

PROTOCOLO PARA DISPENSACÃO DE FRALDAS DESCARTÁVEIS

2023



2023 Secretaria Municipal de Saúde de Volta Redonda

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. O conteúdo desta pode ser acessado na página <http://www.portalvr.com.br/saude>

2ª edição – 2023

Elaboração e acesso Secretaria Municipal de Saúde Rua São João Batista, nº 35 –bairro Niterói, Volta Redonda – Rio de Janeiro Telefone: (24) 3339-9635
Site: <http://www.portalvr.com/saude>

Antônio Francisco Neto
Prefeito Municipal

Sebastião Faria
Vice-prefeito

Maria da Conceição de Souza Rocha
Secretária Municipal de Saúde

Rosa Lages Dias
Subsecretária Municipal de Saúde

Vanessa de Lima Huguenim
Coordenadora da Atenção Primária em Saúde

Marina Fátima de Oliveira Marinho
Diretora do Departamento de Informação, Planejamento, Inovação e Qualidade

Camilla da Silva Santos
Área Técnica da Atenção Primária em Saúde

Julia Delgado Barboza
Diagramação e revisão gráfica

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	4
2. JUSTIFICATIVA.....	4
3. PÚBLICO ALVO	4
4. CRITÉRIOS DE ATENDIMENTO	5
5. PERÍODO DE FORNECIMENTO	5
6. QUANTIDADE A SER DISPENSADA	5
7. DOCUMENTAÇÃO	6
8. FORMA DE ACESSO	7
9. SUSPENSÃO NO FORNECIMENTO	7
10. ANÁLISE DOS PEDIDOS	8
11. ANEXOS.....	9
ANEXO I – Orientação à rede: Atendimento ao usuário de fraldas descartáveis	9
ANEXO II – Instruções gerais para ingresso ao cadastro municipal de fornecimento de fraldas	10
ANEXO III – Instruções para renovação, alteração e cancelamento do cadastro para recebimento de fraldas	12
ANEXO IV – Termo de compromisso.....	13
ANEXO V – Formulário de solicitação de fraldas	14
REFERÊNCIAS	15

1. INTRODUÇÃO

Este protocolo busca criar normas, para a concessão de fraldas descartáveis tendo como público alvo a população do município de Volta Redonda, associado à restrições de mobilidade e/ou ao diagnóstico de incontinência urinária e/ou fecal relacionados a CID-10 citados adiante.

2. JUSTIFICATIVA

Tendo em vista normatizar e garantir a manutenção da distribuição de fraldas descartáveis à população do município de Volta Redonda diante do aumento de demanda, foi necessária a criação deste protocolo.

3. PÚBLICO ALVO

Pessoas com deficiência incapacitante para vida independente, vítima de doenças neurológicas motivadoras de incapacidades, tais como: Acidente Vascular Cerebral (AVC), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Mal de Alzheimer, Coma, Câncer, Esclerose Múltipla e Neuropatia Crônica, além de pacientes acamados e que o CID 10 corresponde a uma das seguintes categorias:

F 00	Demência na Doença de Alzheimer
F 01	Demência vascular
F 02.3	Demência na Doença de Parkinson
F 72	Retardo Mental Grave
G 80	Paralisia Cerebral
G 82	Paraplegia e Tetraplegia
G 83.4	Síndrome de Cauda Equina
G 83.8	Outras Síndromes Paralíticas Especificadas
G 93.1	Lesão Encefálica Anóxia, não especificado como hemorrágico ou isquêmico
I 61	Hemorragia Intracerebral
I 64	Acidente Vascular Cerebral não especificado como hemorrágico ou isquêmico

I 69	Sequelas de doenças cerebrovasculares
K 59.2	Cólon neurogênico
N 31.0	Bexiga neuropática não inibida
N 31.1	Bexiga neurogênica reflexa
N 39.4	Outras incontinências urinárias
Q 05.2	Espinha bífida lombar com hidrocefalia
Q 05.3	Espinha bífida sacra com hidrocefalia
R 19.4	Alteração do hábito intestinal
R 39	Outros sintomas e sinais relativos ao aparelho urinário
T 83	Complicações de dispositivos protéticos, implantes e enxertos geniturinários internos
T 90	Sequela de Traumatismos da cabeça
T 90.5	Sequela de Traumatismo intracraniano
T 91	Sequela de Traumatismos do pescoço e do tronco
T 91.1	Sequela de fratura de coluna vertebral

4. CRITÉRIOS DE ATENDIMENTO

- Residir no município de Volta Redonda
- Ser vinculado à Atenção Primária em Saúde do município.

