



Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
Coordenação-Geral de Ciclos da Vida

RELATÓRIO

1. COMPLEMENTO - ANÁLISE DE IMPACTO REGULATÓRIO -AIR (0025437344)

Processo nº: 25000.024319/2022-75

Origem: Análise de Impacto Regulatório (0025437344)

Interessado: DAPES/CGCIVI/SAPS/MS

Assunto: Referente à proposta de Minuta de Portaria que altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017 e Portaria de consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir os critérios de habilitação e o repasse financeiro da Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami).

2. SUMÁRIO EXECUTIVO

2.1. Quando da elaboração do Relatório de Análise de Impacto Regulatório (0025437344), a análise foi proferida baseada em uma proposta de minuta de portaria, a qual contemplava as alterações na Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, e Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de setembro de 2017, bem como totalizava 92 artigos descritos em 144 páginas.

2.2. Entretanto, ao longo das reuniões e intercorrências, restou definido que a proposta de minuta de portaria seria dividida em duas partes, sendo uma primeira proposta já publicada, contendo as disposições gerais (institui a rede, objetivo, princípios, diretrizes, componentes, competências, grupo condutor, câmara técnica assessora, constituição, monitoramento e funcionais programáticas) e a segunda proposta de minuta de portaria a ser apresentada no prazo de 45 (quarenta e cinco) dias, contendo os critérios de habilitação e o financiamento dos serviços da Rami.

2.3. Isto posto, em 06 de abril de 2022, foi publicada a Portaria GM/MS nº 715, de 4 de abril de 2022, que altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami). Por conseguinte, esta complementação da Análise de Impacto Regulatório, trata da segunda proposta de minuta de portaria contendo os critérios de habilitação e o financiamento dos serviços da Rami. Ressalta-se que em cumprimento ao disposto no art. 25 da referida portaria, após aprovação deverá ser publicada até data o dia 20/05/2022, cumprindo o prazo de 45 dias.

2.4. Em suma, são objetivos da Rami, implementar um modelo de atenção à saúde seguro, de qualidade e humanizado, com foco no planejamento familiar, na gravidez, no pré-natal, no nascimento, na perda gestacional, no puerpério e no cuidado do recém-nascido e da criança, promovendo o crescimento e desenvolvimento saudáveis, garantindo a integralidade do cuidado, com foco na resolutividade da atenção primária e da atenção ambulatorial especializada e hospitalar e reduzir a morbimortalidade materna e infantil.

2.5. A Rami é constituída pelos seguintes **componentes**:

I - Componente I - Atenção Primária à Saúde (APS): é, preferencialmente, organizado pela Unidade Básica de Saúde (UBS) e engloba as ações referentes ao planejamento familiar, ao cuidado seguro, de qualidade e humanizado à gestante, à

perda gestacional, ao parto, ao nascimento, ao puerpério e à puericultura, por intermédio da organização dos processos de trabalho das equipes de saúde e da produção do cuidado, com apoio diagnóstico e terapêutico ágil e oportuno.

II - Componente II - Atenção Ambulatorial Especializada (AAE): é responsável pela assistência especializada à gestação de alto risco e pelo seguimento do recém-nascido e da criança egressos de unidade neonatal, observados o perfil epidemiológico, a organização regional, a densidade populacional e a distância para deslocamentos.

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

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

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

VI - Componente VI - Sistema de Governança: constitui a capacidade de intervenção que envolve diferentes atores, mecanismos e procedimentos para gestão compartilhada.

2.6. A Rami será constituída pelos seguintes **serviços**:

- I - unidade básica de saúde;
- II - serviço de atenção ambulatorial especializada à gestação de alto risco (- AG A R);
- III - serviço de atenção ambulatorial especializada do seguimento do recém-nascido e criança egressos da unidade neonatal (- ANEO);
- IV - maternidade e/ou hospital geral com leitos obstétricos, cirúrgicos e clínicos com habilitação em gestação de baixo risco (- MAB) portes I, II e III;
- V - unidade de centro de parto normal intra-hospitalar (- CPN) tipos I e II;
- VI - unidade de centro de parto normal peri-hospitalar (CPNp);
- VII - casa da gestante bebê e puérpera (- CGBP);
- VIII - atenção hospitalar de referência à gestação de alto risco (- GAR) tipo I;
- IX - atenção hospitalar de referência à gestação de alto risco (- GAR) tipo II;
- X - unidade de terapia intensiva neonatal (Utin) tipos II e III;
- XI - unidade de cuidados intermediários neonatal convencional (UCINco);
- XII - unidade de cuidados intermediários canguru (UCINca);
- XIII - referência hospitalar em atendimento secundário à gestação de alto risco; e
- XIV - referência hospitalar em atendimento terciário à gestação de alto risco.

