PREFEITURA DE
FRANCISCO BELTRÃO
O MELHOR DAQUI É A NOSSA GENTE!

PROTOCOLO PARA CONCESSÃO DE FRALDAS DESCARTÁVEIS

2ª Edição
2022

SECRETARIA MUNICIPAL
DE SAÚDE

CLEBER FONTANA
Prefeito Municipal

ANTÔNIO PEDRON
Vice-Prefeito

MANOEL BREZOLIN
Secretário de Saúde

Equipe de Elaboração

ALINE FALKOSKI
Serviço de Atenção Domiciliar

AMANDA KAROLINA SILVA SAGGIORATO
Coord. Regulação, Avaliação e Auditoria e Direção Clínica da SMS

PATRICIA MALLMANN
Coord. Regulação de Acesso à Assistência

Equipe de Revisão e Aprovação

ADRIANA MANFREDI
Unidade de Pronto Atendimento

ALEXANDRA MAFALDA GEHLEN
Saúde Bucal

ALINE FALKOSKI
Serviço de Atenção Domiciliar

ANDREIA SCANDAROLA
Centro de Saúde Cidade Norte

AMANDA KAROLINA SILVA SAGGIORATO
Coord. Regulação, Avaliação e Auditoria e Direção Clínica da SMS

CRISTINA KNACH DA CAS
Coord. Atenção Primária à Saúde

ELAINE DAIANE ANTES ANGHINONI
Coord. Regulação Atenção à Saúde

ELEANDRO TIECHER
Coord. De Assistência Farmacêutica

EVELINE DE FABRIS NICOLAOU
Direção Clínica da APS

JACQUELINE VERGUTZ MENETRIER
Diretora Atenção à Saúde

MARCELA GONÇALVES TREVISAN
Coord. Atenção Secundária a Saúde

MANOEL BREZOLIN
Secretário Municipal de Saúde

PATRICIA MALLMANN
Coord. Regulação de Acesso à Assistência

RAQUEL LAUTERT
EPS e Coord. Acadêmica

Sumário

1. Introdução 5

2. Critérios para Concessão de Fraldas Descartáveis 5

- Critérios Gerais 5
- Critérios Clínicos 6
- Critérios de Exclusão 6

3. Documentação Necessária 6

- Primeira Solicitação 6
- Renovação 7

4. Fluxo para Concessão e Dispensação de Fraldas Descartáveis 7

5. Orientações para Preenchimento do Formulário de Solicitação – Escala de Avaliação (Anexo I) 9

- Grau de Dependência 9
- Neurológico/Cognitivo 9
- Evacuações 9
- Diurese 9
- Socioeconômico 9

6. Bibliografia 11

ANEXO I - FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO – ESCALA DE AVALIAÇÃO 13

ANEXO II - DECLARAÇÃO DE ENDEREÇO 15

ANEXO III – GUIA DE DISPENSAÇÃO DE FRALDAS DESCARTÁVEIS 16

1. Introdução

Respeitando os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como, o direito do usuário de saúde em acessar de forma ordenada e organizada os sistemas de saúde, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Francisco Beltrão, pretende sistematizar o fornecimento de fraldas descartáveis aos pacientes moradores deste município que se enquadrem nos critérios estabelecidos, considerando que o fornecimento contínuo de fraldas descartáveis é indispensável aos pacientes sendo, por isso, um dos fatores que auxiliam na manutenção/recuperação de sua saúde.

As fraldas descartáveis são produtos de higiene íntima usados em pessoas que não tem ou perderam o controle esfincteriano de suas necessidades fisiológicas. No entanto, como sistema de saúde, é preciso estabelecer critérios clínicos para o uso racional do insumo em casos de senilidade ou doença.

A SMS considera o uso de fralda descartável como coadjuvante qualitativo de vida aos pacientes, em situações que tenham indicação mediante protocolos clínicos, além do direito previsto na Constituição Federal do Brasil, destacando o artigo 198 da Constituição Federal e a Lei nº 8.080/90 que dispõe sobre a integralidade dos serviços de saúde.

"A integralidade é um princípio que deve ser entendido como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigindo para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema."

Diante do exposto, a SMS de Francisco Beltrão apresenta o Protocolo para Concessão de Fraldas descartáveis aos munícipes e usuários do SUS.