5. PERÍODO DE FORNECIMENTO

Posteriormente a aprovação do pedido, será fornecido por 06 (SEIS) meses, podendo ser renovado por iguais e sucessivos períodos quando permanecer a necessidade do paciente, mediante atualização de documentos.

6. QUANTIDADE A SER DISPENSADA

O fornecimento será efetuado na quantidade deferida no formulário de cadastramento, conforme prescrição e avaliação do usuário, ficando estabelecido o limite máximo de 180 (CENTO E OITENTA) fraldas/mês, entregue pelo setor responsável, localizado na sede administrativa da Secretaria Municipal de Volta Redonda.

NÃO SENDO DISPENSADA A QUANTIDADE RETROATIVA, MESMO QUANDO OCORRER QUALQUER INTERCORRÊNCIA REFERENTE A AQUISIÇÃO DO MESMO.

7. DOCUMENTAÇÃO

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA RECEBIMENTO DE FRALDAS DESCARTÁVEIS:

Para ingresso do paciente no cadastro municipal para recebimento de fraldas descartáveis:

a) Prescrição do profissional médico e/ou do enfermeiro em papel timbrado proveniente de serviços da Rede Pública de Saúde do município de Volta Redonda, devidamente preenchida com nome do paciente, data, descrição da patologia, indicação do CID e quantidade de fraldas necessárias (número de trocas diárias ou uso noturno), constando padrão geriátrico ou infantil e tamanho;

Cópias a serem anexadas:

- b) Cópia do RG e CPF do paciente, ou Certidão de Nascimento, se menor;
- c) Cópia do CNS - Cartão Nacional de Saúde do paciente (cartão SUS);
- d) Cópia do RG e CPF do responsável solicitante, quando o paciente for acamado ou menor, indicando grau de parentesco ou situação;
- e) Comprovante de endereço atualizado do paciente (conta de água, luz ou contrato de locação de imóvel, ou declaração da UBSF e/ou UBS do bairro).

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA RENOVAÇÃO DO FORNECIMENTO DE FRALDAS DESCARTÁVEIS (após 06 meses):

a) Prescrição do profissional médico e/ou do enfermeiro em papel timbrado proveniente de serviços da Rede Pública de Saúde do município de Volta Redonda, devidamente preenchida com nome do paciente, data, descrição da patologia, indicação do CID e quantidade de fraldas necessárias (número de trocas diárias ou uso noturno), constando padrão geriátrico ou infantil e tamanho;

b) Cópia do RG e CPF do responsável pelo pedido de renovação, quando o paciente for acamado ou menor, indicando grau de parentesco ou situação se houver alteração do constante no pedido inicial;

c) Comprovante de endereço atualizado do paciente (conta de água, luz ou contrato de locação de imóvel, ou declaração da UBSF e/ou UBS do bairro).

8. FORMA DE ACESSO

O munícipe deve procurar a Atenção Primária em Saúde mais próxima de sua residência, para:

- a) Realizar avaliação médica, diagnosticando a deficiência e a incontinência urinária e/ou fecal;
- b) Entregar relatório médico de outro serviço de saúde;
- c) A Atenção Primária em Saúde deverá realizar visita domiciliar para caso não conheça o paciente;
- d) Caso seja deferido (aprovado) pela Gerência da Unidade de Saúde deverão ser enviados todos os documentos com os pedidos ao Departamento de Atenção à Saúde/SMS (DAS), aos cuidados do técnico responsável;
- e) O Departamento de Atenção à Saúde/SMS encaminhará a autorização ao setor de dispensação de fraldas, para retirada das mesmas;
- f) A partir deste momento o paciente/responsável pode retirar as fraldas no setor de dispensação, situado à Rua Nossa Senhora de Fátima, ao lado do número 22, Niterói.