2.7. Os serviços previstos no inciso I e nos incisos V a XIV do caput são aqueles que compõem a Rede Cegonha e que ficam incorporados à Rami. Não será permitida nova habilitação dos serviços: unidade de centro de parto normal peri-hospitalar (CPNp), atenção hospitalar de referência à gestação de alto risco (- GAR) tipo I, referência hospitalar em atendimento secundário à gestação de alto risco e referência hospitalar em atendimento terciário à gestação de alto risco.

2.8. Houve expansão das CGBP (Casa de Gestante Bebê e Puérpera) para maternidades de baixo risco gestacional: serviço que conta com a expertise da enfermagem em monitorar mães e bebês. Criação do ambulatório de alto risco gestacional (AGAR): serviço que deve disponibilizar a expertise de médicos e enfermeiros no cuidado às gestantes de alto risco gestacional. Criação do ambulatório de seguimento do recém-nascido e criança egressos da Unidade Neonatal (ANEO): serviço que deve disponibilizar a expertise de médicos e enfermeiros no cuidado às crianças que necessitaram de serviços especializados. Manutenção da atuação nos Centros de parto normal (CPNi) como coordenador do cuidado, tendo o médico obstetra e pediatra como apoio nos casos de intercorrências obstétricas e neonatais.

2.9. O Ministério da Saúde reconhece a atuação multiprofissional e, ainda, valoriza o esforço incomparável de todos os profissionais de saúde, na atenção materna e infantil desse país. A Rede de Atenção Materna e Infantil incorpora todos os componentes da Rede Cegonha e amplia recursos para oferta de novos serviços. Foi construída com base na necessidade de atualização e ampliação da rede existente, trazendo os preceitos de segurança e qualidade como pilares inerentes à humanização.

3. FISCALIZAÇÃO E MONITORAMENTO

3.1. A sistemática do monitoramento inicia-se na Portaria GM/MS nº 715, de 4 de abril de 2022, art. 25 a 34. Em suma, o monitoramento e a avaliação da Rami serão realizados, anualmente, pelo Ministério da Saúde, por meio da avaliação de alguns indicadores do Previne Brasil e indicadores da própria Rami. O aviso de comunicação de abertura do ciclo de monitoramento é encaminhado via Sistema de Apoio à Implementação de Políticas Públicas em Saúde (Saips).

3.2. Serão 4 (quatro) indicadores do Previne Brasil a serem monitorados:

- a) proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª (primeira) até a 12ª (décima segunda) semana de gestação;
- b) proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV;
- c) proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado;
- d) proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por haemophilus influenzae tipo b e Poliomielite inativada;

3.3. E, 15 (quinze) indicadores da Rami a serem monitorados:

- a) Número de mulheres de 14 a 49 anos, que realizaram o procedimento de inserção de dispositivo intrauterino (DIU), em determinado período e segundo o município de residência;
- b) Número de mulheres de 14 a 49 anos que realizaram o procedimento de teste rápido de gravidez antes da 12ª semana de gestação, em determinado período e segundo o município de residência;
- c) Número de nascimentos de mães com idade inferior a 14 anos, em que o desfecho foi: nascimento ou óbito fetal, segundo o município de residência;
- d) Número de nascimentos de mães de 14 a 19 anos, segundo o município de residência;
- e) Número de gestantes com registro de consultas e/ou exames realizados no ambulatório de gestação de alto risco, segundo o município de residência;
- f) Proporção de recém-nascidos com Apgar de 5º minuto < 7 segundo local de ocorrência (hospital/maternidade/outro) do nascimento;
- g) Proporção de recém-nascidos com extremo baixo peso ao nascer na faixa < 1.000g (até, inclusive 999g), segundo o município de residência;
- h) Proporção de recém-nascidos com muito baixo peso ao nascer nas faixas de <1.500g a 1.000g (até, inclusive, 1.499g), segundo o município de residência;

- i) Proporção de recém-nascidos com baixo peso ao nascer nas faixas < 2.500g (até 1.500g);
- j) Taxa de mortalidade em menores de 1 ano (mortalidade infantil) ou Número absoluto para municípios menores de 80 mil habitantes;
- k) Taxa de mortalidade fetal;
- l) Número absoluto de óbito neonatal (<27 dias) por causas evitáveis, pelos grupos de causas: (P00-P04: reduzível por adequada atenção à gestação, ao parto, ao feto e ao recém-nascido), conforme lista brasileira* e suas atualizações de causas evitáveis, segundo município de residência;
- m) Número absoluto de óbito infantil por grupos de causas da CID 10ª (J00 a J22), segundo o município de residência;
- n) Taxa de internação por doença diarreica aguda em crianças menores de 1 ano de idade; e
- o) Taxa de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano.