2. Critérios para Concessão de Fraldas Descartáveis

❖ Critérios Gerais

- Residir no município de Francisco Beltrão;
- Possuir vínculo na Unidade Básica de Saúde (UBS) ou Estratégia de Saúde da Família (ESF) atualizado;
- Possuir Formulário de Solicitação – Escala de Avaliação (Anexo I) devidamente preenchido pela Unidade de Saúde responsável pelo paciente;

❖ **Critérios Clínicos**

- Portador de doença crônico-degenerativa associada a incontinência urinaria ou fecal;
- Acamado com perca de mobilidade total;
- Atingir o escore mínimo para dispensação de fraldas, conforme Anexo I.

❖ **Critérios de Exclusão**

- Não residir no município de Francisco Beltrão;
- Não atender os critérios estabelecidos pelo programa;
- Não comparecer para a retirada das fraldas por período igual ou superior a 60 (sessenta) dias, salvo os casos devidamente justificados (ex.: internação hospitalar);
- Ausência de renovação, após 6 (seis) meses de atendimento;
- Uso indevido das fraldas, ou seja, o usuário/cuidador não aceita o tratamento e acompanhamento proposto pelos profissionais de saúde do SUS da rede municipal;
- Alta médica;
- Óbito.

3. Documentação Necessária

❖ **Primeira Solicitação**

- Formulário de Solicitação - Escala de Avaliação (Anexo I) devidamente preenchido pela Unidade de Saúde responsável pelo paciente;
- Fotocópia da Carteira de Identidade (RG) ou Certidão de Nascimento do paciente;
- Fotocópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF) do paciente;
- Fotocópia do Cartão Nacional do SUS (CNS) do paciente;
- Declaração de endereço realizada pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) responsável, conforme Anexo II.
- Relatório do Cadastro Único (CadÚnico) e/ou Número de Identificação Social (NIS) e/ou Parecer Social;
- Fotocópia do Carteira de Identidade (RG) do cuidador e/ou responsável pelo paciente;

❖ **Renovação**

- Formulário de Solicitação - Escala de Avaliação (Anexo I) devidamente preenchida pela Unidade de Saúde responsável pelo paciente;
- Declaração de endereço realizada pela ACS responsável, conforme Anexo II.

A concessão e dispensação tem validade de seis meses, ou seja, a cada seis meses o usuário/responsável necessita renovar a solicitação.

4. Fluxo para Concessão e Dispensação de Fraldas Descartáveis

1. A Unidade de Saúde responsável pelo paciente fará a avaliação do usuário, identificará a necessidade para a concessão de fraldas e fará o preenchimento do Formulário de Solicitação – Escala de Avaliação (Anexo I);

   - Pacientes que estão sob cuidados do Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) terão o protocolo aberto e encaminhado pela própria equipe do programa.

   - Formulário de Solicitação – Escala de Avaliação tem validade de 30 dias para dar início ao protocolo ou renovação.

   - Declaração de endereço realizada pela ACS responsável, no entanto em caso de áreas descobertas, fica sob responsabilidade do enfermeiro da unidade de saúde designar alguém para fazer a visita e realizar a declaração, conforme Anexo II.
2. A recepção da Unidade de Saúde responsável pelo paciente irá inserir a solicitação em fila de exames no sistema IDS Saúde (Código: 1162, Protocolo para Concessão de Fraldas) e digitalizar toda a documentação necessária (Digitalização de Documentos) conforme documentação descrita anteriormente;
3. O setor de Regulação, Avaliação e Auditoria (RAA) da SMS avaliará as documentações e dará parecer técnico, o qual estará descrito no Sistema IDS Saúde, e após entrará em contato com usuário/responsável para orientá-lo a retirar a guia de dispensação de fraldas na SMS, conforme modelo em Anexo III, além de informá-lo que a dispensação ocorre na Farmácia da Cango.

   - O setor RAA da SMS tem 5 dias úteis para realizar análise da solicitação, concluir parecer e informar o usuário ou responsável sobre.