9. SUSPENSÃO NO FORNECIMENTO

O desligamento do usuário do cadastro municipal para recebimento de fraldas dar-se-á por:

- a) Não comparecimento para a retirada das fraldas por período igual ou superior a 60 (SESSENTA) dias, implicando na suspensão do fornecimento, salvo os casos devidamente justificados por escrito (ex.: internação hospitalar);
- b) Ausência de renovação, após 06 (SEIS) meses de atendimento;
- c) Uso indevido das fraldas (em caso de denúncias e constatado mediante visita domiciliar);
- d) Alta médica;
- e) Internação hospitalar superior a 15 (QUINZE) dias sem informar à Assistente Social;
- f) Óbito;

10. ANÁLISE DOS PEDIDOS

A Secretaria da Saúde, através do responsável técnico fará a análise dos pedidos de fraldas descartáveis em conformidade com as diretrizes estabelecidas neste protocolo e observando a disponibilidade contratual e orçamentária do município.

O fornecimento destes produtos será realizado pela setor de dispensação de fraldas, mediante o encaminhamento das demandas pelo responsável técnico.



11. ANEXOS

ANEXO I – Orientação à rede: Atendimento ao usuário de fraldas descartáveis

Orientação à rede: Atendimento ao usuário de fraldas descartáveis:

1) O munícipe deverá procurar a Atenção Primária em Saúde (APS) mais próxima de sua residência para ser submetido à avaliação do profissional médico para reconhecimento do diagnóstico da patologia de base e definição da necessidade do uso contínuo de fraldas, quando será feito o relatório definindo o tipo e tamanho da fralda e quantidade;

2) O paciente ou cuidador deverá ser orientado pela APS a providenciar os documentos pessoais necessários ao cadastramento e entregar na UBS ou UBSF de referência;

3) UBS ou UBSF de referência enviará os documentos para a área técnica da DAB/SMS;

4) A Secretaria Municipal de Saúde, através do técnico responsável (almojarifado) fará a análise para o cadastramento do paciente (inclusão, renovação e/ou alteração), ao qual será anexado o relatório médico e todos os documentos pessoais constantes do protocolo;

5) Sendo deferido, o fornecimento será mensal e a distribuição será realizada pelo almojarifado/setor de distribuição de fraldas.

OBS.: É de suma importância que o usuário ou seu representante seja devidamente orientado sobre os trâmites deste protocolo.

ANEXO II – Instruções gerais para ingresso ao cadastro municipal de fornecimento de fraldas

INSTRUÇÕES GERAIS PARA INGRESSO AO CADASTRO MUNICIPAL DE FORNECIMENTO DE FRALDAS

1) Pacientes que se encaixam nos requisitos citados na página 4 poderão requisitar seu cadastro no município para recebimento de fraldas descartáveis;

2) Para usufruir do benefício, o paciente deverá procurar a Atenção Primária em Saúde mais próxima de sua residência onde será submetido à avaliação do profissional médico para reconhecimento do diagnóstico da patologia de base e definição da necessidade do uso da fralda, quando será feita a prescrição definindo o tipo e tamanho da fralda e quantidade;

3) **Prescrição médica e/ou enfermagem em papel timbrado proveniente de serviços públicos de saúde** devidamente preenchida com nome do paciente, data, descrição da patologia, indicação do CID e quantidade de fraldas necessárias (número de trocas diárias ou uso noturno), constando padrão geriátrico ou infantil e tamanho;

4) **Não serão aceitos relatórios que não sejam originadas pelo SUS (convênios / particulares).**

5) Além da prescrição do profissional médico e/ou do enfermeiro é necessário apresentar os seguintes documentos:

- Cópia do RG e CPF do paciente, ou Certidão de Nascimento, se menor;
- Cópia do CNS - Cartão Nacional de Saúde do paciente (cartão SUS);
- Cópia do RG e CPF do responsável solicitante, quando o paciente for acamado ou menor, indicando grau de parentesco ou situação;
- Comprovante de endereço atualizado do paciente (conta de água, luz ou contrato de locação de imóvel ou declaração da UBSF e/ou UBS do bairro);

6) A Secretaria Municipal de Saúde, através do técnico responsável (almojarifado), analisará os documentos em conformidade com as diretrizes estabelecidas na resolução, e o munícipe será comunicado referente ao deferimento através da APS onde se cadastrou. Havendo deferimento do pedido, o fornecimento de fraldas se dará pelo período de 180 (cento e oitenta) dias.

