritores sobre os medicamentos padronizados no SUS e garantir a sua disponibilização, respeitada a pactuação de responsabilidades dos entes federados e a complexidade dos serviços. (Origem: Res. CIT 29/2017, art. 1º, caput)

Art. 2º Caberá ao gestor federal do SUS disponibilizar e manter sistema informatizado para receber as informações de formulários para justificativa de prescrição de medicamento não padronizado no SUS no âmbito da União, estados, Distrito Federal e municípios, com o devido compartilhamento de dados e informações entre gestores do SUS; com vistas ao aprimoramento da política pública de saúde, podendo ser utilizado sistema informatizado constante da Seção VII do Capítulo I do Título II. (Origem: Res. CIT 29/2017, art. 2º, caput)

Parágrafo Único. O sistema nacional deve possibilitar a interoperabilidade de dados com os sistemas locais, porventura já existentes ou que venham a ser criados. (Origem: Res. CIT 29/2017, art. 2º, parágrafo único)

Art. 3º O modelo de formulário para justificativa de prescrição de medicamentos não padronizados no SUS, conforme Anexo V, a ser preenchido pelo prescritor, nos casos em que o medicamento: (Origem: Res. CIT 29/2017, art. 3º, caput)

I - não seja padronizado pelo SUS; (Origem: Res. CIT 29/2017, art. 3º, I)

II - seja padronizado, mas contra-indicado ou não possua indicação para o caso, devendo ser acompanhado por exames, quando pertinente, bem como serem relatadas as evidências científicas aplicáveis ao tratamento. (Origem: Res. CIT 29/2017, art. 3º, II)

Parágrafo Único. O formulário para justificativa de prescrição de medicamentos não padronizados no SUS, a ser preenchido pelo prescritor, deverá indicar e justificar, do ponto de vista clínico, o grau de urgência do paciente para receber o medicamento prescrito, bem como que sejam explicitados os benefícios e riscos esperados, com base na melhor literatura científica disponível. (Origem: Res. CIT 29/2017, art. 3º, parágrafo único)

Art. 4º O objetivo do formulário para justificativa de prescrição de medicamentos não padronizados no SUS, a ser preenchido pelos prescritores em fase pré e/ou judicial, é: (Origem: Res. CIT 29/2017, art. 4º, caput)

I - propiciar a implantação de um banco nacional de dados; (Origem: Res. CIT 29/2017, art. 4º, I)

II - a ciência acerca da motivação e características da prescrição de medicamento não padronizado; e (Origem: Res. CIT 29/2017, art. 4º, II)

III - subsidiar a CIT com informações para a definição e priorização de medicamentos a serem avaliados pela Conitec. (Origem: Res. CIT 29/2017, art. 4º, III)

Art. 5º O estabelecimento de fluxo, pelo Ministério da Saúde, secretarias estaduais, do Distrito Federal e municipais de Saúde, para o uso de formulário para a justificativa de prescrição de medicamento não padronizado no SUS, deve dar-se conforme a organização local da gestão, considerada a necessária alimentação de dados em sistema informatizado indicado no art. 2º deste anexo. (Origem: Res. CIT 29/2017, art. 5º, caput)

ANEXO V

JUSTIFICATIVA PARA PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTO NÃO PADRONIZADO NO SUS

(Origem: Anexo 1 da Res. CIT 29/2017)

PREENCHER UM FORMULÁRIO PARA CADA MEDICAMENTO

1-SOBRE O PRESCRITOR

- 1.1 Nome do profissional
1.2 () CRM () CRO Estado

2-SOBRE O PACIENTE

- 2.1 Nome do Paciente
2.2 Data de nascimento do paciente/...../.....

2.3 CPF

2.4 Cartão Nacional de Saúde

2.5 Sexo () Masculino () Feminino

3-SOBRE O ATENDIMENTO

- 3.1 Município Estado
3.2 () Saúde Pública-SUS () Saúde Suplementar () Particular
3.3 () Se Saúde Suplementar. Qual a Operadora?
3.4 Houve tentativa de se obter o medicamento? () No SUS () No Plano/Seguro de Saúde
3.5 Houve negativa escrita () Sim () Não. Se sim, em que data?/...../.....

4-SOBRE A ENFERMIDADE

- 4.1 Enfermidade CID
4.2 Histórico da doença
4.3 Tratamentos já realizados/Resultados

5-SOBRE O MEDICAMENTO SOLICITADO E FORMA DE ADMINISTRAÇÃO

5.1 DCB (Denominação Comum Brasileira) _____ (na ausência nesta, a DCI - Denominação Comum Internacional.)

5.2 Forma farmacêutica

5.3 Dose

5.4 Forma de administração

5.5 Duração do tratamento

- 5.6 O medicamento prescrito está Registrado na Anvisa () Sim () Não
5.7 Tem Registro em país estrangeiro () Sim () Não. Se sim, qual país?
5.8 Trata-se de prescrição com indicação não incluída na bula (uso off label)? () Sim () Não
5.9 Existe medicamento com atividade terapêutica similar oferecido pelo SUS? () Sim () Não. Se sim, qual?

6-SOBRE O MOTIVO PARA A PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTO NÃO PADRONIZADO

- 6.1 Marque a alternativa que se aplica ao caso
() É o único tratamento existente
() as opções existentes no SUS foram usadas e não foram eficazes

() as opções disponíveis no SUS são contraindicadas. Por quê?

() Outro motivo Especificar

7-SOBRE A NECESSIDADE DO TRATAMENTO

7.1 É urgente () Sim () Não. Se sim, por quê?

7.2 É imprescindível () Sim () Não. Se sim, por quê?

8-SOBRE OS BENEFÍCIOS E RISCOS ESPERADOS COM O USO DO MEDICAMENTO

8.1 Descrever os benefícios esperados e os critérios ou parâmetros que serão utilizados para o acompanhamento da resposta terapêutica

8.2 Descrever os efeitos adversos esperados com o uso do medicamento e os meios a serem empregados para redução dos mesmos

9-SOBRE AS CONSEQUÊNCIAS DA NÃO UTILIZAÇÃO DO MEDICAMENTO

9.1 Descrever.

9.2 A utilização correta do medicamento:

Eliminará o risco dessas consequências? () Sim () Não

Justificar

Reduzirá esse risco? () Sim () Não

Justificar

DECLARO QUE AS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS SÃO VERDADEIRAS.

ESTABELECIMENTO DE SAÚDE _____

CIDADE/ESTADO : _____

DATA : ____ / ____ / ____

ASSINATURA

ANEXO VI

DIRETRIZES E ESTRATÉGIAS PARA ELABORAÇÃO DO PLANO DE ENFRENTAMENTO DA MORTALIDADE MATERNA E NA INFÂNCIA

(Origem: Anexo 1 da Res. CIT 42/2018)

DIRETRIZ 1. Saúde Materna e Infantil na Rede de Atenção à Saúde.

ESTRATÉGIAS:

1.1. Revisar as normativas da Rede Cegonha com vistas a atualizar o marco legal da atenção obstétrica e atenção à saúde da criança até 2 anos de vida (primeiros 1.000 dias de vida) no SUS, incluindo os parâmetros e financiamento para maternidades de risco habitual, parâmetros e critérios para pré-natal de alto risco e ações para a qualificação do atendimento às urgências e emergências obstétricas e neonatais;

1.2. Revisar as normativas relacionadas à assistência hospitalar à criança com o objetivo de atualizar parâmetros e formas de financiamento de leitos neonatais e pediátricos;

1.3. Atualizar Mapa de Vinculação e criar acompanhamento sistemático on-line do Mapa de Vinculação da Rede Cegonha (Linha de Cuidado à Saúde Materna e Infantil na RAS) para atenção ao baixo e alto risco com a definição dos pontos de atenção previstos, incluindo a ampliação da oferta de serviços especializados e para o atendimento humanizado ao abortamento;

1.4. Contemplar pactuações interregionais que estabeleçam estratégias de referência para a população residente em municípios com vazios assistenciais;

1.5. Realizar a avaliação da Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil;

1.6. Disseminação e fomento do modelo de atenção ao parto e nascimento baseado nas evidências científicas e garantia de direitos da gestante e do recém nascido;

1.7. Fomento e ampliação da assistência ao parto e nascimento por equipe multiprofissional, incluindo a assistência direta do parto de baixo risco pelo enfermeiro obstétrico ou obstetrix;

1.8. Investimento no transporte sanitário na Rede de Atenção à Saúde;

1.9. Desenvolver modelo avaliativo da Rede Cegonha;

1.10. Rediscutir o papel dos Hospitais de Pequeno Porte na Rede de Atenção à Saúde, no âmbito da Saúde Materna e Infantil;

1.11. Fortalecer a articulação entre Atenção Básica e os outros pontos da rede de atenção para o acompanhamento das gestantes, puérperas e mulheres em situação de risco reprodutivo;

1.12. Disseminação e fomento das diretrizes de contratualização na Rede de Atenção à Saúde;

1.13. Disseminação e fomento da regulação na Rede de Atenção à Saúde; e

1.14. Disseminação, fomento e qualificação do Sistema de Apoio Diagnóstico, Terapêutico e assistência farmacêutica na Rede de Atenção à Saúde.

DIRETRIZ 2. Vigilância em Saúde: Sistemas de Informação em Saúde e Comunicação.