3.4. O plano de ação macrorregional é documento orientador para implementação, financiamento, monitoramento e avaliação da Rami e deverá ser elaborado observado o modelo do plano disponível no sítio do Ministério da Saúde. Deverá ser aprovado na CIB e atender aos requisitos de caracterização do território de matriz diagnóstica de cobertura de acesso e capacidade instalada na APS, na AAE e na atenção hospitalar especializada; previsão de obras (construção, reforma); da estimativa de necessidade de equipamentos; e da estimativa de custos para as ações de melhoria dos indicadores e implementação efetiva da rede de atenção materna e infantil. O plano de ação deve estar disponível na Unidade Técnica antes que o monitoramento seja iniciado, tendo em vista ser um instrumento norteador para identificar as ações e serviços pactuados.

3.5. A documentação exigida para o monitoramento é o checklist do ciclo de monitoramento de acordo com cada tipo de habilitação; o termo de compromisso do gestor do serviço, garantindo a manutenção do cumprimento dos requisitos mínimos de cada habilitação; o relatório da vistoria realizada "in loco" pelo gestor subnacional, com a avaliação das condições de funcionamento dos estabelecimentos de saúde; a apresentação do plano macrorregional da Rami atualizado e a apresentação de relatório de monitoramento do gestor subnacional, comprovando o cumprimento de todos os parâmetros de habilitação.

3.6. Para fins de monitoramento, os serviços que compreendem a Rami têm exigência mínima de produção, com cumprimento de parâmetros de procedimentos, conforme cada serviço:

- A MAB tem sua exigência mínima de produção vinculada ao porte. Será considerada a produção registrada na Autorização de Internação Hospitalar – AIH, constante da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS.
- Os CPNi tem sua exigência mínima de produção vinculada ao quantitativo de PPP. O procedimento parto normal em centro de parto normal intra-hospitalar (CPN) deve ser registrado na Autorização de Internação Hospitalar – AIH, com o código nº 03.10.01.005-5, constante da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS. Os estabelecimentos de saúde habilitados como CPNp devem apresentar informações de sua produção no âmbito do SUS, por meio de AIH, e serão acompanhados periodicamente pelo gestor local de saúde e pelo Ministério da Saúde.
- A Cgpb tem sua exigência mínima de produção vinculada ao quantitativo de camas e será considerada a produção registrada, constante da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, dos procedimentos de avaliação diária da gestante na Cgpb; avaliação diária de puérpera na Cgpb; avaliação diária de puérpera com recém-nascidos internados em unidades neonatais na Cgpb; avaliação diária de recém-nascidos ou crianças na Cgpb, os quais estão sendo criados para serem incluídos na versão final da minuta de portaria.

- O Agar deve realizar no mínimo 9.900 consultas por ano, pelo médico obstetra, com acesso regulado, sendo 83 consultas de primeira vez e 742 consultas de acompanhamento por mês. Será considerada a produção do procedimento consulta pré-natal de alto risco no AGAR, constante da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, que está sendo criado para ser incluído na versão final da minuta de portaria. Para o serviço de referência de gestação de alto risco será considerada a produção registrada, constante da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS.
- O Aneo deve realizar no mínimo 4.200 consultas por ano, pelo médico pediatra, com acesso regulado, sendo 350 consultas de acompanhamento por mês. Para o serviço Aneo, será considerado a produção do procedimento consulta de acompanhamento de recém-nascidos e crianças egressos de unidade neonatal, que está sendo criado para ser incluído na versão final da minuta de portaria.
- A Utin II e III tem sua exigência mínima de produção por leito habilitado, de 324 (trezentos e vinte e quatro) procedimentos anuais e média de 27 (vinte sete) mensais.
- A Ucinco tem sua exigência mínima de produção por leito habilitado, de 324 (trezentos e vinte e quatro) procedimentos anuais e média de 27 (vinte sete) mensais, e será considerada a produção registrada dos procedimentos constante da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS.
- A Ucinca tem sua exigência mínima de produção por leito habilitado, de 324 (trezentos e vinte e quatro) procedimentos anuais e média de 27 (vinte sete) mensais, e será considerada a produção registrada, constante da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS.
- Os serviços da Rami na Unidade de Básica de Saúde:

a) exames de teste rápido de gravidez: o sistema de informação que possibilitará o cálculo previsto de exames de teste rápido de gravidez é o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc). O monitoramento será feito mediante acompanhamento dos registros do procedimento 02.14.01.006-6 – teste rápido de gravidez, podendo ser realizado o encontro de contas (produção X oferta de testes rápidos de gravidez financiados), com possibilidade de suspensão do repasse.

b) exames relacionados ao pré-natal: o sistema de informação que possibilitará o cálculo é o E-SUSAB. O monitoramento será feito mediante acompanhamento dos registros dos procedimentos listados no § 4º, podendo ser realizado o encontro de contas (produção X oferta dos exames financiados), com possibilidade de suspensão do repasse.

3.7. A produção de procedimentos vinculados aos serviços será acompanhada periodicamente pelo gestor local de saúde e pelo Ministério da Saúde.