7) O fornecimento será mensal;

8) As fraldas descartáveis fornecidas pelo município são para uso exclusivo do paciente para o qual foi requisitado o benefício.

9) O não comparecimento para a retirada das fraldas por período igual ou superior a 60 (SESSENTA) dias implicará na suspensão do benefício, salvo os casos devidamente justificados (ex.: internação hospitalar).

10) O fornecimento também será suspenso em casos de uso indevido do material (comercialização, conservação inadequada, etc.), e, após o período de noventa dias se não for protocolado o pedido de renovação.

ANEXO III – Instruções para renovação, alteração e cancelamento do cadastro para recebimento de fraldas

INSTRUÇÕES PARA RENOVAÇÃO, ALTERAÇÃO E CANCELAMENTO DO CADASTRO PARA RECEBIMENTO DE FRALDAS

RENOVAÇÃO:

1) Os responsáveis pelos pacientes beneficiados cuja necessidade de fraldas ainda permaneça, ao retirar a quarta cota na Unidade de distribuição de fraldas, serão orientados a adotar os procedimentos para a renovação do benefício.

2) Para renovar o benefício, o paciente deverá procurar sua UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE visando atualização, onde será submetido à avaliação do profissional médico para reconhecimento do diagnóstico da patologia de base e definição da necessidade do uso da fralda, quando será feita a prescrição definindo o tipo e tamanho da fralda e quantidade.

3) O fornecimento será suspenso se após o período de 150 (CENTO E CINQUENTA) dias do início do atendimento não for encaminhado o pedido de renovação.

CANCELAMENTO:

Caso o uso das fraldas descartáveis fornecidas pelo município não seja mais necessária ao paciente antes do término do período concessivo a 90 (NOVENTA) dias, o responsável deverá comunicar a Atenção Primária em Saúde/SMS para sua exclusão do cadastro. Situações de óbito também se enquadram nessa situação.

ANEXO IV – Termo de compromisso

TERMO DE COMPROMISSO DO USUÁRIO / RESPONSÁVEL OU CUIDADOR

Eu, _____,
telefone _____, residente à _____
_____, município de
Volta Redonda e meu cuidador/ responsável Sr. (a).
_____, declaramos
ter sido informados (as) claramente sobre as condições de fornecimento de fraldas.
Estamos de acordo que as fraldas somente poderão ser utilizadas pelo usuário
cadastrado, enquanto paciente, comprometendo-nos a devolvê-las caso não queira ou
não possa utilizá-las, ou se a indicação for interrompida. Nestes casos, estamos cientes
que a interrupção por qualquer motivo deverá ser comunicada imediatamente à
Unidade Básica de Saúde mais próxima de sua residência, para que seja feita a exclusão
do cadastro do paciente beneficiado com o fornecimento de fraldas.

Paciente: _____

RG/CPF: _____

Responsável/cuidador: _____

RG/CPF: _____

ASSINATURA DO USUÁRIO OU RESPONSÁVEL/CUIDADOR

ANEXO V – Formulário de solicitação de fraldas

Volta Redonda, _____ de _____ de 20_____

Unidade: _____

Distrito Sanitário: _____

TEXTO COM SOLICITAÇÃO DE FRALDAS

Nome: _____

D. N.: _____/_____/_____

Nome da Mãe: _____

Endereço: _____

Telefone de contato: _____/_____

Quantidade: () 90 () 120 () 150 () 180

Tamanho da geriátrica: () P () M () G () EG

Tamanho da infantil: () P () M () G () EG () EXG

CID -

Enviar Anexo ao documento:

- Declaração da necessidade de uso - Médico (a) /Enfermeiro (a);

- Cópia dos documentos (CPF, Identidade, cartão SUS) e Comprovante de

Residência

REFERÊNCIAS

PROTOCOLO de Fornecimento De Fraldas Descartáveis Para Uso Domiciliar Com Diagnóstico De Incontinência Urinária e/ou Fecal Permanente. Município de Barreiras;

DECRETO Nº 235, DE 10 DE MARÇO DE 2020. Prefeitura Municipal de Sorriso/MS P O R T A R I A Nº 112 /2.015. Prefeitura de Ilhéus/ BA

RESOLUÇÃO SES N.º 004/2014. Prefeitura de Sorocaba/SP