ESTRATÉGIAS:

2.1. Contribuir de forma transversal na formulação e acompanhamento de todas as diretrizes do plano de enfrentamento da Mortalidade Materna e na Infância, considerando etapas de diagnóstico, monitoramento e avaliação de impacto das ações desenvolvidas no âmbito da gestão do cuidado, com base em fundamentos epidemiológicos;

2.2. Fortalecer os Comitês de Prevenção da Morte Materna e Comitês de Prevenção da Mortalidade Infantil, integrados aos Grupos Técnicos de Vigilância do Óbito (arts. 396 a 418, da Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017);

2.3. Avaliar modelos de notificação/acompanhamento de Near Miss na perspectiva de implantar estratégia nacional com enfoque na "segurança do paciente";

2.4. Fortalecer o diagnóstico, atenção e vigilância das anomalias congênitas e a triagem neonatal de modo a promover tratamento oportuno e alta qualificada;

2.5. Inserir informe permanente em todas as reuniões da Comissão Intergestora Tripartite (CIT) sobre o monitoramento do número de óbitos maternos e número de óbitos infantis, por estado/Região de Saúde/município, para acompanhamento do plano de enfrentamento da Mortalidade Materna e na Infância e visando o alinhamento com os ODS;

2.6. Incluir a saúde ambiental na discussão da Mortalidade Infantil nos territórios para fortalecer o monitoramento e avaliação da qualidade da água para consumo humano/qualificar a análise dos dados existentes;

2.7. Ampliar a cobertura de vacinas de gestantes e crianças no âmbito da Atenção Básica;

2.8. Disseminar painéis já existentes de monitoramento de indicadores sobre a Mortalidade Materna e na Infância com informação oportuna;

2.9. Potencializar a ampliação dos painéis de monitoramento e avaliação de impacto do plano de enfrentamento da Mortalidade Materna e na Infância com produção de informação e análises para ajustes do plano durante sua implementação, a partir da organização e manutenção de Big Data e outras técnicas de gestão e processamento dos dados oriundos de diversas fontes disponíveis;

2.10. Realizar campanhas sistemáticas sobre o parto normal e estimular profissionais de saúde e população a monitorar painéis de excesso de cesáreas (grupos de Robson);

2.11. Configurar painel de monitoramento de nascidos vivos, com indicadores de vulnerabilidade para Mortalidade Infantil, a partir do SIM e do Sinasc, para incentivar a atuação oportuna em estados e municípios;

2.12. Apoiar tecnicamente a construção de painéis para o monitoramento dos indicadores de acesso e cuidado às mulheres e crianças por estados e municípios;

2.13. Definir um plano estratégico de comunicação para a vigilância em saúde, voltado para gestores, profissionais de saúde e para a sociedade incluindo formação para o uso dos painéis on-line de indicadores de Mortalidade Materna, Mortalidade na Infância e excesso de cesáreas;

2.14. Aprimorar os sistemas de informação para promover a comunicação qualificada entre os pontos de atenção com vistas a integralidade do cuidado na atenção à Saúde Materna e Infantil;

2.15. Ampliar as estratégias de comunicação, tais como: Utilização do Telessaúde, telemedicina para qualificação da atenção ao pré-natal, parto, nascimento, puerpério, incluindo o diagnóstico de anomalias congênitas, e seguimento da criança na Rede de Atenção à Saúde;

2.16. Intensificar as estratégias de comunicação para integração das ações de assistência e vigilância em saúde na atenção à Saúde Materna e Infantil; e

2.17. Desenvolver campanhas com foco na população para fortalecimento da autonomia e compromisso com os direitos sexuais e direitos reprodutivos das mulheres e homens em todo o seu ciclo de vida.

DIRETRIZ 3. Gestão do Cuidado.

ESTRATÉGIAS:

3.1. Apoiar os municípios para promover a ampliação da cobertura da Atenção Básica, especialmente naqueles que apresentam maiores taxas de Mortalidade Materna e Infantil;

3.2. Revisar o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) e o PQA-VS para maior integração entre eles;

3.3. Fomentar o planejamento das ações de atenção à saúde da materno e infantil no território, a partir de indicadores, cartografia e especificidades locais, com garantia de longitudinalidade do cuidado e ordenação da Rede de

Atenção em Saúde;

3.4. Qualificação do acesso aos serviços e do processo de trabalho das equipes na Atenção Básica, visando a melhoria do cuidado no pré-natal, puerpério, 1ª consulta do recém-nascido até a primeira semana de vida, puericultura e urgência e emergência na Atenção Básica;

3.5. Promover assistência qualificada, com abordagem diferenciada, para adolescentes na faixa etária de 10 a 14 anos em relação: ao maior número de consultas; à adaptação da prescrição (linguagem de fácil compreensão); ao ganho ponderal; às questões éticas, legais e hábitos de vida;

3.6. Rastreamento das gestantes entre 10 e 14 anos das principais comorbidades: doenças hipertensivas específicas da gravidez; anemia; infecções e prematuridade;

3.7. Promover o trabalho em rede na promoção da saúde com ações de educação em saúde sexual e saúde reprodutiva, com atendimento diferenciado através de equipe interdisciplinar incluindo a atenção para população adolescente sob a perspectiva da proteção, da condição peculiar de pessoa em desenvolvimento, a fim de efetivar a autonomia e o vínculo junto aos serviços de saúde;

3.8. Apoiar o estabelecimento de identificação periódica de mulheres em idade fértil com risco reprodutivo no território e a garantia do acesso às ações de Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva, incluindo a oferta de métodos contraceptivos de longa duração e anticoncepção de emergência;

3.9. Priorizar a atenção em Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva para a população adolescente, por meio da elaboração de protocolos, rotinas e fluxos para as ações relacionadas ao planejamento reprodutivo de adolescentes, incluindo o componente educativo sistemático, com enfoque de gênero, dos direitos sexuais e direitos reprodutivos e da corresponsabilidade masculina nos eventos sexuais e reprodutivos, respeitando a diversidade sexual;

3.10. Ampliar o acesso às testagens rápidas de gravidez, sífilis, HIV e hepatites virais com ações estratégicas para tratamento e acompanhamento do cuidado na Atenção Básica, em todos os territórios, incluindo a população adolescente;

3.11. Qualificar a programação ascendente de métodos contraceptivos e induzir ações articuladas entre assistência farmacêutica e coordenações de saúde das mulheres;

3.12. Fortalecer a adesão ao Pré-Natal do Parceiro e identificação de localidades com necessidade de capacitar as equipes, em especial os ACS;

3.13. Apoiar as gestões municipal e estadual para o monitoramento da solicitação e realização do exame de Eletroforese de Hemoglobina, com vistas a identificar localidade com baixa cobertura de execução do exame;

3.14. Definir estratégias para o manejo das gestantes adolescentes sobre os benefícios do parto fisiológico, ajudando a diminuir sua ansiedade, insegurança, angústia, medo da dor na hora do parto; e esclarecer em que situações é necessário o parto cesariano, uma vez que a sua condição de adolescente, por si só, não justifica a indicação desse procedimento;

3.15. Definir estratégias para os casos onde houve abortamento espontâneo de adolescente para o cuidado da sua saúde reprodutiva, como o intervalo intergestacional e a detecção e tratamento da causa do abortamento;

3.16. Adotar medidas e procedimentos benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas não beneficiam a mulher nem o recém-nascido, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos;

3.17. Sensibilizar profissionais sobre a alta responsável no intuito de reestabelecer o fluxo do cuidado e da vinculação à unidade de atenção básica como medida de redução de complicações puerperais em adolescentes e da Mortalidade Materno Infantil;

3.18. Elaboração de um plano diretor de investimento para adequação da ambiência nas maternidades;

3.19. Fortalecer os espaços de discussão (grupos condutores, fóruns, comitês, etc.) visando à redução da fragmentação da rede assistencial, buscando a garantia do cuidado integral;

3.20. Implementar a estratégia "Parto Cuidadoso" para fortalecer o monitoramento da atenção ao parto e nascimento a fim de reduzir à cesárea desnecessária, e oferecer a melhor assistência obstétrica possível, inclusive a cesárea, quando houver indicação, onde possa estar havendo oferta insuficiente;

3.21. Definir estratégias para garantir a assistência ao trabalho de parto e nascimento por equipe multiprofissional com ampliação da assistência direta ao parto de baixo risco pelo Enfermeiro Obstétrico;

3.22. Monitoramento dos leitos neonatais com garantia da efetiva utilização dos critérios de elegibilidade para internação dos recém-nascidos graves ou potencialmente graves na tipologia de leito mais adequada (UTIN, UCINCo e UCINCa) à condição clínica do recém-nascido;

3.23. Desenvolvimento de ações para o fortalecimento e resolutividade dos atendimentos de urgência e emergência na infância;

3.24. Promover a adoção de normativas atualizadas/revisadas de classificação de risco e assistência ao pré-natal, parto e nascimento, puerpério e abortamento, baseadas em evidências científicas e voltadas à realidade assistencial e epidemiológica do território;

3.25. Qualificar o seguimento da criança que nasce prematura, com má formação ou suspeita de síndromes congênitas (Follow-up) em articulação com a política da pessoa com deficiência;

3.26. Repactuação Bipartite (CIB) do compromisso do monitoramento e avaliação contínua das ações de qualificação dos serviços para a promoção do aleitamento materno e boas práticas de atenção ao parto, nascimento e recém-nascido;

3.27. Qualificar os atendimentos de puericultura, com atenção para ações de crescimento e desenvolvimento infantil, aleitamento materno e práticas alimentares adequadas e saudáveis;

3.28. Intensificar o acesso à Atenção Básica às famílias em situação de maior vulnerabilidade social por meio do acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família e ampliar a oferta dos programas nacionais de combate às carências nutricionais específicas em gestantes e crianças;

3.29. Promover a expansão da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil;

3.30. Ampliar a atuação das equipes das maternidades para a assistência humanizada ao abortamento e interrupção da gravidez prevista em lei; e

3.31. Estimular a ampliação de serviços de referência para interrupção da gravidez prevista em lei e sua articulação com os outros pontos da rede de atenção à saúde das mulheres.

DIRETRIZ 4. Educação Permanente em Saúde.

ESTRATÉGIAS:

4.1. Recomendar aos responsáveis pela elaboração dos Planos Estaduais de Educação Permanente na Saúde (Peeps), tendo por base o Objetivo 3 "Saúde e Bem estar" dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), e suas respectivas metas de redução da Mortalidade Materna e na Infância, que seja priorizada a temática, atenção integral à saúde materna e infantil;

4.2. Apoiar as ações de divulgação do Manual de Acolhimento e Classificação de Risco (ACR) em Obstetrícia e a metodologia de oficinas para sua implementação, elaborado pela Coordenação Geral da Saúde das Mulheres do Dapes/SAPS/MS;

4.3. Implementar ações educativas para a qualificação de trabalhadores e profissionais da Atenção Básica, demandadas pelas áreas técnicas do Ministério da Saúde;

4.4. Apoiar a qualificação de trabalhadores e profissionais das maternidades de referência regional em ações educativas, demandadas pelas áreas técnicas do Ministério da Saúde; e

4.5. Participar junto a Comissão Intersetorial de Recursos Humanos do Conselho Nacional de Saúde (CIRHRT/CNS) das discussões para aprovação das DCN dos cursos da área da saúde, recomendando que as mesmas contemplem os conteúdos pertinentes aos temas Morte Materna e Morte na Infância, como pactuado no plano em CIT.

