

## **RESOLUÇÃO NORMATIVA – RN XXX, DE XX DE XXXXXX DE 2014.**

*Dispõe sobre a obrigatoriedade da utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar.*

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, tendo em vista o disposto no § 4º do art. 10 da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, no art. 4º, incisos XXI e XLI alínea "a", e no inciso II do art. 10, ambos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, e na alínea "a", do inciso II, do art. 86 da Resolução Normativa – RN nº 197, de 16 de julho de 2009, em reunião realizada em XX de XXXXXX de 2014, adotou a seguinte Resolução Normativa, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

Art. 1º. Esta Resolução Normativa – RN dispõe sobre a obrigatoriedade de utilização do partograma, do cartão da gestante, e da carta de informação à gestante no âmbito da Saúde Suplementar.

Art. 2º. O Cartão da Gestante, contendo a Carta de Informação a Gestante, é um instrumento de registro das consultas de pré-natal que contém os principais dados de acompanhamento da gestação, devendo permanecer em posse da paciente e ser apresentado na maternidade quando for admitida em trabalho de parto e deverá conter no mínimo os dados constantes do Cartão da Gestante do Ministério da Saúde, conforme o Anexo I, desta RN.

Art. 3º. O Cartão da Gestante deverá ser disponibilizado pela Operadora de Planos Privados de Assistência à Saúde sempre que for solicitado por uma de suas beneficiárias que esteja em período gestatório.

Art. 4º. O Partograma é um documento gráfico onde são feitas as anotações do desenvolvimento do trabalho de parto, das condições maternas e fetais e deverá conter, no mínimo, as informações indicadas pela Organização Mundial da Saúde – OMS, conforme o Anexo II, desta RN.

Parágrafo único. Nos casos excepcionais em que o Partograma não puder ser realizado devido a indicação médica, este deverá ser substituído por relatório médico detalhado.

Art. 5º. Considera-se parte integrante do processo para pagamento do procedimento parto, o partograma ou o relatório médico detalhado, citados no art. 4º desta Resolução Normativa.

Art. 6º. Esta Resolução Normativa entra em vigor 180 (cento e oitenta) dias após a sua publicação.

ANDRÉ LONGO ARAÚJO DE MELO  
Diretor-Presidente

## Anexo I<sup>1</sup>

**ANS** Agência Nacional de Saúde Suplementar

# CARTÃO DA GESTANTE

Nome

Endereço

Bairro Município

Telefone

Nome da Operadora

Registro ANS

**Agendamento**

Data	Hora	Nome do profissional	Sala

<sup>1</sup> O anexo foi desenvolvido pela Gerência de Comunicação Social – GCOMS com base no Cartão da Gestante do Ministério da Saúde e no modelo da Carta de Informação à Gestante da proposta de RN proposta pela área técnica da DIPRO.



## Carta de Informação à Gestante

O parto é um momento muito especial, que marca uma transição na vida da mulher e da família. Representa o primeiro encontro com o bebê. Por isso, é importante a mulher vivenciar este momento plenamente.

Pense em tudo o que gostaria ou não gostaria que acontecesse em seu parto, quem você gostaria de ter ao seu lado, como gostaria de aliviar a dor.

Esclareça as dúvidas com seu médico. Assim você participará de forma ativa de todas as decisões sobre o seu parto.

O final da gestação, entre a 37ª e a 42ª semana, também é fundamental para a completa formação do bebê dentro do útero. Muitos recém-nascidos acabam sofrendo de problemas respiratórios devido a cesáreas agendadas e realizadas antes do início do trabalho de parto, em uma fase em que o bebê ainda não está pronto para nascer. Isto pode aumentar algumas complicações, tais como problemas respiratórios agudos e outras morbidades neonatais, quando comparados àqueles nascidos com 39 semanas ou mais. Em consequência, levar a necessidade de internação em uma UTI neonatal. Esta situação interfere no início do aleitamento materno e na adequada adaptação do recém-nascido à vida extrauterina, ocasionados pela internação.