   - Em caso de indeferimento a família tem a possibilidade de adquirir fraldas nas Farmácias Populares, através de receituário médico, com desconto de até 90%,

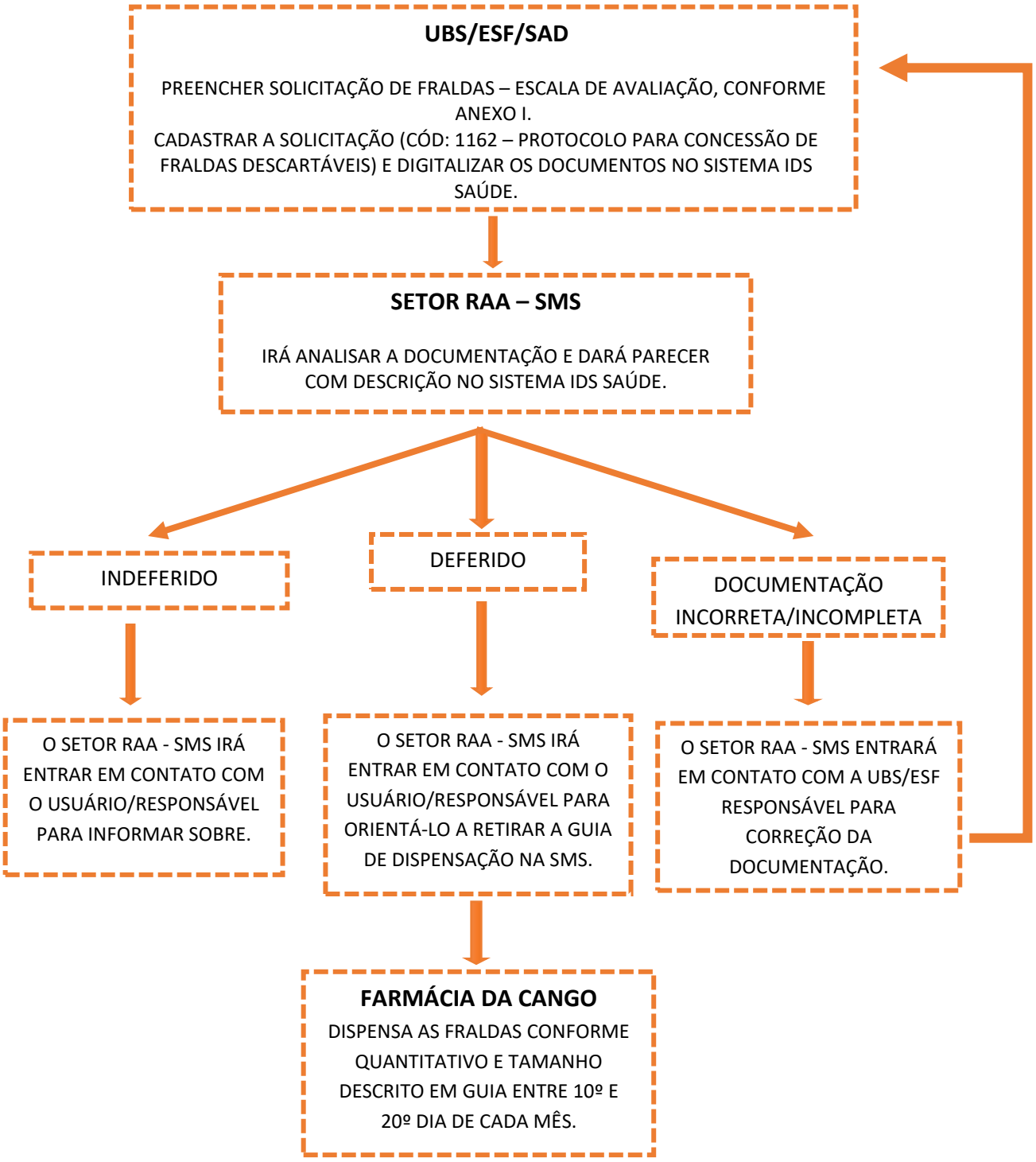
conforme Portaria nº 184, de 3 de fevereiro de 2011, a qual dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil.

4. A Farmácia da Cango realizará mensalmente a dispensação entre o 10º (décimo) o 20º (vigésimo) dia de cada mês.

   - Fica sob responsabilidade da farmácia preencher na guia, referente ao mês dispensado, e orientar o usuário/responsável a renovar a solicitação no sexto mês.

Observação.: Na suspensão do uso/intolerância as fraldas ou óbito, o familiar deverá efetuar a devolução do quantitativo não utilizado em sua integralidade na Farmácia da Cango.