DIRETRIZ 5. Governança do plano de enfrentamento da Mortalidade Materna e na Infância.

ESTRATÉGIAS:

5.1. Resolução CIT da governança do plano de enfrentamento da Mortalidade Materna e na Infância com definição das atribuições, cronograma e ações de Monitoramento e Avaliação (M&A) do plano publicada com abrangência nacional, estadual e regional;

5.2. Realização de Reuniões nas cinco macrorregionais do Brasil de apoio à elaboração e monitoramento e avaliação dos planos estaduais;

5.3. Pactuação Bipartite (CIB) do compromisso de implementação, monitoramento e avaliação contínua do Plano Estadual de Enfrentamento da Morte Materna e Morte na Infância realizada;

5.4. Definição de estratégias para articulação e integração dos projetos afins para a redução da Mortalidade Materna e Infantil divulgada e contemplada no plano estadual;

5.5. Implementação da agenda de trabalho para cooperação técnica tripartite para os 10 estados com maior Mortalidade Materna e Infantil regionalmente identificados;

5.6. Monitoramento e avaliação anual do Plano de Enfrentamento da Mortalidade Materna e na Infância;

5.7. Painel de monitoramento do plano nacional e estadual elaborado e disponibilizado no site do MS para acompanhamento das ações pactuadas, disseminação das estratégias implementadas e dos resultados encontrados; e

5.8. Divulgação das ações desenvolvidas por Unidades da Federação e nacionalmente.

ANEXO VII

MODELO DE INFORMAÇÃO DO CONJUNTO MÍNIMO DE DADOS (Origem: Anexo 1 da Res. CIT 6/2016)

Modelo de informação do Conjunto Mínimo de Dados

A Tabela abaixo apresenta os elementos que compõem o modelo de informação do conjunto mínimo de dados da atenção à saúde.

O método que descreve o modelo é o seguinte:

coluna 1 - Item/Nível - descreve o nível do elemento no modelo de informação;

coluna 2 - Ocorrência - descreve o número de vezes que o elemento deve/pode aparecer, onde:

[0..1] - indica que o elemento não é obrigatório e, se ocorrer, só deve aparecer uma vez;

[1..1] - indica que o elemento deve estar presente pelo menos uma vez;

[0..n] - indica que o elemento pode ocorrer várias vezes;

[1..n] - indica que o elemento deve aparecer uma vez e pode ocorrer várias vezes.

Item/Nível	Ocorrência	Modelo de Informação	Tipo de Dados
1	[1..1]	Identificação do indivíduo	
2	[0..1]	Número do CNS	CNS com dígito verificador válido.
2	[0..1]	Justificativa da ausência do CNS	Texto Codificado: Pacientes acidentados graves; Pacientes psiquiátricos encontrados em vias públicas; Pacientes com problemas neurológicos graves ou comatosos; Pacientes incapacitados por motivos sociais e/ou culturais; Doador de Órgãos Falecido.
2	[0..1]	Nome completo	Sequência de caracteres alfanuméricos.
2	[0..1]	Nome completo da mãe	Sequência de caracteres alfanuméricos.
2	[1..1]	Sexo	Texto Codificado: Masculino; Feminino; Ignorado.
2	[0..1]	Raça/Cor	Texto Codificado conforme IBGE: Branca; Preta; Parda; Amarela; Indígena; Sem Informação.
2	[1..1]	Data de nascimento	Data, conforme ISO 8601.
2	[0..1]	País de Nascimento	Texto Codificado conforme CAD SUS.
2	[0..1]	Município de Nascimento	Texto Codificado conforme IBGE.
2	[0..1]	País de Residência	Texto Codificado conforme CAD SUS.
2	[0..1]	Município de Residência	Texto Codificado conforme IBGE.
2	[0..1]	CEP de Residência	Texto Codificado conforme Correios.
1	[1..1]	Informações do Contato Assistencial	
2	[1..1]	Identificação do Estabelecimento de Saúde	Número de CNES válido de um estabelecimento de saúde.
2	[1..1]	Dados de Admissão	
3	[1..1]	Data de Admissão	Data, conforme ISO 8601.
3	[1..1]	Procedência	Texto Codificado: Iniciativa do Paciente ou Terceiros; Retorno; Atenção Básica; Atenção Domiciliar; Ambulatorial Especializado; Atenção Psicossocial; Atenção à Urgência e Emergência; Atenção Hospitalar; Internação Psiquiátrica; Pré-Hospitalar Móvel de Urgência; Ordem Judicial.
3	[1..1]	Modalidade Assistencial	Texto Codificado: Atenção Básica; Ambulatorial Especializado; Atenção Hospitalar; Atenção Intermediária; Atenção Domiciliar; Atenção Psicossocial; Atenção à Urgência e Emergência.
3	[1..1]	Caráter do Atendimento	Texto Codificado: Eletivo; Urgência.
2	[1..1]	Dados do Desfecho	
3	[1..1]	Desfecho	Texto Codificado: Alta Clínica; Alta voluntária; Ordem Judicial; Evasão; Óbito; Transferência; Retorno; Permanência, Encaminhamento.
3	[0..1]	Data de Desfecho	Data, conforme ISO 8601.
1	[1..1]	Problemas/Diagnósticos Avaliados	
2	[1..N]	Terminologia que descreve o problema/diagnóstico	Texto codificado conforme OID:2.16.840.1.113883.6.3 (CID-10); 2.16.840.1.113883.6.139 (Ciap2).
3	[1..1]	Versão da terminologia	YYYYMMDD
4	[1..N]	Problema/Diagnóstico	Texto codificado conforme terminologia externa.
5	[1..1]	Indicador de Presença na Admissão	Texto Codificado: Sim; Não; Desconhecido.
5	[1..1]	Diagnóstico Principal	Texto Codificado: Sim; Não.
1	[1..1]	Procedimentos	
2	[1..N]	Financiamento	Texto Codificado: SUS; Particular, Plano de Saúde Público; Plano de Saúde Privado e Gratuidade.
3	[1..N]	Terminologia que descreve o procedimento realizado	Texto codificado conforme OIDCBHPM: 2.16.840.1.113883.2.21.1.123; Tuss: 2.16.840.1.113883.2.21.1.122; Tabela SUS: 2.16.840.1.113883.2.21.1.121.
4	[1..1]	Versão da Terminologia	Formato YYYYMMDDL.
5	[1..N]	Código do Procedimento Realizado	Texto Codificado conforme terminologia externa.
6	[1..1]	Quantidade	Quantidade de procedimentos realizados em formato numérico.
6	[1..1]	Data de Realização	Data, conforme ISO 8601.
6	[0..1]	Número de Autorização	Sequência de caracteres numéricos.
6	[1..N]	Ocupação Profissional	Texto codificado conforme a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO).
7	[0..1]	CNS do Profissional	Número de CNS com dígito verificador válido.
8	[0..1]	Estabelecimento Terceiro	Número de CNES válido de um estabelecimento de saúde.
8	[0..1]	Identificador Nacional de Equipe	Número de Identificador Nacional de Equipe (INE) válido.

ANEXO VIII
MODELO DE INFORMAÇÃO DO CONJUNTO MÍNIMO DE DADOS
(Origem: Anexo 1 da Res. CIT 34/2017)

A Tabela abaixo apresenta os elementos que compõem o modelo de informação do Conjunto Mínimo de Dados da Atenção à Saúde.

O método que descreve o modelo é o seguinte:

Coluna 1 (Nível): indica a relação de dependência do elemento aos demais. Um número maior significa que aquele item depende ou está subordinado ao de número menor e anterior a ele no modelo.

Coluna 2 (Ocorrência): demonstra a obrigatoriedade e a quantidade de ocorrências do elemento.

[0..] - indica que o elemento é opcional.

[1..] - indica que o elemento é obrigatório.

[..1] - indica que o elemento só pode ocorrer uma única vez.

[..N] - indica que o elemento pode ocorrer várias vezes.

Coluna 3 (Seção/Item): descrição do elemento ou de um agrupador de elementos (seção).

Coluna 4 (Tipo de Dados): demonstra a forma de representar o elemento.

Coluna 5 (Conceito/Observações): conceitua ou esclarece a forma de utilizar o elemento.