O parto cesáreo é procedimento cirúrgico que deve observar claras indicações médicas.

Idade	Estado Civil
Peso anterior	Altura (cm)
Antecedentes familiares: <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Gemelar	

Exames	Data	Resultado	
ABO-RH			
Toxoplasmose			
HBsAg (1º e 3º trimestre)			
Glicemia de Jejum			
TOTG (2h/75g)			
Anti-HIV			
HB/Ht			
VDRL			
Urina-EAS			
Urina Cultura			
Coombs Indireto			
Outros			
Eletroforese de Hemoglobina	Padrão <input type="checkbox"/> AA	Heterzigose <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> AC	Homozigose <input type="checkbox"/> SS <input type="checkbox"/> SC
Malária (somente para região Amazônica)			

Teste Rápido	Data	Resultado
Sífilis		
HIV		
Hepatite B e C		

**Suplementação Sulfato ferroso**

Sim  1º mês  2º mês  3º mês  4º mês  5º mês  6º mês  7º mês  8º mês  9º mês

Não  1º mês  2º mês  3º mês  4º mês  5º mês  6º mês  7º mês  8º mês  9º mês

**Suplementação Ácido fólico**

Sim  1º mês  2º mês  3º mês  4º mês  5º mês  6º mês  7º mês  8º mês  9º mês

Não  1º mês  2º mês  3º mês  4º mês  5º mês  6º mês  7º mês  8º mês  9º mês

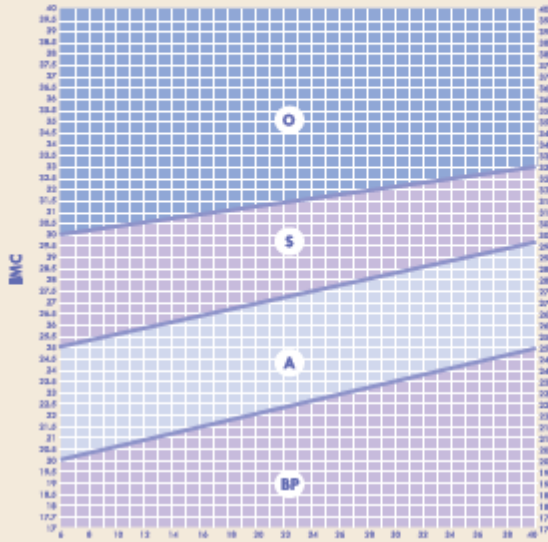
**Ultrassonografia**

Data	IG DUM	IG USG	Peso fetal	Placenta	Líquido	Outros



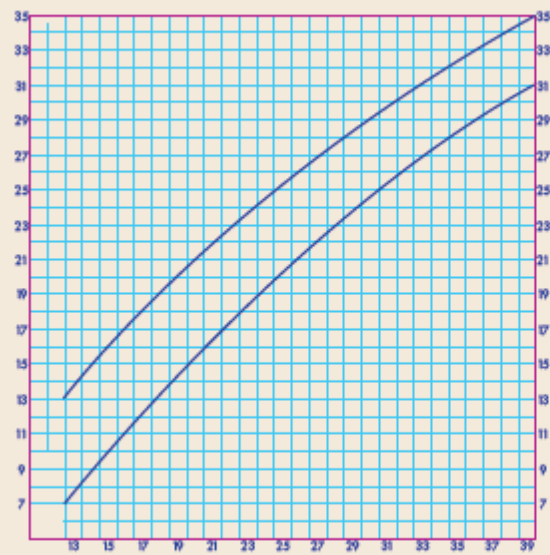


### Gráfico de acompanhamento nutricional

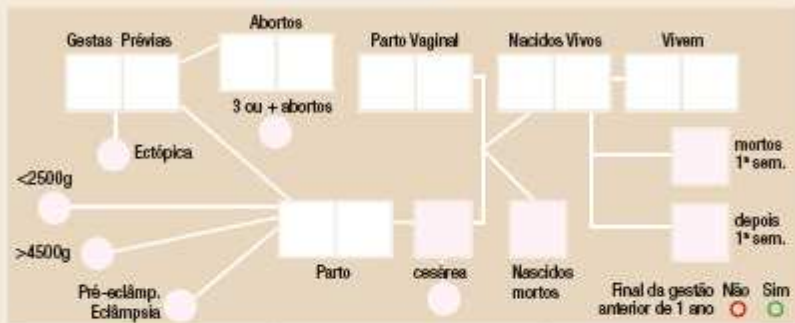


BP Baixo peso    A Adequado    S Sobrepeso    O Obesa

### Curva de altura uterina / idade gestacional



DUM	/	/	<b>Tipo de gravidez</b>	Risco habitual	<input type="radio"/>
DPP	/	/	<input type="radio"/> Única	Gravidez Alto Risco	<input type="radio"/>
DPP	/	/	<input type="radio"/> Gemelar	Gravidez Planejada	Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/>
			<input type="radio"/> Tripla ou mais		
			<input type="radio"/> Ignorada		



Não		Sim		Antecedentes clínicos	
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cardiopatia	<input type="radio"/>
Infecção Urinária	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tromboembolismo	<input type="radio"/>
Infertilidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hipertensão Arterial	<input type="radio"/>
				Cir.pelv.uterina	<input type="radio"/>
				Outros	<input type="radio"/>
				Outros	<input type="radio"/>

Gestão Atual							
Não		Sim		Não		Sim	
Fumo (nº de cigarros)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Anemia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hipertensão arterial	<input type="radio"/>
Álcool	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Inc. Istmocervical	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pré-eclâmpsia/eclâmp.	<input type="radio"/>
