

Conselho Municipal de Saúde de Senador Pompeu

RESOLUÇÃO CMSSP Nº. 02/2023

Dispõe sobre a Aprovação do Protocolo de dispensa do insumo fralda descartável.

O Plenário do Conselho Municipal de Saúde de Senador Pompeu em sua 01ª Reunião Ordinária, realizada no dia 18 de janeiro de 2023, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Leiº 8.080 de 19 de novembro de 1990, Lei Complementar nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990 e a Lei Municipal nº 799 de 02 de outubro de 1991;

CONSIDERANDO que o Conselho Municipal de Saúde, atua em caráter permanente e deliberativo, na formulação de estratégias e no controle de execução das políticas de saúde na instância correspondente, inclusive no que tange os processos econômicos e financeiros, conforme Resolução nº543 do Conselho Nacional de Saúde;

CONSIDERANDO o Decreto nº 7.508/2011 que regulamenta a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências;

CONSIDERANDO a Portaria 13/2022 que dispões sobre a nomeação dos membros do Conselho Municipal de Saúde de Senador Pompeu;

RESOLVE:

Art.1º. Aprovar o Protocolo de dispensa do insumo fralda descartável.

Art.2º. Esta resolução entra em vigor na data de sua assinatura, devendo ser publicada no Paço da Prefeitura Municipal, ficando revogadas as disposições em contrário.

Senador Pompeu, Ceará, 19 de janeiro de 2023.



Ana Lourdes Maciel da Silva

Presidente do Conselho Municipal de Saúde- CMSSP



Maria Fernanda Gomes
Secretária Municipal da Saúde



Estado do Ceará
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Secretaria da Saúde



PROTOCOLO PARA DISPENSAÇÃO DO INSUMO FRALDA DESCARTÁVEL

Senador Pompeu – Ce

Dezembro – 2022



Estado do Ceará
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Secretaria da Saúde



Elaboração:

Ádila Wenddy de Oliveira

Revisão:

Sara Thayse de Souza



Sumário

1. Introdução.....	04
2. Público Alvo.....	04
3. Critérios de Inclusão.....	04
4. Critérios de Exclusão.....	07
5. Critérios de desligamento.....	07
6. Características do insumo.....	07
7. Classificação do grau da incontinência urinária.....	08
8. Quantidade.....	09
9. Acesso ao insumo.....	09
10. Fluxo.....	10
11. Acompanhamento e monitoramento.....	10
12. Considerações.....	10
13. Referências.....	12
14. Anexos.....	13
a. Anexo I – Fluxo para recebimento de fraldas descartáveis.....	13
b. Anexo II – Termo de compromisso e retirada do insumo fralda descartável – controle de retirada.....	14
c. Anexo III – Formulário de requerimento de fraldas descartáveis.....	16
d. Anexo IV – Requerimento para alteração de tamanho/quantidade.....	17



1-INTRODUÇÃO

A Secretaria Municipal da Saúde de Senador Pompeu, de acordo com os princípios básicos do SUS, bem como, o direito do cidadão em acessar de forma ordenada e organizada os sistemas de saúde, vem por meio deste protocolo, sistematizar a dispensação do insumo fralda descartável às pessoas com incontinência urinária e ou fecal, moradores do Município de Senador Pompeu, que se enquadrem nos critérios de elegibilidade estabelecidos.

Lembrando que este benefício é de caráter suplementar, prestado aos cidadãos e às famílias cuja necessidade é motivada por doença, sendo de competência da Política Pública de Saúde de acordo com os critérios do SUS.

A incontinência urinária é caracterizada por qualquer perda involuntária de urina, e pode ser classificada em diferentes tipos, conforme a Sociedade Internacional de Continência (ICS) descreve.

2 - PÚBLICO ALVO

Qualquer pessoa acima dos 03 anos de idade e que atendam aos critérios de **Inclusão** descritos neste protocolo.

3- CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Assim, com a revisão deste protocolo, somente poderão utilizar-se dos benefícios destas Leis os pacientes:

1. Residentes no Município de Senador Pompeu;
2. Cadastrados no Sistema Único de Saúde;
3. Pacientes que estejam em acompanhamento na Unidade Básica de Saúde;



4. As fraldas deverão ser prescritas durante o atendimento de consulta regulada pelo SUS, por médicos da rede pública de saúde do município de Senador Pompeu;

5. O fornecimento de fraldas descartáveis destina-se, exclusivamente, aos usuários residentes e domiciliados no Município de Senador pompeu, a saber:

a. Usuários acamados ou com mobilidade reduzida (uso de próteses ou órtese), com os seguintes diagnósticos:

- CID R15: Incontinência fecal.
- CID R32: Incontinência urinária.
- CID N31: disfunção neuromuscular da bexiga.
- CID K 59.2: cólon neurogênico.

b. Usuários com mobilidade preservada deve-se associar aos diagnósticos descritos no item 3.1, os seguintes diagnósticos primários:

- C61 – Neoplasia maligna da próstata
- F00 - Demência na doença de Alzheimer
- F01 – Demência vascular
- F02 - Demência em outras doenças classificadas em outra parte
- F03 - Demência não especificada
- F72 – Retardo Mental Grave
- F73 – Retardo Mental Profundo
- F84.0 – Autismo infantil
- G04 – Encefalite, Mielite, Encefalomielite
- G05 – Encefalite, mielite e encefalomielite em doenças classificadas em outra parte
- G06 – Abscesso e granuloma intracranianos e intra-raquidianos
- G07 – Abscesso e granuloma intracranianos e infraespinais em doenças classificadas em outra parte
- G08 – Flebite e tromboflebite intracranianos e intra-raquidianos
- G09 – Sequelas de doenças inflamatórias do sistema nervoso central
- G20 – Doença de Parkinson



- G30 – Doença de Alzheimer
- G31 – Outras doenças degenerativas do sistema nervoso não classificadas em outra parte
- G32 – Outros transtornos degenerativos do sistema nervoso em doenças classificadas em outra parte
- G63 – Polineuropatia em doenças classificadas em outra parte
- G80 – Paralisia Cerebral
- G82 – Paraplegia e Tetraplegia
- G93.1 – Lesão Encefálica Anóxica, não especificado como hemorrágico ou isquêmico
- I60 – Hemorragia Subaracnóidea
- I61 – Hemorragia Intracerebral
- I62 – Outras hemorragias intracranianas não traumáticas
- I63 – Infarto Cerebral
- I64 – Acidente Vascular Cerebral não especificado como hemorrágico ou isquêmico
- I65 – Oclusão e estenose de artérias pré-cerebrais que não resultam em infarto cerebral
- I66 – Oclusão e estenose de artérias cerebrais que não resultam em infarto cerebral
- I67 – Outras doenças cerebrovasculares
- I68 – Transtornos cerebrovasculares em doenças classificadas em outra parte
- I69 – Sequela de Doença Cerebrovascular
- M62 – Sarcopenia
- N39.4 – Bexiga Hiperativa
- Q00 – Anencefalia e malformações similares
- Q01 – Encefalocele
- Q02 – Microcefalia
- Q03 – Hidrocefalia congênita
- Q04 – Outras malformações congênitas do cérebro
- Q05 – Espinha Bífida
- Q06 – Outras malformações congênitas da medula espinhal
- T90.5 – Sequela de Traumatismo Intracraniano
- T91.1 – Sequela de Traumatismo de Coluna Vertebral

Todas as informações necessárias para a inclusão deverão estar atestadas no relatório médico classificados pelo CID-10.



4- CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- 4.1 Pacientes com incontinência urinária temporária;
- 4.2 Pacientes com potencial de reabilitação da incontinência;
- 4.3 Pacientes estomizados (urostomia, vesicostomia, colostomia, ileostomia);
- 4.4 Usuários que não se enquadrem nos critérios estabelecidos neste protocolo;

5- CRITÉRIOS DE DESLIGAMENTO

- a. A ausência do paciente ou responsável ou cuidador para retirada dos insumos por período igual ou superior a 30 (trinta) dias, salvo os casos devidamente justificados;
- b. Que não procederem à renovação de seu processo administrativo após doze meses de atendimento;
- c. Que mudarem ou se transferirem do município;
- d. Que agirem de má fé, ou seja, que praticarem a comercialização ou qualquer tipo de desvio do insumo recebido, sob pena de incorrer nas penalidades legais cabíveis, uma vez que os insumos dispensados são de uso exclusivo do usuário cadastrado;
- e. Alta médica;
- f. Óbito.