Nível	Ocorrência	Seção/Item	Tipo de Dados	Conceito/Observações
1	[1..1]	Identificação do Indivíduo		Indivíduo: pessoa que recebe o atendimento registrado no contato assistencial. Todos os campos são de preenchimento obrigatório, exceto se o indivíduo não puder ser identificado durante o contato assistencial, sendo preenchida a justificativa da ausência do Cartão Nacional de Saúde (CNS).
2	[0..1]	Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Número do CNS	Identificação unívoca dos usuários das ações e serviços de saúde, com atribuição de um número único válido em todo o território nacional.(arts. 255 a 289, da Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017)
2	[0..1]	Justificativa da impossibilidade de identificação do Indivíduo	Texto codificado: Indivíduo acidentado grave; Indivíduo psiquiátrico encontrado em via pública; Indivíduo com problema neurológico grave ou comatoso; Indivíduo incapacitado por motivos sociais e/ou culturais; Indivíduo doador de órgãos falecido	Razão pela qual não foi possível obter os dados de identificação do indivíduo no contato assistencial. (PRT. nº 84/SAS/MS/1997 e POC nº 02/SAS/SGEP/MS/2012)
2	[0..1]	Nome completo	Caracteres alfanuméricos	
2	[0..1]	Nome completo da mãe	Caracteres alfanuméricos	
2	[1..1]	Sexo	Texto codificado: Masculino; Feminino; Ignorado	
2	[0..1]	Raça/Cor	Texto codificado conforme IBGE: Branca; Preta; Parda; Amarela; Indígena; Sem Informação	Característica declarada pelas pessoas. (IBGE)
2	[1..1]	Data de nascimento	Data conforme ISO 8601	Estima-se e informa-se apenas o ano de nascimento para contatos assistenciais de indivíduos sem identificação.
2	[0..1]	País de nascimento	Texto codificado conforme CNS	O CNS utiliza os mesmos códigos do IBGE.
2	[0..1]	Município de nascimento	Texto codificado conforme IBGE	Preenchido somente se o país de nascimento for o Brasil.
2	[0..1]	País de residência	Texto codificado conforme CNS	O CNS utiliza os mesmos códigos do IBGE.
2	[0..1]	Município de residência	Texto codificado conforme IBGE	Preenchido somente se o país de residência for o Brasil.
2	[0..1]	CEP de residência	Texto codificado conforme Correios	Preenchido somente se o país de residência for o Brasil.
1	[1..1]	Informações do Contato Assistencial		
2	[1..1]	Estabelecimento de Saúde	Número do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)	Número de identificação no CNES do estabelecimento de saúde que realizou o contato assistencial
2	[1..1]	Dados da admissão		Admissão: aceitação do indivíduo para assistência em um estabelecimento de saúde. (adaptado de Admissão do Paciente, DeCS)
3	[1..1]	Data da admissão	Data conforme ISO 8601	Data da aceitação do indivíduo para início do contato assistencial.
3	[1..1]	Procedência	Texto codificado: Ordem Judicial; Retorno; Demanda espontânea; Demanda referenciada	Identifica o serviço que encaminhou o indivíduo ou a sua iniciativa/de seu responsável na busca pelo acesso ao serviço de saúde.
3	[1..1]	Modalidade assistencial	Texto codificado: Atenção Básica; Ambulatorial Especializada; Atenção hospitalar; Atenção Intermediária; Atenção Domiciliar; Atenção Psicossocial; Atenção à Urgência/Emergência	Classifica os contatos assistenciais de acordo com as especificidades do modo, local e duração do atendimento.
3	[1..1]	Caráter do atendimento	Texto codificado: Eletivo; Urgência	Identifica o contato assistencial de acordo com a prioridade de sua realização.

2	[1..1]	Dados do desfecho		Desfecho: conclusão do contato assistencial.
3	[1..1]	Motivo do desfecho	Texto codificado: Alta Clínica; Encaminhamento; Transferência; Retorno; Alta Voluntária; Ordem Judicial; Evasão; Óbito; Permanência	Caracteriza o motivo de conclusão total ou parcial do contato assistencial.
3	[0..1]	Data de desfecho	Data conforme ISO 8601	
1	[1..1]	Problema(s)/Diagnóstico(s) Avaliado(s)		Informações sobre a condição de saúde, lesão, deficiência ou qualquer outra questão que afete o bem-estar físico, mental ou social de um indivíduo identificadas em um contato assistencial. (adaptado do conceito de Problema/Diagnóstico do Clinical Knowledge Manager/OpenEHR)
2	[1..N]	Terminologia que descreve o problema/diagnóstico	Texto codificado conforme OID	Identificador da terminologia que será utilizada para informar os problemas/diagnósticos avaliados.
3	[1..1]	Versão da terminologia	Caracteres numéricos representando uma data em formato YYYYMMDD	Identificador da edição da terminologia utilizada para descrever o problema/diagnóstico no contato assistencial.
4	[1..N]	Problema/Diagnóstico	Texto codificado por terminologia externa	
5	[1..1]	Indicador de presença na admissão	Texto Codificado: Sim; Não; Desconhecido	Identifica se o problema/diagnóstico é previamente conhecido na admissão do indivíduo para o contato assistencial.
5	[1..1]	Categoria do diagnóstico	Texto Codificado: Principal; Secundário	Condição estabelecida após estudo de forma a esclarecer qual o mais importante ou principal motivo responsável pela demanda do contato assistencial. O diagnóstico primário reflete achados clínicos descobertos durante a permanência do indivíduo no estabelecimento de saúde, podendo portanto ser diferente do diagnóstico de admissão. (PRT. nº 1.324/SAS/MS/2014).
1	[1..1]	Procedimento(s) Realizado(s)		
2	[1..N]	Financiamento	Texto codificado	Terminologia que descreve o agente, instituição ou entidade responsável por custear as ações e serviços de saúde.
3	[1..N]	Terminologia que descreve o procedimento realizado	Texto codificado conforme OID	Identificador da terminologia que será utilizada para informar o(s) procedimento(s) realizado(s).
4	[1..1]	Versão da terminologia	Caracteres alfanuméricos representando uma data e uma letra ao final em formato YYYYMMDD	Identificador da edição da terminologia utilizada para descrever o procedimento realizado.
5	[1..N]	Procedimento(s) realizado(s)	Texto codificado por terminologia externa	Ação de saúde realizada no indivíduo durante um contato assistencial.
6	[1..1]	Quantidade	Caracteres numéricos	Número de vezes que o procedimento foi realizado na data informada.
6	[1..1]	Data da realização	Data conforme ISO 8601	Data que o procedimento foi realizado.
6	[0..1]	Número de autorização	Caracteres alfanuméricos	Identificador da permissão para a realização de um procedimento.
6	[1..N]	Classificação Brasileira de Ocupação/Secretaria de Previdência e Trabalho do Ministério da Economia(CBO/SEPRT/ME) do profissional	Texto codificado conforme CBO/SEPRT/ME	Atividade desempenhada pelo profissional que realizou o procedimento.
7	[0..1]	CNS do profissional	Número do CNS	Número válido do CNS do profissional no CNES do estabelecimento de saúde ou do seu terceiro que identifica de forma unívoca o profissional que realizou o procedimento.
8	[0..1]	Estabelecimento de saúde terceiro	Número de CNES	Número válido de um estabelecimento de saúde que identifica o serviço terceiro do estabelecimento de saúde do contato assistencial.
8	[0..1]	Equipe de saúde	Número do Identificador Nacional de Equipe (INE)	Número válido do INE no CNES do estabelecimento de saúde ou do terceiro que realizou o procedimento e que identifica um conjunto de profissionais de saúde destinado a um contato assistencial

ANEXO IX
MODELO DE INFORMAÇÃO - SUMÁRIO DE ALTA
(Origem: Anexo A da Res. CIT 33/2017)

Introdução

O instrumento utilizado pelos profissionais da área da saúde que pode garantir o armazenamento das informações registradas durante um atendimento é o prontuário do indivíduo. Este é composto por narrativas clínicas, sendo cada uma direcionada ao registro de eventos realizados a partir da condição de saúde dos indivíduos, diante os aspectos físicos, mentais e sociais.

Uma das narrativas clínicas importantes que compõem o prontuário é o sumário de alta, documento essencial para a continuidade do cuidado do indivíduo. O sumário de alta apresenta o conjunto dos principais registros realizados durante a permanência do indivíduo em um atendimento, como evolução clínica, procedimentos assistenciais, intervenções clínicas e diagnósticas, condutas adotadas e iniciadas para seguimento em clínica ou outro estabelecimento de assistência à saúde, e principalmente no final de sua permanência. A troca das informações

essenciais referente ao período de permanência do indivíduo em um estabelecimento de saúde garante sua segurança na continuidade do tratamento.

O conjunto de dados ou conteúdo apresentado no sumário deve ser conciso, preciso e adequado para a comunicação entre profissionais de saúde, indivíduos e seus familiares ou representantes legais. Quando as informações são apresentadas de uma forma estruturada e organizada há uma garantia de que os registros sejam apresentados de forma objetiva para compreensão do profissional.

A Joint Commission International (JCI) ressalta que o sumário também pode ser preenchido de acordo com o formulário específico de cada instituição, podendo ser manual ou eletrônico, devendo ser preenchido completamente antes da alta do indivíduo ou de sua saída da instituição hospitalar; quando deve ser entregue a este indivíduo, representante ou responsáveis legais.

1. Objetivo

Estabelecer a estrutura do modelo de informação do Sumário de Alta, no intuito de estabelecer consenso nacional sobre os dados indispensáveis à continuidade do cuidado pós alta do indivíduo.

1.1 Objetivos específicos

- Garantir que um conjunto mínimo de informações clínicas padronizadas possa ser encaminhado e processado para múltiplos sistemas de informação em saúde, apoiando a comunicação entre os diversos níveis de atenção e subsidiando a continuidade do cuidado do indivíduo;

- Melhorar a qualidade da atenção em saúde e a segurança do indivíduo;

- Contribuir para reduzir o número de intervenções evitáveis;

- Facilitar a coleta, agregação, tratamento e análise de dados para tomada de decisão e produção de conhecimento.

2. Escopo

Este documento se aplica a todas as partes interessadas no processo de continuidade da assistência do indivíduo, incluindo:

- Estabelecimentos de saúde em processo de planejamento, implementação ou atualização de sistemas de informação de saúde

- Desenvolvedores de sistemas de informação de saúde;

- Administradores, gerentes e formuladores de políticas de saúde;

- Profissionais de saúde;

- Profissionais de Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC); e

- Indivíduos em geral.

3. Termos, definições e abreviaturas

3.1. Termos e definições

Para os efeitos deste documento, aplicam-se os seguintes termos e definições.

Alergia ou hipersensibilidade

Reatividade alterada a um antígeno pode resultar em reações patológicas consequentes à exposição subsequente àquele antígeno particular.

Alta de internação

Procedimento administrativo de saída de um indivíduo de uma instituição de saúde; inclui altas hospitalares e em centros de saúde.

Cartão Nacional de Saúde

Número de identificação do usuário do SUS. Esse número é armazenado no Cadastro Nacional de Usuários do SUS e permite a identificação em âmbito nacional.

Concentração do medicamento

Quantidade do princípio farmacologicamente ativo contida no medicamento por unidade de dosagem farmacêutica. Nas formas sólidas (comprimido, cápsulas, drágeas, óvulos, adesivos transdérmicos, pó liofilizado para injetável e supositórios) a concentração é expressa por unidade de peso (mg, g, etc). Nas formas líquidas ou semissólidas, a concentração será expressa em mg/mL, mg/g ou percentual.