3.8. A avaliação das ações e serviços da Rami será por meio do preenchimento anual dos formulários inseridos no Sistema de Implementação de Políticas Públicas em Saúde (Saips), de acordo com cada tipo de habilitação. Nos casos de não apresentação do formulário, o gestor do SUS será notificado, por ofício, para envio do formulário, no prazo de 30 (trinta) dias, contados da data de recebimento da notificação. A habilitação dos serviços da Rami será suspensa por 180 dias no caso do descumprimento do prazo de 30 dias.

3.9. A suspensão da habilitação dos serviços da Rami também poderá ser feita caso haja descumprimento da equipe completa, da infraestrutura adequada para o funcionamento do serviço, da disponibilidade de insumos e medicamentos e da produção mínima dos procedimentos registrados no SIA, SIH e Sisab. O ente será notificado para regularização em 60 dias e, se descumprido o prazo, a habilitação será suspensa por 180 dias; e se superado esses dias, o serviço poderá ser desabilitado, o que acarreta na interrupção de repasses de recursos financeiros.

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

habilitação. A suspensão e a desabilitação do serviço serão publicadas em ato específico do Ministro de Estado da Saúde.

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

3.12. O monitoramento não dispensa o ente federativo beneficiário de comprovação da aplicação dos recursos financeiros recebidos por meio do Relatório Anual de Gestão – RAG; caberá aos órgãos de controle interno, especialmente ao Sistema Nacional de Auditoria - SNA, o monitoramento da correta aplicação dos recursos oriundos dos incentivos financeiros que tratam os serviços dispostos nesta portaria.

3.13. A implementação, o acompanhamento, o monitoramento e a avaliação da Rami serão realizados com o apoio da Câmara Técnica Assessora, que será composta por um representante da Secretaria de Atenção Primária à Saúde, que a coordenará, um representante da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, um representante da Secretaria de Vigilância em Saúde, um representante do núcleo de saúde materna e infantil da Secretaria Especial de Saúde Indígena e um representante do grupo condutor estadual.

3.14. Poderão participar das reuniões da Câmara Técnica Assessora, como convidados especiais, sem direito a voto, representantes dos órgãos do Ministério da Saúde e especialistas afetos ao tema em discussão, cuja presença seja considerada necessária ao tema abordado.

4. CRITÉRIOS DE HABILITAÇÃO

4.1. Para que os serviços sejam habilitados à Rami, o ente federativo responsável pela gestão do serviço deverá encaminhar a solicitação de habilitação, exclusivamente por meio do Sistema de apoio à implementação de políticas em saúde (Saips), com a inserção dos seguintes documentos:

- a) ofício do gestor local solicitando a habilitação pleiteada;
- b) plano macrorregional da Rami aprovado pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (Cgses/DF);
- c) deliberação CIB ou Cgses/DF aprovando a habilitação solicitada pelo serviço;
- d) formulário da inspeção da vigilância sanitária (Visa) de acordo com os critérios de habilitação, com parecer favorável; e
- e) formulário da visita técnica assinado pelo gestor local de saúde do município, estado ou Distrito Federal, de acordo com habilitação pleiteada.

4.2. Seguem os serviços que compreendem a Rami, seus requisitos e critérios de habilitação:

1. Serviços de Atenção a Gestante de Baixo Risco	Maternidade de Baixo Risco (MAB): responsável pelo atendimento às gestantes de baixo risco, sendo maternidade ou hospital geral com leitos obstétricos e produção acima de 500 partos por ano. Classificada conforme produção anual de partos: <ol style="list-style-type: none"> 1. MAB porte I - serviços com produção de 500 a 1.200 parto/ano; 2. MAB porte II - serviços com produção de 1.201 a 2.400 parto/ano; e 	Centro de Parto Normal (CPN) é a unidade responsável pela assistência à gestante de baixo risco em trabalho de parto; O Cpn é classificado em: <ol style="list-style-type: none"> I - CPN intra-hospitalar tipo I 3 PPP; II - CPN intra-hospitalar tipo I 5 PPP; III- CPN intra-hospitalar tipo II 3 PPP; e IV - CPN intra-hospitalar tipo II 5 PPP. 	Casa da Gestante Bebê e Puérpera (CGBP) é uma residência provisória de cuidado à gestação, ao puerpério e ao recém-nascidos para usuários que necessitem de vigilância e que estejam em situação de risco ou vulnerabilidade, identificadas pela Atenção Básica ou Especializada.
---	--	--	---