A explanação do fluxo se encontra abaixo:



5. Orientações para Preenchimento do Formulário de Solicitação – Escala de Avaliação (Anexo I)

❖ Grau de Dependência

- Independente: Não necessita de auxílio para desenvolver as atividades diárias;
- Dependente parcial: Necessita de auxílio para no mínimo 3 atividades diárias;
- Dependente Total: Necessita de auxílio em todas as atividades diárias;

❖ Neurológico/Cognitivo

- Paciente alerta/ perceptivo: paciente responsivo, comunicativo, obedece a comandos espontaneamente;
- Paciente letárgico/ sonolento: paciente sonolento que responde a comandos, tem abertura palpebral e resposta motora apenas quando chamado ou a estímulos dolorosos;
- Paciente torporoso/ não responsivo: paciente não responde a comandos, não tem abertura ocular e não tem resposta motora mesmo com estímulos dolorosos.

❖ Evacuações

- Controle do esfíncter: paciente capaz de controlar sua evacuação;
- Incontinência (esfincteriana ou neurológica): paciente incapaz de controlar sua evacuação devido alteração esfincteriana anal ou alteração neurológica degenerativa.

❖ Diurese

- Incontinência por esforço: paciente incapaz de controlar sua diurese na tosse, riso ou levantamento de peso ou qualquer manobra que aumente a pressão intra-abdominal;
- Incontinência mista: paciente incapaz de controlar sua diurese tanto por esforço quanto por urgência;
- Incontinência por urgência ou neurológica: paciente com micção repentina sem capacidade de controle de esfíncter uretral ou devido alteração neurológica degenerativa.

❖ Socioeconômico

- CadÚnico: famílias cadastradas no Cadastro Único do Governo Federal onde classifica a pobreza ou extrema pobreza.

6. Bibliografia

1. ALAGOAS. Resolução Comissão Intergestores Bipartite Nº 031 de 2014. Disponível em <http://www.saude.al.gov.br/wp-/content/uploads/2016/05/documento_tecnico_05-02-2015_16-52-32_TERMO_DE_FRALDAS_RESOLUcaO_N_031_de_07_de_abril_de_2014_pdf.pdf>. Acesso em 15 maio 2018.

2. FARIAS. Beatriz H. D. J. et al. Protocolo do serviço social na política de saúde de Foz do Iguaçu. Foz do Iguaçu, março/2005.

3. BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução RDC n°283, de 26 de setembro de 2005. Disponível em < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2005/res0283_26_09_2005.html>. Acesso em: 06 de junho de 2019.

4. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Especial do Desenvolvimento social. Disponível em: http://mds.gov.br/assuntos/cadastro-unico>. Acesso em: 06 de junho de 2019.

5. BAHIA. Prefeitura Municipal de Santo Antônio de Jesus. Portaria SMS n° 64/ 2017. Disponível em: < http://www.santoantoniodejesus.ba.io.org.br/contasPublicas/download/1102752/699/2017/10/publicacoes/4A742E0F-EDA3-747D-A05C46E226AB8E91.pdf> acesso: 03 de junho de 2019.

6. BRITO, T. R. P.; PAVARINI, S. C. I. Relação entre apoio social e capacidade funcional de idosos com alterações cognitivas. Revista Latino Americana de Enfermagem. 20(4): 08 telas. Julho- agosto 2012.

7. MELO, D. M.; BARBOSA, A. J. G. O uso do Mini- exame do Estado Mental em pesquisa com idosos no Brasil: uma revisão sistemática. Revista Ciência e Saúde Coletiva. 20 (12) dez. 2015.

8. OLIVEIRA, S.C.M. de; PINTO-NETO, A. M.; CONDE, D. M. et al. Incontinência Fecal em mulheres na pós- menopausa: prevalência, intensidade e fatores associados. Arquivo Gastrointestinal. V. 43, abr/ jun 2006. Pag 102.

9. RIBEIRO, F. S. L., Incontinência Fecal: Abordagem Passo a Passo. Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto. 2012-2013.

10. SÃO PAULO. Prefeitura de Franca. Resolução CFT n° 19, 2011. Implantação do programa Municipal de Distribuição e Fraldas descartáveis. Disponível em: <https://www.franca.sp.gov.br/administracao-municipal/administracao-direta/saude/fraldas-descartaveis-saude-29>. Acesso em: 03 de junho de 2019.