Conjunto Mínimo de Dados da Atenção à Saúde

Base de dados padronizada de natureza administrativa, clínica e demográfica que contém um núcleo mínimo de informações referentes a cada contato assistencial, servindo de subsídio para gestão, planejamento e avaliação da rede assistencial e serviços de saúde, bem como para investigação epidemiológica e clínica. É um componente de informação essencial para a gestão da rede de atenção à saúde, programação das ações de serviços de saúde e

planejamento em saúde, nos três níveis de gestão, proporcionando uma base de informações assistenciais válida, confiável, comparável e oportuna.

Criticidade da alergia ou reação adversa

Uma indicação do potencial de danos nos órgãos críticos do sistema ou consequência de ameaça à vida.

- Alta - potencial impacto clínico de uma nova reação é considerado alto. Existe contraindicação ABSOLUTA de uso futuro da substância.

- Baixa - potencial impacto clínico de uma nova reação é considerado baixo. Existe contraindicação RELATIVA de uso futuro da substância.

- Indeterminada - não foi possível avaliar com a informação disponível.

Diagnóstico

Determinação da natureza de uma doença ou estado, ou a diferenciação entre elas. A avaliação pode ser feita através de exame físico, exames laboratoriais, ou similares

Diagnóstico principal

É a condição estabelecida após estudo de forma a esclarecer qual o mais importante ou principal motivo responsável pela demanda do contato assistencial. O diagnóstico principal reflete achados clínicos descobertos durante a permanência do indivíduo no estabelecimento de saúde, podendo, portanto, ser diferente do diagnóstico de admissão.

Efeitos adversos

Reações ou complicações de procedimentos diagnósticos, terapêuticos, profiláticos, anestésicos, cirúrgicos e outros, exclui contraindicações para os quais são usados.

Estabelecimento de saúde

Espaço físico delimitado e permanente onde são realizadas ações e serviços de saúde humana sob responsabilidade técnica.

Internação hospitalar

Admissão de um indivíduo para ocupar um leito hospitalar, por um período igual ou maior que 24 horas.

Identificador único do objeto

Uma cadeia de caracteres formada por números e pontos ('.') conforme ISO/IEC 8824-1 que identifica univocamente o esquema de codificação que o conceito e código se referem.

Local de atendimento

Lugar onde ocorre o atendimento ao indivíduo.

Modalidade assistencial

Classificação do contato com o serviço de saúde de acordo com as especificidades do modo, local e duração do atendimento.

- Atenção Básica: atenção à saúde desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas, o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde, norteadas pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da interdisciplinaridade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

- Ambulatorial especializada: atenção à saúde de caráter ambulatorial composta por ações e serviços cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento.

- Atenção Hospitalar: atenção à saúde prestada a um indivíduo por razões clínicas, cirúrgicas ou diagnósticas que demandem a ocupação de um leito de internação por um período igual ou superior a 24 horas.

- Atenção Intermediária: atenção à saúde intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial para realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos que requeiram a permanência do indivíduo em um leito por um período inferior a 24 horas.

- Atenção Domiciliar: atenção à saúde realizada de forma substitutiva ou complementar a internação hospitalar ou cuidado ambulatorial por profissionais de saúde no domicílio do indivíduo.

- Atenção Psicossocial: atenção à saúde por meio de cuidados ambulatoriais de caráter territorial e comunitário que visa à substituição do modelo asilar manicomial, que possibilitem a reabilitação psicossocial das pessoas em sofrimento psíquico ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

- Atenção à Urgência/Emergência: atenção à saúde não programada destinada a indivíduos cuja severidade de seus agravos ou lesões necessitem de atendimento em tempo hábil e oportuno.

Procedência

Identifica o serviço que encaminhou o indivíduo ou a sua iniciativa/de seu responsável na busca pelo acesso ao serviço de saúde.

- Demanda espontânea: indivíduo chega ao serviço de saúde por iniciativa própria ou acompanhado por um responsável, sem encaminhamento formal de outro serviço.

- Demanda referenciada: indivíduo encaminhado por outro serviço, seja por insuficiência de tecnologia, insuficiência de capacidade, para continuidade do cuidado ou pela condição de saúde do indivíduo.

- Ordem Judicial: indivíduo atendido por força de uma determinação judicial.

- Retorno: indivíduo orientado a retornar ao serviço para continuidade do cuidado.

Procedimento em saúde

Atividade sistemática dirigida a, ou realizada em um indivíduo com o objetivo de rastrear, monitorar, prevenir, diagnosticar, tratar a doença ou reabilitar o indivíduo.

Procedimento diagnóstico

Métodos, procedimentos e ensaios feitos para diagnosticar doenças, distúrbios ou incapacidades de função.

Procedimento terapêutico

Procedimentos com interesse no tratamento curativo ou preventivo de doença.

Procedimento cirúrgico

Operações conduzidas para correção de deformidades e defeitos, reparos de lesões, diagnóstico e cura de certas doenças.

Profissional de saúde

Indivíduo que atua na prestação direta ou indireta de serviços de saúde.

Prontuário do indivíduo

Documento único elaborado em meio físico ou eletrônico, constituído pelo conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de situações sobre a saúde do indivíduo e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada no âmbito de uma mesma instituição de saúde.

Registro Eletrônico em Saúde

Um ou mais registros virtualmente integrados, relevantes para a saúde, bem-estar e atenção à saúde de um indivíduo, que é armazenado e comunicado de forma segura, acessível por diferentes utilizadores autorizados, representado por um modelo de informações padronizado.

Sumário de alta

Relato clínico objetivo sobre as intervenções realizadas, as instruções para continuidade do cuidado pós-alta e o estado de saúde do indivíduo ao final de sua permanência na internação em estabelecimentos de saúde como: hospital, clínica, hospital-dia, internação domiciliar e urgência.

Terminologia

Sistematização e representação linguística de um conceito, ou seja, uma unidade de conhecimento criada por uma combinação única de características para fornecer um vocabulário sistematizado e controlado. No caso específico da saúde, trata de informações clinicamente relevantes que podem ser usadas durante a entrada de dados para maior precisão que o obtido por texto livre que não pode ser interpretado automaticamente por um sistema.

Unidade de medida da concentração

As unidades de medida das concentrações de medicamentos são expressas pelo menor volume ou peso e devem ser expressas seguindo a nomenclatura das unidades de medidas internacionais.

3.2. Abreviaturas

CADSUS	Sistema de Cadastramento de usuários do SUS
CBHPM	Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
Ciap	Classificação Internacional de Atenção Primária
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças
CNS	Cartão Nacional de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CMD	Conjunto Mínimo de Dados da Atenção à Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INE	Identificador Nacional de Equipe
JCI	Joint Commission International
ISO	International Organization for Standardization

OBM	Ontologia Brasileira de Medicamentos
RES	Registro Eletrônico em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TIC	Tecnologia da Informação e Comunicação
Tuss	Terminologia Unificada em Saúde Suplementar

4. Usos

O Sumário de Alta é um documento essencial para:

Apoiar a comunicação das informações do sumário de alta entre os diversos níveis de atenção de modo eficiente, efetivo e a tempo, contribuindo para uma atenção coordenada entre os cuidadores do indivíduo e apoiando a continuidade dos seus cuidados;

Melhorar a qualidade da atenção em saúde e a segurança para o indivíduo com informações qualificadas, completas e oportunas que contribuam para uma conduta mais adequada às necessidades individuais de cada indivíduo e redução de efeitos adversos;

Contribuir para reduzir o número de reinternações evitáveis;

Garantir que um conjunto mínimo de informações clínicas padronizadas possa ser encaminhado e processado para múltiplos sistemas de informações em saúde, tais como prontuários eletrônicos dos indivíduos, registros eletrônicos em saúde e outros sistemas que utilizam as informações clínicas como insumos em seus processos de trabalho, facilitando a agregação e análise desses dados para tomada de decisão e produção de conhecimento;

Reduzir o custo com entradas manuais, integrações, mapeamento de sistemas independentes e manutenção dos sistemas de informação em saúde;

Prover aos desenvolvedores a especificação do conjunto de dados, mensagens de interface padronizada para a comunicação da alta, reduzindo o tempo entre o desenvolvimento e implantação da comunicação do sumário de alta;

Promover a simplificação e padronização das comunicações sobre os eventos de saúde entre os diversos envolvidos na atenção à saúde;

Alimentar o registro pessoal de saúde do indivíduo;

Dar subsídios ao uso secundário da informação.

5. Modelo de informação

A Tabela 1 apresenta os elementos que são partes do modelo de informação do Sumário de Alta. O método que descreve o modelo é o seguinte:

- Coluna 1 (Nível): indica a relação de dependência do elemento aos demais. Um número maior significa que aquele item depende ou está subordinado ao de número menor e anterior a ele no modelo. Assim, um elemento de nível 2 é subitem de um elemento de nível 1, um de nível 3 é subitem de um de nível 2 e assim sucessivamente.

- Coluna 2 (Ocorrência): demonstra a obrigatoriedade e a quantidade de ocorrências do elemento.

- [0..] - Indica que o elemento é opcional.

- [1..] - Indica que o elemento é obrigatório.

- [..1] - Indica que o elemento só pode ocorrer uma única vez.

- [..N] - Indica que o elemento pode ocorrer várias vezes.

- Coluna 3 (Seção/Item): descrição do elemento ou de um agrupador de elementos (seção).

- Coluna 4 (Tipo de Dados): demonstra a forma de representar o elemento.

- Coluna 5 (Conceito/Observações): conceitua ou esclarece a forma de utilizar o elemento.