	3. MAB porte III - serviços com produção acima de 2.401 parto/ano.		
Requisitos	Plano de Ação; pactuação na Comissão Intergestores Bipartite - CIB e regionalmente, no âmbito da Comissão Intergestores Regional – CIR homologada pela CIB;Ofício do gestor local formalizando pedido de habilitação; Formulário com Check list; Relatório da vistoria realizada pela vigilância sanitária local, com a avaliação das condições para habilitação pleiteada; Alvará Sanitário; Deliberação da CIB, CIR (homologada na CIB) ou colegiado de gestão do Distrito Federal com pactuação da solicitação de habilitação.	Plano de Ação; pactuação na Comissão Intergestores Bipartite - CIB e regionalmente, no âmbito da Comissão Intergestores Regional – CIR homologada pela CIB;Ofício do gestor local formalizando pedido de habilitação; Formulário com Check list; Relatório da vistoria realizada pela vigilância sanitária local, com a avaliação das condições para habilitação pleiteada; Alvará Sanitário; Deliberação da CIB, CIR (homologada na CIB) ou colegiado de gestão do Distrito Federal com pactuação da solicitação de habilitação.	Plano de Ação; pactuação na Comissão Intergestores Bipartite - CIB e regionalmente, no âmbito da Comissão Intergestores Regional – CIR homologada pela CIB; Ofício do gestor local formalizando pedido de habilitação; Formulário com Check list; Relatório da vistoria realizada pela vigilância sanitária local, com a avaliação das condições para habilitação pleiteada; Alvará Sanitário; Deliberação da CIB, CIR (homologada na CIB) ou colegiado de gestão do Distrito Federal com pactuação da solicitação de habilitação.
Crítérios de Habilitação	Ambiência e infraestrutura; Protocolo assistenciais; Medicamentos e insumos; Equipamentos; Serviços; Equipe multiprofissional.	Ambiência e infraestrutura; Protocolo assistenciais; Medicamentos e insumos; Equipamentos; Serviços; Equipe multiprofissional.	Ambiência e infraestrutura; Protocolo assistenciais; Serviços; Equipe.
2. Serviços de Atenção à gestação de alto risco	Ambulatório Especializado de Gestação de Alto Risco (Agar) deve garantir o acesso aos recursos assistenciais, aos exames laboratoriais, gráficos, de imagem, terapêuticos e de apoio, de acordo com o perfil de demanda e o caráter eletivo do atendimento	Serviço de referência à Gestação de Alto Risco (GAR) é responsável pelos serviços que abrangem a atenção à gestante de alto risco, ao recém-nascido de risco e à puerpera de risco. Tipo I e Tipo II:	
Requisitos	Plano de Ação; pactuação na Comissão Intergestores Bipartite - CIB e regionalmente, no âmbito da Comissão Intergestores Regional – CIR homologada pela CIB;Ofício do gestor local formalizando pedido de habilitação; Formulário com Check list; Relatório da vistoria realizada pela vigilância sanitária local, com a avaliação das condições para habilitação pleiteada; Alvará Sanitário; Deliberação da CIB, CIR (homologada na CIB) ou colegiado de gestão do Distrito Federal com pactuação da solicitação de habilitação.	Plano de Ação; pactuação na Comissão Intergestores Bipartite - CIB e regionalmente, no âmbito da Comissão Intergestores Regional – CIR homologada pela CIB;Ofício do gestor local formalizando pedido de habilitação; Formulário com Check list; Relatório da vistoria realizada pela vigilância sanitária local, com a avaliação das condições para habilitação pleiteada; Alvará Sanitário; Deliberação da CIB, CIR (homologada na CIB) ou colegiado de gestão do Distrito Federal com pactuação da solicitação de habilitação.	
Crítérios	Ambiência, infraestrutura e fluxo assistencial; Equipe multiprofissional; Acesso regulado às especialidades de acordo com as necessidades de cada	GAR tipo I: Instalações físicas; Protocolos assistenciais; Medicamentos e insumos; Serviços em período integral de vinte e quatro horas durante sete dias da semana; Equipamentos em período integral de vinte e quatro horas	