11. Santos, A. A. dos; Pavarini, S. C. I.; Barham, E. J. Percepção de idosos pobres com alterações cognitivas sobre funcionalidade familiar. Texto & Contexto Enfermagem, vol. 20, núm. 1, jan.- mar, 2011, pp. 102-110 Universidade Federal de Santa Catarina Santa Catarina, Brasil.

12. TORREALBA, F. de C.M.; OLIVEIRA, L. D. R.; Incontinência Urinaria na população feminina idosa. Ensaios e Ciências biológicas, agrarias e da Saúde. Vol. 14, n°1, 2010. Pag. 160-173.

ANEXO I - FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO – ESCALA DE AVALIAÇÃO

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇAO DE FRALDAS DESCARTÁVEIS ( ) PRIMEIRA SOLICITAÇÃO ( ) RENOVAÇÃO	
Identificação do Paciente	
Nome:	Data de Nascimento:
CNS:	Sexo: ( ) Feminino ( )Masculino
CPF:	( ) Adulto ( ) Criança
Comorbidades:	Obs.:
Utiliza Dispositivo Urinário ( ) Sim ( )Não	
Identificação do Cuidador/Responsável	
Nome:	Data de Nascimento:
CNS:	Obs.:
CPF:	
Dados da Unidade Básica de Saúde	
UBS ou ESF responsável:	
Médico Responsável:	
Enfermeiro Responsável:	
Agente Comunitário de Saúde:	

ESCALA DE AVALIAÇÃO		
GRAU DE DEPENDÊNCIA	Independente	**00**
	Parcialmente Dependente	**02**
	Totalmente Dependente	**04**
NEUROLÓGICO/COGNITIVO	Alerta/ perceptivo	**00**
	Letárgico/sonolento	**02**
	Torporoso/não responsivo	**04**
EVACUAÇÕES	Controle de Esfíncter	**00**
	Incontinência (neurológica ou esfincteriana)	**04**
DIURESE	Incontinência por esforço	**00**
	Incontinência mista	**02**

	Incontinência de urgência ou neurológica	**04**
SOCIOECONÔMICO	CadÚnico	02
PONTUAÇÃO:		

TAMANHO DA FRALDA
Adulto ( )P ( )M ( )G ( )EG
Infantil ( )M ( )G ( )EG
Profissional responsável (médico ou enfermeiro)
Nome:
CRM ou COREN:
Assinatura:
Data:
CLASSIFICAÇÃO CONFORME PONTUAÇÃO **00-08 PONTOS:** NÃO NECESSITA DE FRALDAS **09-14 PONTOS:** 20 FRALDAS **15-18 PONTOS:** 40 FRALDAS

ANEXO II - DECLARAÇÃO DE ENDEREÇO

DECLARAÇÃO DE ENDEREÇO	
Identificação do Paciente	
Nome:	
CNS:	**Sexo: ( )F ( )M**
CPF:	**Data de Nascimento:**
Identificação do Cuidador/Responsável	
Nome:	
CNS:	**Sexo: ( )F ( )M**
CPF:	**Data de Nascimento:**
Endereço	
Rua:	
Número:	
Complemento:	
Bairro:	
Unidade Básica de Saúde responsável:	
Agente Comunitário de Saúde Responsável	
Nome:	
Assinatura:	
Data:	

ANEXO III – GUIA DE DISPENSAÇÃO DE FRALDAS DESCARTÁVEIS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE | PREFEITURA DE FRANCISCO BELTRÃO O MELHOR DAQUI É A NOSSA GENTE!

PROGRAMA DE CONCESSÃO E DISPENSAÇÃO DE FRALDAS DESCARTÁVEIS		
Nome do paciente:		
Usuário:	**CNS:**	**CPF:**
Nome do cuidador/responsável:		
Prescrição		
Fraldas Descartáveis		
Tamanho:	**( ) Adulto: ( )P ( )M ( )G ( )EG**	
	( ) Infantil: ( )M ( )G ( )EG	
Quantidade por mês:	**( ) 20 Fraldas ( ) 40 Fraldas**	
Dispensação pela Farmácia da Cango		
1º Mês	**2º Mês**	**3º Mês**
4º Mês	**5º Mês**	**6º Mês** **Obs.: Orientar usuário/responsável a procurar a UBS ou ESF para renovação.**