Tabela 1 - Modelo de informação do sumário de alta

Nível	Ocorrência	Seção/Item	Tipo de Dados	Conceito/Observações
1	[1..1]	Identificação do indivíduo		
2	[0..1]	Identificação pelo Cartão Nacional de Saúde		Identificação unívoca dos usuários das ações e serviços de saúde, com atribuição de um número único válido em todo o território nacional. (arts. 255 ao 289, da Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017)
3	[1..1]	Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Caracteres numéricos	CNS válido.
2	[0..1]	Identificação por dados demográficos		

3	[1..1]	Nome completo	Texto livre	
3	[1..1]	Nome completo da mãe	Texto livre	
3	[1..1]	Data de nascimento	Data	Conforme ISO 8601
3	[0..1]	Município de Nascimento	Texto codificado por terminologia externa: IBGE	Preenchido somente se o país de nascimento for o Brasil.
1	[1..1]	Caracterização do atendimento		
2	[1..1]	Local de atendimento	Texto codificado:DomicílioInstituição/Abrigo	Lugar onde ocorre o atendimento ao indivíduo.
			Unidade prisional ou congêneresUnidade socioeducativa	
			No próprio estabelecimentoOutros	
2	[0..1]	Estabelecimento de Saúde	Caracteres numéricos	CNES válido.Número de identificação no CNES do estabelecimento de saúde que realizou o atendimento.
2	[1..1]	Procedência	Texto codificado:Ordem JudicialRetornoDemanda espontâneaDemanda referenciada	Identifica o serviço que encaminhou o indivíduo ou a sua iniciativa/de seu responsável na busca pelo acesso ao serviço de saúde.
2	[0..1]	Identificação da equipe de saúde	Caracteres numéricos	Número válido do Identificador Nacional de Equipe (INE) no CNES.
2	[1..1]	Caráter da internação	Texto codificado:EletivaUrgência	Identifica a internação de acordo com a prioridade de sua realização.
2	[1..1]	Data e hora da internação	Data e hora.	Conforme ISO 8601. Data e hora da aceitação do indivíduo para início da internação.
2	[1..1]	Modalidade assistencial	Texto codificado:Atenção DomiciliarAtenção HospitalarAtenção Intermediária Atenção Psicossocial	Classificação do contato com o serviço de saúde de acordo com as especificidades do modo, local e duração do atendimento.
			Atenção à Urgência/Emergência	
1	[1..1]	Motivo da admissão, diagnósticos relevantes e patologias associadas desenvolvidas na internação		
2	[1..1]	Terminologia que descreve o diagnóstico	Identificador único do objeto	Identificador da terminologia que será utilizada para informar os problemas/diagnósticos avaliados
2	[1..1]	Nome e versão da terminologia que descreve o diagnóstico	Texto livre	Identificador da edição da terminologia utilizada para descrever o problema/diagnóstico avaliado
2	[1..N]	Diagnósticos		
3	[1..1]	Diagnóstico	Texto codificado por terminologia externa:CID-10 ou Ciap2	
3	[1..1]	Categoria do diagnóstico	Texto Codificado:PrincipalSecundário	Condição estabelecida após estudo de forma a esclarecer qual o mais importante ou principal motivo responsável pela
				demanda do contato assistencial. O diagnóstico primário reflete achados clínicos descobertos durante a
				permanência do indivíduo no estabelecimento de saúde, podendo, portanto, ser diferente do
				diagnóstico de admissão. (Port. nº 1.324/SAS/MS/2014)
3	[1..1]	Indicador de presença na admissão	Texto Codificado:SimNão	Identifica se o problema/diagnóstico é previamente conhecido na admissão do indivíduo para o atendimento.

			DesconhecidoAusente	
3	[1..1]	Estado de resolução	Texto Codificado:Resolvidoresolvendo	
			Não resolvidoIndeterminado	
1	[0..1]	Restrições funcionais e incapacidades em saúde		
2	[1..1]	Restrição funcional ou incapacidade	Texto livre	
2	[1..1]	Status da restrição funcional ou incapacidade	Texto codificado:AtivoInativo	
1	[1..1]	Procedimento (s) realizado (s) ou solicitado (s)		
2	[1..1]	Terminologia que descreve o procedimento	Identificador único do objeto	Identificador da terminologia que será utilizada para informar o(s) procedimento(s) realizado(s)
2	[1..1]	Nome e versão da terminologia que descreve o procedimento	Texto livre	Identificador da edição da terminologia utilizada para descrever o procedimento realizado.
2	[1..N]	Procedimentos		
3	[1..1]	Procedimento	Texto codificado por terminologia externa: SIGTAP, CBHPM ou Tuss	Ação de saúde realizada no indivíduo durante o atendimento.
3	[1..1]	Status do procedimento	Texto codificado:Concluído	
			SuspensoSolicitado	
3	[0..1]	Resultado ou observações do procedimento	Texto livre	
1	[1..1]	Resumo da evolução clínica do indivíduo durante a internação		
2	[1..1]	Descrição da evolução clínica do indivíduo durante a internação	Texto livre	
1	[0..1]	Alergias e/ou reações adversas na internação		
2	[1..N]	Alergia e/ou reação adversa		Reatividade alterada a um antígeno pode resultar em reações patológicas consequentes à exposição subsequente àquele antígeno particular.
3	[1..1]	Categoria do agente causador da alergia ou reação adversa	Texto codificado:AlimentoMedicamentoOutro	
3	[1..1]	Agente/substância específica	Texto livre	
3	[0..1]	Manifestação	Texto livre	
3	[0..1]	Grau de certeza	Texto codificado:ConfirmadoResolvido	
			RefutadoSuspeito	
3	[0..1]	Criticidade	Texto codificado:AltaBaixaIndeterminada	Uma indicação do potencial de danos nos órgãos críticos do sistema ou consequência de ameaça à vida.
3	[0..1]	Data/hora da instalação da reação adversa	ISO 8601	
3	[0..1]	Evolução da alergia/reação adversa	Texto livre	
1	[1..1]	Prescrição da alta		
2	[0..1]	Lista de medicamentos da alta (estruturada)		
3	[1..1]	Terminologia que descreve o medicamento	Identificador único do objeto	Identificador da terminologia que será utilizada para informar o medicamento prescrito.
3	[1..1]	Nome e versão da terminologia de medicamentos	Texto livre	Identificador da edição da terminologia utilizada para informar o medicamento prescrito.
4	[1..N]	Medicamentos		
5	[1..N]	Medicamento	Texto codificado por terminologia externa: OBM	Indica o nome do princípio ativo, concentração, unidade de medida e

				forma farmacêutica do medicamento prescrito.
5	[1..1]	Unidade de medida	Texto codificado por terminologia externa: OBM	
5	[1..1]	Quantidade da unidade de medida	Caracteres numéricos	Quantidade da unidade de medida do medicamento prescrito.
5	[1..1]	Frequência de uso do medicamento	Texto livre	
5	[1..1]	Via de administração	Texto codificado por terminologia externa: OBM	
5	[1..1]	Duração de uso do medicamento	Caracteres numéricos	Tempo conforme ISO 8601
5	[1..1]	Estado do medicamento	AtivoDescontinuadoNunca ativo	
			Tratamento completoSubstituído	
5	[0..1]	Orientação sobre o uso do medicamento	Texto livre	
2	[0..1]	Medicamentos prescritos na alta (não estruturado)		
3	[1..1]	Descrição da prescrição	Texto livre	
1	[0..1]	Plano de cuidados, instruções e recomendações (na alta)		
2	[1..1]	Descrição do plano de cuidados, instruções e recomendações	Texto livre	
1	[1..1]	Informações da alta		
2	[1..1]	Data e hora da saída da internação	Data e hora	Conforme ISO 8601.Data e hora da saída do indivíduo da internação.
2	[1..1]	Desfecho da internação	Texto codificado:Alta clínicaAlta voluntária	Caracteriza o motivo de conclusão da internação.
			EncaminhamentoEvasãoÓbitoOrdem Judicial	
			PermanênciaRetornoTransferência	
2	[0..1]	Encaminhamento pós-alta		
3	[0..1]	Tipo de estabelecimento de saúde	Caracteres numéricos	CNES válido.
3	[0..1]	Descrição do serviço ou especialidade	Texto livre	
2	[0..1]	Profissional responsável pela alta		
3	[1..1]	CNS do profissional	Caracteres numéricos.	CNS válido do profissional responsável pela alta.
3	[1..1]	Ocupação do profissional responsável pela alta	Texto codificado por terminologia externa: CBO MTE	Atividade desempenhada pelo profissional responsável pela alta.
1	[0..N]	Anexos com os Resultados de Exames		
2	[1..1]	Descrição dos anexos	Texto livre	
1	[0..1]	Informações Adicionais/Complementares		
2	[1..1]	Descrição das informações	Texto livre	

ANEXO X
MODELO DE INFORMAÇÃO - REGISTRO DE ATENDIMENTO CLÍNICO
(Origem: Anexo B da Res. CIT 33/2017)

Introdução

O registro de atendimento clínico é o registro de dados essenciais de uma consulta realizada a um indivíduo no âmbito da atenção básica, especializada ou domiciliar (atendimento diário). Apresenta informações relacionadas ao acompanhamento do indivíduo como medições, diagnósticos e/ou problemas avaliados, exames, procedimentos, pequenas cirurgias e desfecho.

Essas informações são registradas pelos profissionais de saúde, prioritariamente durante o atendimento, podendo ser usadas por profissionais que continuarão seu tratamento (de modo contínuo ou eventual) ou como fonte de conhecimento para assistência futura, além do uso pelo próprio cidadão em seu registro pessoal de saúde.

O acesso à informação clínica partilhada por uma equipe multidisciplinar de profissionais apoia, também, a prestação de cuidados à distância, levando ao atendimento qualificado e à redução da duplicação de serviços. Estes benefícios são particularmente importantes para os atuais desafios de saúde na gestão do plano de cuidados individualizados.

O registro de atendimento clínico favorece ainda o uso secundário de informações, trazendo benefícios significativos para melhorias na prestação de serviços, uma vez que as informações podem ser utilizadas com a finalidade de planejamento de serviços, possíveis tomadas de decisões, nos processos de auditoria e em pesquisas, promovendo maior eficiência e eficácia dos serviços. Além disso, permite à gestão o monitoramento de serviços, viabilizando a avaliação do desempenho dos serviços de saúde.