	gestante e em até, no máximo, 15 dias a partir da indicação clínica	durante sete dias da semana; - acesso regulado a leito de UTI adulto; equipe de profissionais para a atenção à gestante, à puérpera e ao recém-nascido, com exceção dos seguintes: médico neonatologista ou intensivista pediatria; médico clínico geral; fisioterapeuta; fonoaudiólogo.
		GAR tipo II: Instalações físicas; Protocolos assistenciais; Medicamentos e insumos; Serviços em período integral de vinte e quatro horas durante sete dias da semana; Equipamentos em período integral de vinte e quatro horas durante sete dias da semana; - acesso regulado a leito de UTI adulto; equipe de profissionais para a atenção à gestante, à puérpera e ao recém-nascido
3. Serviços de Atenção Infantil	Atenção ambulatorial especializada ao seguimento do recém-nascido e a criança egressos de unidade neonatal (Aneo) visa garantir o acompanhamento qualificado após a alta hospitalar.	<p>Unidade Neonatal (Uneo) é um serviço de internação responsável pelo cuidado integral ao recém-nascido grave ou potencialmente grave, dotado de estruturas assistenciais que possuam condições técnicas adequadas à prestação de assistência especializada, incluindo instalações físicas, equipamentos e recursos humanos. A Unidade Neonatal (Uneo) é subdividida de acordo com as necessidades do cuidado:</p> <p>I- Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (Utin), é um serviço hospitalar para o atendimento do recém-nascido grave ou com risco de morte.</p> <p>II- Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (Ucinco),</p> <p>III - Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (Ucinca).</p> <p>Parágrafo único. A Unidade Neonatal é composta por leitos de Utin, Ucinco e Ucinca</p>
Requisitos	Plano de Ação; pactuação na Comissão Intergestores Bipartite - CIB e regionalmente, no âmbito da Comissão Intergestores Regional – CIR homologada pela CIB; Ofício do gestor local formalizando pedido de habilitação; Formulário com Check list; Relatório da vistoria realizada pela vigilância sanitária local, com a avaliação das condições para habilitação pleiteada; Alvará Sanitário; Deliberação da CIB, CIR (homologada na CIB) ou colegiado de gestão do Distrito Federal com pactuação da solicitação de habilitação.	Plano de Ação; pactuação na Comissão Intergestores Bipartite - CIB e regionalmente, no âmbito da Comissão Intergestores Regional – CIR homologada pela CIB; Ofício do gestor local formalizando pedido de habilitação; Formulário com Check list; Relatório da vistoria realizada pela vigilância sanitária local, com a avaliação das condições para habilitação pleiteada; Alvará Sanitário; Deliberação da CIB, CIR (homologada na CIB) ou colegiado de gestão do Distrito Federal com pactuação da solicitação de habilitação.
Critérios	ser vinculado à estabelecimento de saúde (hospital/maternidade) com serviço de alta complexidade ou de referência regional neonatal; disponibilização de vagas para atendimento de recém-nascidos e crianças em até 30 dias após a alta da unidade neonatal; acesso regulado aos recursos assistenciais, diagnósticos e terapêuticos de apoio, de acordo com o perfil de demanda e o caráter eletivo do atendimento, incluindo os previstos nos	<p>Utin: Instalações físicas; Materiais e equipamentos; Garantir os serviços à beira do leito, prestados por meios próprios ou por serviços terceirizados; garantia de acesso, no próprio estabelecimento hospitalar ou em outro com acesso formalizado, aos seguintes serviços de diagnóstico e terapêutica; Equipe multiprofissional.</p> <p>UCINCo: Instalações físicas e fluxos assistenciais; Equipamentos; Equipe Multiprofissional; Garantia de acesso aos serviços à beira do leito, prestados por meios próprios ou por serviços terceirizados; Garantia de acesso, no próprio estabelecimento hospitalar ou em outro com</p>

<p>programas de triagem neonatal do Ministério da Saúde; Instalações físicas e fluxos assistenciais; Serviços: Equipamentos em período integral de vinte e quatro horas durante sete dias da semana; Equipe multiprofissional especializada com carga horária mínima de 40 (quarenta) horas</p>	<p>acesso formalizado, aos seguintes serviços de diagnóstico e terapêutica</p> <hr/> <p>UCINCa: Instalações físicas e fluxos assistenciais; Equipamentos; Equipe Multiprofissional</p>
---	--

4.3. Excepcionalmente, será habilitado estabelecimento como MAB Porte I que apresente produção inferior a 500 partos, que estão em localidades com vazio assistencial, desde que seja pactuado na macrorregião e atenda aos critérios para habilitação do serviço. É vedado aos estabelecimentos de saúde mais de uma habilitação em MAB. O hospital habilitado como MAB porte I fica impossibilitado de ser habilitado como Centro de Parto Normal intra-hospitalar (Cpni).

4.4. Para a manutenção do serviço de CPN peri-hospitalar (Cpnp), habilitado pela rede cegonha na Rami, o serviço deve manter os critérios, de ambiência e infraestrutura, protocolo assistenciais: estar localizado nas imediações do estabelecimento hospitalar de referência, a uma distância que deve ser percorrida em tempo inferior a 20 (vinte) minutos do respectivo estabelecimento, em unidades de transporte adequadas; garantir a transferência da mulher e do recém-nascido para o estabelecimento hospitalar de referência, nos casos eventuais de risco ou intercorrências, em unidades de transporte adequadas, nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e nos 7 (sete) dias da semana; e garantir a equipe mínima.

4.5. As solicitações de habilitação e qualificação dos serviços que compõem a Rami serão avaliadas pelo Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (Dapes/Saps/MS) e do Departamento Atenção Hospitalar Domiciliar e de Urgência (Dahu/Saes/MS), com realização, se necessário, de visita técnica *in loco*, com emissão de parecer conclusivo sobre o pedido.