Outras drogas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ameaça parto premat.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cardiopatia	<input type="radio"/>
Violência doméstica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Isoimunização Rh	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Diabetes gestacional	<input type="radio"/>
HIV/Aids	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Oligo/polidrâmio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Uso de insulina	<input type="radio"/>
Sífilis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rut.prem.membrana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hemorragia 1º trim.	<input type="radio"/>
Toxoplasmose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	CIUR	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hemorragia 2º trim.	<input type="radio"/>
Infecção Urinária	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pós-datismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hemorragia 3º trim.	<input type="radio"/>
<b>Vacina antitetânica</b>				<b>Hepatite B</b> Imunizada <input type="radio"/>			
Sem informação de imunização <input type="radio"/>				1ª dose / /			
Imunizada há <b>menos</b> de 5 anos <input type="radio"/>				2ª dose / /			
Imunizada há <b>mais</b> de 5 anos <input type="radio"/>				3ª dose / /			
1ª dose / /		2ª dose / /		<b>Influenza</b> / /			
3ª dose / /		reforço / /					



### Consulta odontológica

8	7	6	5	4	3	2	1	21	22	23	24	25	26	27	28
18	17	16	15	14	13	12	11	91	92	93	94	95	96	97	98

#### Legenda

* - Mancha branca ativa	Ca - Lesão cavitada ativa	PF - Prótese fixa
O - Mancha branca inativa	Ci - Lesão cavitada inativa	RE - Restauração estética
A - Ausente	E - Extraído	SP - Selamento provisório
Ae - Abrasão/erosão	H - Hígido	T - Traumatismo
Am - Amálgama	M - Restauração metálica	X - Extração indicada

Presença de gengivite/periodontite Não  Sim  data / /

#### Plano de tratamento (por consulta)


#### Tratamento realizado (para o cirurgião dentista)

Data	Dente	Procedimentos realizados	Ass.CD
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			

#### Necessidade de encaminhamento para referência (para o cirurgião dentista)

Especialidade	Tratamento necessário	Encaminhamento	Retorno	Plano cuidado (contra-refer.)

# ANEXO II

## PARTOGRAMA

Nome: \_\_\_\_\_ G: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_ P: \_\_\_\_\_ C: \_\_\_\_\_ Nº Pront: \_\_\_\_\_  
 Data de admissão: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora de Admissão: \_\_\_\_\_ Ruptura das Membranas: \_\_\_\_\_ Horas,