Dessa forma, partindo do pressuposto de que os sistemas de informação devem ser progressivamente qualificados, a reestruturação dos sistemas de informação do SUS em busca de um SUS eletrônico tem como horizonte a informatização dos processos de trabalho, garantir fluxo de informações adequado e aperfeiçoar a gestão do cuidado, dos serviços e das Redes de Atenção à Saúde.

1 Objetivo

Estabelecer a especificação do modelo de informação do Registro do Atendimento Clínico e promova a formulação do consenso nacional sobre compartilhamento de informações essenciais entre os provedores de cuidados de saúde

Objetivos específicos

- Garantir que um conjunto mínimo de informações clínicas padronizadas possa ser encaminhado e processado para múltiplos sistemas de informações em saúde apoiando a comunicação entre os diversos níveis de atenção e subsidiando a continuidade do cuidado do indivíduo;

- Melhorar a qualidade da atenção em saúde e a segurança do indivíduo;

- Facilitar a agregação e a análise de dados para tomada de decisão e produção de conhecimento.

2 Escopo

Esta resolução estabelece o conjunto de informações que fazem parte do Registro de Atendimento Clínico, documento que visa a comunicar à equipe profissional responsável pela continuidade da assistência ao indivíduo as informações clínicas mais relevantes de um episódio de cuidado.

Este documento provê aos desenvolvedores a especificação do modelo de informação do Registro do Atendimento Clínico e se aplica a todas as partes interessadas no processo de continuidade da assistência do indivíduo, incluindo:

- Profissionais de saúde (que acompanham regularmente o indivíduo e os que venham a atendê-lo em situações de urgência/emergência ou fora de seu atendimento de rotina);

- Estabelecimentos de saúde em fase de planejamento e implementação ou melhorias de seus sistemas de informação e saúde, visando a interoperabilidade;

- Vendedores e desenvolvedores de software;

- Gestores e realizadores de políticas públicas, especialistas clínicos, gerentes de informática em saúde e equipes de suporte, bem como integradores de sistemas;

- Usuários dos serviços de saúde e suas entidades representativas;

- Especialistas responsáveis apenas por algum aspecto específico da saúde do indivíduo, tais como diabetes ou gravidez e,

- O próprio indivíduo e ou seus responsáveis.

3 Termos, definições e abreviaturas

3.1 Termos e definições Para os efeitos deste documento, aplicam-se os seguintes termos e definições.

Alergia ou hipersensibilidade

Reatividade alterada a um antígeno, pode resultar em reações patológicas consequentes à exposição subsequente àquele antígeno particular.

Cartão Nacional de Saúde

Número de identificação do usuário do SUS. Esse número é armazenado no Cadastro Nacional de Usuários do SUS e permite a identificação em âmbito nacional.

Concentração do medicamento

Quantidade do princípio farmacologicamente ativo contida no medicamento por unidade de dosagem farmacêutica. Nas formas sólidas (comprimido, cápsulas, drágeas, óvulos, adesivos transdérmicos, pó liofilizado para injetável e supositórios) a concentração é expressa por unidade de peso (mg, g, etc). Nas formas líquidas ou semissólidas, a concentração será expressa em mg/mL, mg/g ou percentual.

Conjunto Mínimo de Dados da Atenção à Saúde

Base de dados padronizada de natureza administrativa, clínica e demográfica que contém um núcleo mínimo de informações referentes a cada contato assistencial, servindo de subsídio para gestão, planejamento e avaliação da rede assistencial e serviços de saúde, bem como para investigação epidemiológica e clínica. É um componente de informação essencial para a gestão da rede de atenção à saúde, programação das ações de serviços de saúde e planejamento em saúde, nos três níveis de gestão, proporcionando uma base de informações assistenciais válida, confiável, comparável e oportuna.

Criticidade da alergia ou reação adversa

Uma indicação do potencial de danos nos órgãos críticos do sistema ou consequência de ameaça à vida.

- Alta - potencial impacto clínico de uma nova reação é considerado alto. Existe contraindicação ABSOLUTA de uso futuro da substância.

- Baixa - potencial impacto clínico de uma nova reação é considerado baixo. Existe contraindicação RELATIVA de uso futuro da substância.

- Indeterminada - não foi possível avaliar com a informação disponível.

Diagnóstico

Determinação da natureza de uma doença ou estado, ou a diferenciação entre elas. A avaliação pode ser feita através de exame físico, exames laboratoriais, ou similares.

Diagnóstico principal

É a condição estabelecida após estudo de forma a esclarecer qual o mais importante ou principal motivo responsável pela demanda do contato assistencial. O diagnóstico principal reflete achados clínicos descobertos durante a permanência do indivíduo no estabelecimento de saúde, podendo, portanto, ser diferente do diagnóstico de admissão.

Efeitos adversos

Reações ou complicações de procedimentos diagnósticos, terapêuticos, profiláticos, anestésicos, cirúrgicos e outros, exclui contraindicações para os quais são usados.

Estabelecimento de saúde

Espaço físico delimitado e permanente onde são realizadas as ações e os serviços de saúde humana sob responsabilidade técnica.

Internação hospitalar

Admissão de um indivíduo para ocupar um leito hospitalar, por um período igual ou maior que 24 h.1

Identificador único do objeto

Uma cadeia de caracteres formada por números e pontos ('.') conforme ISO/IEC 8824-1 que identifica univocamente o esquema de codificação que o conceito e código se referem.

Local de atendimento

Lugar onde ocorre o atendimento ao indivíduo.

Modalidade assistencial

Classificação do contato com o serviço de saúde de acordo com as especificidades do modo, local e duração do atendimento.

- Atenção Básica: atenção à saúde desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas, o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde, norteada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da interdisciplinaridade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

- Ambulatorial especializada: atenção à saúde de caráter ambulatorial composta por ações e serviços cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento.

- Atenção Hospitalar: atenção à saúde prestada a um indivíduo por razões clínicas, cirúrgicas ou diagnósticas que demandem a ocupação de um leito de internação por um período igual ou superior a 24 horas.

- Atenção Intermediária: atenção à saúde intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial para realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos que requeiram a permanência do indivíduo em um leito por um período inferior a 24 horas.

- Atenção Domiciliar: atenção à saúde realizada de forma substitutiva ou complementar a internação hospitalar ou cuidado ambulatorial por profissionais de saúde no domicílio do indivíduo.

- Atenção Psicossocial: atenção à saúde por meio de cuidados ambulatoriais de caráter territorial e comunitário que visa à substituição do modelo asilar manicomial, que possibilitem a reabilitação psicossocial das pessoas em sofrimento psíquico ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrente do uso de álcool e outras drogas.

- Atenção à Urgência/Emergência: atenção à saúde não programada destinada a indivíduos cuja severidade de seus agravos ou lesões necessitem de atendimento em tempo hábil e oportuno.

Ocupação

É a agregação de empregos ou situações de trabalho similares quanto às atividades realizadas.

Procedência

Identifica o serviço que encaminhou o indivíduo ou a sua iniciativa/de seu responsável na busca pelo acesso ao serviço de saúde.

- Demanda espontânea: indivíduo chega ao serviço de saúde por iniciativa própria ou acompanhado por um responsável, sem encaminhamento formal de outro serviço.

- Demanda referenciada: indivíduo encaminhado por outro serviço, seja por insuficiência de tecnologia, insuficiência de capacidade, para continuidade do cuidado ou pela condição de saúde do indivíduo.

- Ordem Judicial: indivíduo atendido por força de uma determinação judicial.
- Retorno: indivíduo orientado a retornar ao serviço para continuidade do cuidado.

Procedimento em saúde

Atividade sistemática dirigida a, ou realizada em um indivíduo com o objetivo de rastrear, monitorar, prevenir, diagnosticar, tratar a doença ou reabilitar o indivíduo.

Procedimento diagnóstico

Métodos, procedimentos e ensaios feitos para diagnosticar doenças, distúrbios ou incapacidades de função.

Procedimento terapêutico

Procedimentos com interesse no tratamento curativo ou preventivo de doença.

Procedimento cirúrgico

Operações conduzidas para correção de deformidades e defeitos, reparos de lesões, diagnóstico e cura de certas doenças.

Profissional de saúde

Indivíduo que atua na prestação direta ou indireta de serviços de saúde.

Prontuário do indivíduo

Documento único elaborado em meio físico ou eletrônico, constituído pelo conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de situações sobre a saúde do indivíduo e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada no âmbito de uma mesma instituição de saúde.

Registro Eletrônico em Saúde

Um ou mais registros virtualmente integrados, relevantes para a saúde, bem-estar e atenção à saúde de um indivíduo, que é armazenado e comunicado de forma segura, acessível por diferentes utilizadores autorizados, representado por um modelo de informações padronizado.

Sumário de alta

Relato clínico objetivo sobre as intervenções realizadas, as instruções para continuidade do cuidado pós-alta e o estado de saúde do indivíduo ao final de sua permanência na internação em estabelecimentos de saúde como: hospital, clínica, hospital-dia, internação domiciliar e urgência.

Terminologia

Sistematização e representação linguística de um conceito, ou seja, uma unidade de conhecimento criada por uma combinação única de características para fornecer um vocabulário sistematizado e controlado. No caso específico da saúde, trata de informações clinicamente relevantes que podem ser usadas durante a entrada de dados para maior precisão que o obtido por texto livre que não pode ser interpretado automaticamente por um sistema

Unidade de medida da concentração

As unidades de medida das concentrações de medicamentos são expressas pelo menor volume ou peso e devem ser expressas seguindo a nomenclatura das unidades de medidas internacionais.