5. FINANCIAMENTO

5.1. A Rede Materna e Infantil será financiada com recursos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, cabendo à União, por meio do Ministério da Saúde, nas unidades básicas de saúde, custear os exames de teste rápido de gravidez que serão financiados com 100% (cem por cento) do custeio, em parcela única via fundo a fundo, devendo ser calculado de acordo com o número de nascidos vivos do último ano por município de residência, acrescido de 20%(vinte por cento); o incentivo dos exames, relacionados ao pré-natal da Rami na APS, será repassado aos municípios, em parcela única, via fundo a fundo, e calculado de acordo com os registros das gestantes com exames avaliados até a 20ª semana de gestação.

5.2. O serviço de atenção ambulatorial especializada à gestação de alto risco (Agar) será financiado por meio de incentivo na modalidade de custeio global com recurso financeiro de R\$ 100.000,00 (cem mil reais) por mês no total de R\$ 1.200.000,00 (um milhão e duzentos mil reais) ao ano, com produção mínima de 83 (oitenta e três) primeiras consultas e 742 (setecentos e quarenta e dois) consultas de acompanhamento por mês, realizadas, exclusivamente, por médico obstetra, considerando uma cobertura para 5.500 (cinco mil e quinhentos) gestantes estimadas por ano, sendo 825 (oitocentos e vinte e cinco) gestantes de alto risco cadastradas (15%).

5.3. O serviço de atenção ambulatorial especializada do seguimento do recém-nascido e criança egressos da unidade neonatal (Aneo) será financiado por meio de incentivo na modalidade de custeio global com recurso financeiro de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) por mês no total de R\$ 600.000,00 (seiscentos mil reais) ao ano, com produção mínima de 4.200 (quatro mil e duzentos) consultas por ano e 350 (setecentos e quarenta e dois) consultas de acompanhamento por mês, realizadas, por médico pediatra, considerando uma cobertura para 500 (quinhentos) recém-nascidos e crianças.

5.4. À maternidade e/ou hospital geral com leitos obstétricos, cirúrgicos e clínicos com habilitação em gestação de baixo risco (MAB) portes I, II e III ficam instituídos os repasses do incentivo mensal, que ocorrerão de acordo com o volume de partos/ano, registrado no SIH-SUS, para as maternidades conforme produção.

- 5.5. A unidade de centro de parto normal intra-hospitalar tipos I e II, o custeio de CPNi será financiado, conforme tipo e quarto. A unidade de centro de parto normal peri-hospitalar, para a manutenção do incentivo financeiro do CPNp habilitados, permanece de acordo com os valores de habilitação.
- 5.6. A casa da gestante bebê e puérpera, o custeio mensal da Cgbp será realizado conforme número de camas.
- 5.7. A atenção hospitalar de referência à gestação de alto risco (GAR) tipo I, para a manutenção do incentivo financeiro do GAR tipo I habilitados, permanece os valores estipulados pela portaria de habilitação do estabelecimento.
- 5.8. A atenção hospitalar de referência à gestação de alto risco tipo II terá seu valor calculado conforme o número de leitos novos X 365 dias X R\$480,00 X 0,85.
- 5.9. A unidade de terapia intensiva neonatal tipos II e III terão seus valores calculado conforme tipo: Utin tipo II = Número de leitos X valor do procedimento de diária de Utin II + 321,28 (incentivo Rami) x 0,90 x 365 e Utin tipo III = Número de leitos X valor do procedimento de diária de Utin III + 291,37 (incentivo Rami) x 0,90 x 365.
- 5.10. A unidade de cuidados intermediários canguru terá seu valor calculado conforme número de leitos X valor do procedimento de diária de Ucinca.
- 5.11. A referência hospitalar em atendimento secundário à gestação de alto risco, para a manutenção do incentivo financeiro do serviço habilitado, permanece os valores estipulados pela portaria de habilitação do estabelecimento.
- 5.12. A referência hospitalar em atendimento terciário à gestação de alto risco, para a manutenção do incentivo financeiro do serviço habilitado, permanece os valores estipulados pela portaria de habilitação do estabelecimento.
- 5.13. Não será permitida nova habilitação para os serviços de unidade de centro de parto normal peri-hospitalar, de atenção hospitalar de referência à gestação de alto risco tipo I, de referência hospitalar em atendimento secundário à gestação de alto risco e de referência hospitalar em atendimento terciário à gestação de alto risco.
- 5.14. Os serviços de atenção ambulatorial especializada à gestação de alto risco (Agar); serviço de atenção ambulatorial especializada do seguimento do recém-nascido e criança egressos da unidade neonatal (Aneo); e a maternidade e/ou hospital geral com leitos obstétricos, cirúrgicos e clínicos com habilitação em gestação de baixo risco (MAB) portes I, II e III, desde que atendam aos critérios de habilitação, deverão encaminhar a solicitação de habilitação via Saips ao Ministério da Saúde.
- 5.15. O financiamento para aquisição de equipamentos e materiais permanentes deverá atender ao dispositivo no Título VII, Capítulo I, da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, que trata da Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes.
- 5.16. Os incentivos financeiros de obras previstas para a Rami serão vinculados ao valor específico do metro quadrado, estipulado por região do Brasil, de acordo com os componentes de investimento.
- 5.17. Os recursos financeiros para a execução dos serviços que compõem a Rami são oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, de acordo com disponibilidade orçamentária, a previsão inicial para 12 meses foi no valor de R\$ 624 milhões.
- 5.18. Com o avançar dos meses, foi recalculado para o montante de R\$ 519.316.666,66 (quinhentos e dezenove milhões, trezentos e dezesseis mil, seiscientos e sessenta e seis reais) para o exercício 2022, conforme Nota Técnica nº 8/2022-CGCIVI/DAPES/SAPS/MS (0026334574), devendo onerar a funcional programática - 10.302.5018. 8585.0000 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade, para os novos serviços previstos na Rami, e as demais funcionais os serviços incorporados e vinculados a estas funcionais:

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

II - 10.302.5018.8535.0000 - Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde, Plano Orçamentário 000C - Estruturação da Rede Cegonha.

6. DESCRIÇÃO DA ESTRATÉGIA DE IMPLEMENTAÇÃO

6.1. A Rami deverá ser implementada, em todo o território nacional e de forma tripartite, pela União, estados, Distrito Federal e municípios, respeitados os critérios epidemiológicos, como taxa de mortalidade materna e infantil, densidade populacional e a oferta de serviços, atendendo a sua finalidade e contribuindo para uma rede de atenção organizada e estruturada dentro de uma normativa exequível no atendimento ao parto e nascimento nos serviços do SUS.

6.2. Para implementação da Rede, os municípios deverão instituir grupo condutor macrorregional e os estados, grupo condutor estadual.

Grupo	Atribuição
Condutor Macrorregional	Avaliar o funcionamento das regiões quanto a capacidade instalada, densidade tecnológica e necessidade de serviços para organização e pactuação dos fluxos assistenciais da Rami; elaborar plano de ação macrorregional, que contemple os componentes da Rami, com ênfase na articulação e na proposição de ações que envolvam o complexo regulador; e apoiar o monitoramento e a avaliação das ações estabelecidas no plano macrorregional.
Condutor Estadual	avaliar os planos de ação macrorregionais; contribuir para a efetivação dos acordos macrorregionais e intra-estaduais, e apoiar a articulação e pactuação de acordos interestaduais, nos casos em que a organização macrorregional da Rami envolva mais de um estado; apoiar a elaboração e a organização da linha de cuidado materna e infantil, e acompanhar sua implementação e funcionamento; apoiar o monitoramento e a avaliação da implementação da Rami, no âmbito estadual; e colaborar com a Câmara Técnica Assessora para a organização, o monitoramento e a avaliação da Rami, no âmbito nacional.

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

6.4. A Rami será constituída pelos seguintes serviços:

- I - unidade básica de saúde;
- II - serviço de atenção ambulatorial especializada à gestação de alto risco (AGAR);
- III - serviço de atenção ambulatorial especializada do seguimento do recém-nascido e criança egressos da unidade neonatal (ANEO);
- IV - maternidade e/ou hospital geral com leitos obstétricos, cirúrgicos e clínicos com habilitação em gestação de baixo risco (MAB) portes I, II e III;
- V - unidade de centro de parto normal intra-hospitalar tipos I e II;
- VI - unidade de centro de parto normal peri-hospitalar;
- VII - casa da gestante bebê e puérpera;
- VIII - atenção hospitalar de referência à gestação de alto risco tipo I;
- IX - atenção hospitalar de referência à gestação de alto risco tipo II;
- X - unidade de terapia intensiva neonatal tipos II e III;
- XI - unidade de cuidados intermediários neonatal convencional;
- XII - unidade de cuidados intermediários canguru;
- XIII - referência hospitalar em atendimento secundário à gestação de alto risco; e
- XIV - referência hospitalar em atendimento terciário à gestação de alto risco.

7. REFERÊNCIAS

- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria de Consolidação 3, de 28 de setembro de 2017, Anexo II, Título II, Capítulo II Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha.

Disponível: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html Brasil. Ministério da Saúde (MS).

- Portaria de Consolidação 6, de 28 de setembro de 2017, Título VIII, Capítulo I – Institui o financiamento da Rede Cegonha. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006_03_10_2017.html
- Portaria GM/MS nº 715 de 4 de abril de 2022, Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami) - 0026245559



Documento assinado eletronicamente por **Simone Garcia de Araujo, Bolsista**, em 13/04/2022, às 22:35, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Lana de Lourdes Aguiar Lima, Diretor(a) do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas substituto(a)**, em 14/04/2022, às 09:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0026337783** e o código CRC **774F36BC**.

Referência: Processo nº 25000.024319/2022-75

SEI nº 0026337783

Coordenação-Geral de Ciclos da Vida - CGCIVI
Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900
Site - saude.gov.br