

TO	SANDOLÂNDIA	171884	Ampliação UBS	13892610000113001	1381	09/07/2013	Programa	Não cumprimento de prazo para conclusão da obra.	R\$ 73.260,00	R\$ 73.260,00
TO	XAMBIOÁ	172210	Ampliação UBS	11964908000113002	1381	09/07/2013	Programa	Não cumprimento de prazo para conclusão da obra.	R\$ 133.515,00	R\$ 133.515,00

## 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 resolutiveiras, 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 resolutividade 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 resolutividade 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 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 Tripartite (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 - transcrito 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 federada 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 planejarem 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 e 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 de atenção primária; (Origem: Res. CIT 2/2012, art. 8º, I)
- II - ações e serviços de urgência e emergência; (Origem: Res. CIT 2/2012, art. 8º, II)
- III - ações e serviços de atenção psicossocial; (Origem: Res. CIT 2/2012, art. 8º, III)
- IV - ações e serviços de atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e (Origem: Res. CIT 2/2012, art. 8º, IV)
- V - ações e serviços de 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 a 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 o 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 cenários de uso de drogas, especialmente o crack ("cracolândias"), de forma multiprofissional e intersectorial; (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 intersectorial 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 ameace 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 ameace 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 necessitem 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 zona 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 Intermidiária: 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 reverterem 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 à 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 larvitampa 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 conclua 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 1º 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 técnicas e administrativas, 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 assessorar 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)