3.2 Abreviaturas

CADSUS	Sistema de Cadastramento de usuários do SUS
CBHPM	Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
Ciap	Classificação Internacional de Atenção Primária
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças
CNS	Cartão Nacional de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CMD	Conjunto Mínimo de Dados da Atenção à Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INE	Identificador Nacional de Equipe
JCI	Joint Commission International
ISO	International Organization for Standardization
OBM	Ontologia Brasileira de Medicamentos
RES	Registro Eletrônico em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TIC	Tecnologia da Informação e Comunicação
Tuss	Terminologia Unificada em Saúde Suplementar

4 Usos

O Registro de Atendimento Clínico é um documento essencial para:

Apoiar a comunicação das informações de um atendimento clínico entre os diversos níveis de atenção, de modo eficiente, efetivo e a tempo, contribuindo para uma atenção coordenada entre os cuidadores do indivíduo e apoiando a continuidade dos seus cuidados;

Melhorar a qualidade da atenção em saúde e a segurança para o indivíduo com informações qualificadas, completas e oportunas que contribuam para uma conduta mais adequada às necessidades individuais de cada indivíduo e redução de efeitos adversos;

Garantir que um conjunto mínimo de informações clínicas padronizadas possa ser encaminhado e processado para múltiplos sistemas de informações em saúde, tais como prontuários eletrônicos dos indivíduos, registros eletrônicos em saúde e outros sistemas que utilizam as informações clínicas como insumos em seus processos de trabalho, facilitando a agregação e análise desses dados para tomada de decisão e produção de conhecimento;

Reduzir o custo com entradas manuais, integrações, mapeamento de sistemas independentes e manutenção dos sistemas de informação em saúde;

Prover aos desenvolvedores a especificação do conjunto de dados, mensagens de interface padronizada para a comunicação do atendimento clínico, reduzindo o tempo entre o desenvolvimento e implantação da comunicação do registro de atendimento clínico;

Promover a simplificação e padronização das comunicações sobre os eventos de saúde entre os diversos envolvidos na atenção à saúde;

Alimentar o registro pessoal de saúde do indivíduo;

Dar subsídios ao uso secundário da informação.

5 Modelo de informação

A Tabela 1 apresenta os elementos que são partes do modelo de informação do Registro de Atendimento Clínico. O método que descreve o modelo é o seguinte:

- Coluna 1 (Nível): indica a relação de dependência do elemento aos demais. Um número maior significa que aquele item depende ou está subordinado ao de número menor e anterior a ele no modelo. Assim, um elemento de nível 2 é subitem de um elemento de nível 1, um de nível 3 é subitem de um de nível 2 e assim sucessivamente.

- Coluna 2 (Ocorrência): demonstra a obrigatoriedade e a quantidade de ocorrências do elemento.

- [0..] - Indica que o elemento é opcional.

- [1..] - Indica que o elemento é obrigatório.

- [..1] - Indica que o elemento só pode ocorrer uma única vez.

- [..N] - Indica que o elemento pode ocorrer várias vezes.

- Coluna 3 (Seção/Item): descrição do elemento ou de um agrupador de elementos (seção).

- Coluna 4 (Tipo de Dados): demonstra a forma de representar o elemento.

- Coluna 5 (Conceito/Observações): conceitua ou esclarece a forma de utilizar o elemento.

Tabela 1 - Modelo de informação do Registro de Atendimento Clínico

Nível	Ocorrência	Seção/Item	Tipo de Dados	Conceito/Observações
1	[1..1]	Identificação do indivíduo		
2	[0..1]	Identificação pelo Cartão Nacional de Saúde		Identificação unívoca dos usuários das ações e serviços de saúde, com atribuição de um número único válido em todo o território nacional. (arts. 255 a 289, da Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.)
3	[1..1]	Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Caracteres numéricos	CNS válido
2	[0..1]	Identificação por dados demográficos		
3	[1..1]	Nome completo	Sequência de caracteres alfanuméricos	
3	[1..1]	Nome completo da mãe	Sequência de caracteres alfanuméricos	
3	[1..1]	Data de nascimento	Data	Conforme ISO 8601.
3	[0..1]	Município de Nascimento	Texto codificado por terminologia externa: IBGE.	Preenchido somente se o país de nascimento for o Brasil.
1	[1..1]	Caracterização do atendimento		
2	[1..1]	Local de atendimento	Texto codificado: Unidade móvel Rua Domicílio	Lugar onde ocorre o atendimento ao indivíduo.
			Escola creche Polo Academia da Saúde Instituição Abrigo	

			Unidade prisional ou congêneres socioeducativaNo próprio estabelecimentoOutro.	
2	[0..1]	Estabelecimento de Saúde	Caracteres numéricos	CNES válido.Número de identificação no CNES do estabelecimento de saúde que realizou o atendimento.
2	[1..1]	Procedência	Texto codificado:Ordem JudicialRetornoDemanda espontâneaDemanda Referenciada	Identifica o serviço que encaminhou o indivíduo ou a sua iniciativa/de seu responsável na busca pelo acesso ao serviço de saúde.
2	[0..1]	Identificação da equipe de saúde	Caracteres numéricos.	Número válido do Identificador Nacional de Equipe (INE) no CNES.
2	[1..1]	Data e hora do atendimento	Data e hora	Conforme ISO 8601. Data e hora da aceitação do indivíduo para início do atendimento.
2	[1..1]	Modalidade assistencial	Texto codificado:Atenção BásicaAmbulatorialEspecializadaAtenção Domiciliar	Classificação do contato com o serviço de saúde de acordo com as especificidades do modo, local e duração do atendimento.
			Atenção PsicossocialAtenção à Urgência/Emergência	
2	[1..1]	Caráter de atendimento	Texto codificado:Consulta agendadaConsulta agendada programada: cuidado continuado	Identifica o contato assistencial de acordo com a prioridade de sua realização.
			Demanda espontânea (DE): consulta no dia	
			Demanda espontânea (DE): atendimento de urgência	
2	[1..1]	Profissionais do atendimento		
3	[1..N]	Profissional		
4	[0..1]	Nome do profissional	Texto livre	
4	[1..1]	CNS do profissional	Caracteres numéricos	CNS válido do profissional que realizou o atendimento.
4	[1..1]	Ocupação do profissional	Texto codificado por terminologia externa:CBO MTE	Atividade desempenhada pelo profissional que realizou o atendimento.
4	[1..1]	É o responsável pelo atendimento?	Texto codificado:SimNão	
1	[0..1]	Motivo do atendimento		
2	[0..N]	Motivo do atendimento estruturado		
3	[1..1]	Terminologia que descreve o motivo do atendimento	Identificador único do objeto	Identificador da terminologia que será utilizada para descrever o motivo de atendimento.
3	[1..1]	Nome e versão da terminologia que descreve o motivo do atendimento	Texto livre	Identificador da edição da terminologia utilizada para descrever o motivo de atendimento.
3	[1..1]	Código do motivo do atendimento	Texto codificado por terminologia externa: Ciap2	
3	[1..1]	Descrição do motivo do atendimento	Texto livre	
2	[0..1]	Declaração subjetiva do indivíduo para o atendimento	Texto livre	
1	[0..1]	Observações		
2	[0..1]	Sinais vitais		
3	[0..1]	Pressão Arterial		
4	[1..1]	Sistólica	Caracteres numéricos	Quantidade indicada de 0 a 1000 mmHG
4	[1..1]	Diastólica	Caracteres numéricos	Quantidade indicada de 0 a 1000 mmHG
4	[0..1]	Posição do indivíduo na aferição	Texto codificado:Em péSentadoReclinadoDeitado	Indica a posição do indivíduo no momento da aferição da pressão arterial.
			Deitado com inclinação para esquerda	
4	[0..1]	Local de aferição	Texto codificado:Braço direitoBraço esquerdoCoxa direitaCoxa esquerda	Identifica qual parte do corpo humano foi utilizada para aferir a pressão arterial.
			Pulso direitoPulso esquerdoTornozelo direitoTornozelo esquerdoDedo da mão	
			Dedo do pé	
2	[0..1]	Medições		
3	[0..1]	Peso	Caracteres numéricos	Quantidade indicada de 0 a 1000 Kg
3	[0..1]	Altura	Caracteres numéricos	Quantidade indicada de 0 a 1000 cm
3	[0..1]	Perímetro cefálico	Caracteres numéricos	Quantidade indicada de 0 a 100 cm
3	[0..1]	Circunferência abdominal	Caracteres numéricos	Quantidade indicada em cm
2	[0..1]	Informações adicionais	Texto livre	
3	[0..1]	DUM (Data da Última Menstruação)	Data	Conforme ISO 8601
3	[0..1]	Idade gestacional	Caracteres numéricos	Quantidade indicada em dias ou semanas
3	[0..1]	Quantidade de gestas prévias	Caracteres numéricos	Quantidade indicada de 0 a 99
3	[0..1]	Quantidade de Partos	Caracteres numéricos	Quantidade indicada de 0 a 99

3	[0..1]	Quantidade de Abortos	Caracteres numéricos	Quantidade indicada de 0 a 99
3	[0..1]	Tipo de aleitamento materno para crianças até 2 anos	Texto Codificado: ExclusivoPredominanteComplementadoInexistente	
3	[0..N]	Exposição à substâncias		
4	[0..1]	Uso de fitoterápicos, suplementos e vitaminas	Texto livre	
4	[0..N]	Uso de álcool, tabaco e outras substâncias nos últimos 3 meses		

1	[0..1]	Plano de cuidados, instruções e recomendações (na alta)		
2	[1..1]	Descrição do plano de cuidados, instruções e recomendações	Texto livre	
1	[0..1]	Dados do desfecho		
2	[0..1]	Desfecho	Texto codificado: Alta Clínica; Encaminhamento; Transferência; Retorno; Alta Voluntária; Ordem Judicial; Evasão; Óbito; Permanência	Caracteriza o motivo de conclusão do atendimento.
2	[0..1]	Outras informações	Texto livre	
1	[0..N]	Anexos com os Resultados de Exames		
2	[1..1]	Descrição dos anexos	Texto livre	
1	[0..1]	Informações Adicionais/Complementares		
2	[1..1]	Descrição das informações	Texto livre	

ANEXO XI
TECNOLOGIAS DE MONITORAMENTO DE INFESTAÇÃO
(Origem: Anexo I da Res. CIT 12/2017)

Tecnologias de monitoramento de infestação							
Estado:		Ovitrapa		Larvi-trampa	Armadilhas para mosquito adulto (3)		Observações
Código IBGE	Município						
		IPO (% ovitrapa positivas) (1)	IDO (Num. Ovos por armadilha positiva) (2)	% Larvitrapas positiva			

(1) - Índice de Positividade de Ovos; (2) Índice de Densidade de Ovos; (3) Tipo de armadilha e indicador obtido