6- CARACTERÍSTICAS DO INSUMO

Caberá a SMS ofertar insumos tomando como base os seguintes critérios:

- 6.1. Composição: o material deverá promover a transpiração da pele adequadamente para proteger sua integridade.
- 6.2. Tamanho: deverá atender aos tamanhos padronizados para uso infantil (pediátrico) e adulto



(geriátrico), levando em consideração peso e cintura, conforme quadro abaixo:

Guia auxiliar para tamanho de fraldas			
TIPO	TAMANHO	PESO	CINTURA
Geriátrica	Pequena	30 - 40 Kg	50 - 80 cm
Geriátrica	Média	40 - 70 Kg	80 - 115 cm
Geriátrica	Grande	70 - 90 Kg	115 - 150 cm
Geriátrica	Extra Grande (EG)	>90 Kg	120 - 165 cm
Pediátrica	Média	5 - 10 Kg	-
Pediátrica	Grande	10 - 14 kg	-
Pediátrica	Extra Grande (EG)	14 - 16 Kg	-
Pediátrica	Extra GG (EGG)	16 - 25 Kg	-

Fonte: Protocolo para Fornecimento de Insumos aos Portadores de Incontinência Urinária ou Fecal – Maceió, 2016

7 - CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Alguns autores recomendam a classificação através do aspecto observacional, segundo relato do paciente ou cuidador, levando em consideração a frequência e o volume de perdas. Essa classificação dará ao profissional avaliador, subsídio para determinar o quantitativo a ser dispensado.

O avaliador deverá utilizar o quadro abaixo para identificar o score de classificação do grau de incontinência.

Avaliação da Severidade da Incontinência Urinária

Com que frequência ocorre a perda urinária?	Assinale uma resposta	Qual o volume urinário estimado em cada perda?	Assinale uma resposta
Nunca	0	Nenhuma	0
Uma vez por semana ou menos	1	Uma pequena quantidade	2
Duas ou três vezes por semana	2	Uma moderada quantidade	4
Uma vez ao dia	3	Uma grande quantidade	6
Diversas vezes ao dia	4		
O tempo todo	5		
TOTAL DOS SCORES			

Adaptado de: Tamanini et.al, 2004

O score de classificação para severidade da incontinência urinária de acordo com a frequência e quantidade é dada pela soma da pontuação das duas questões:

- **Incontinência Leve:** 1-3



- **Incontinência Moderada:** 4-5
- **Incontinência Severa:** 6-9
- **Incontinência Muito Severa:** 10-11

8- QUANTIDADE

Recomenda-se que o quantitativo deva ser:

- 8.1. Usuários somente com incontinência fecal receberão até 2 fraldas/dia.
- 8.2. Usuários com incontinência urinária ou com incontinência urinária e fecal associados, receberão no máximo 6 fraldas/dia, de acordo com as recomendações abaixo:

Incontinência Leve	Até 2 fraldas/dia
Incontinência Moderada	Até 3 fraldas/dia
Incontinência Severa	Até 6 fraldas/dia
Incontinência Muito Severa	Até 6 fraldas/dia

9- ACESSO AO INSUMO

- 9.1. A prescrição do uso da fralda descartável deverá ser feita por profissional médico, utilizando o **FORMULÁRIO DE REQUISIÇÃO DE FRALDAS DESCARTÁVEIS (ANEXO III)**.
- 9.2. O Assistente Social da equipe EMAP deverá elaborar Relatório Social e enviar para equipe EMAP para avaliação.
- 9.3 O processo de dispensação de fraldas descartáveis terá validade de **no máximo 12 (doze) meses** a contar da data da primeira retirada. Após este período, a documentação deverá ser renovada (**ANEXOS III E V**).
- 9.4 Casos de alteração de tamanho e/ou quantidade de fraldas e/ou classificação do grau de severidade, deverão ser alterados através do **FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO PARA ALTERAÇÃO DE TAMANHO (ANEXO IV)**.

Todos os documentos deverão ser arquivados no prontuário do usuário.



10- FLUXO

10.1 O usuário ou seu cuidador/responsável deverá se dirigir à Ouvidoria da Saúde para cadastro apresentando xérox dos seguintes documentos:

- RG (usuário e responsável)
- CPF (usuário e responsável)
- CNS (usuário)
- COMPROVANTE DE ENDEREÇO (emitido com data atual, no máximo de 6 meses anterior). No caso de o usuário residir em Instituição deverá apresentar uma Declaração da Instituição.
- FORMULÁRIO DE REQUISIÇÃO DE FRALDAS DESCARTÁVEIS (**ANEXO III**)
 - De posse da solicitação médica, o enfermeiro ou médico da equipe EMAD ou da UBS deverá indicar o tipo e a quantidade do insumo, de acordo com a avaliação do usuário, realizada através de visita domiciliar ou atendimento presencial.
 - A dispensação das fraldas só poderá ser feita diretamente ao usuário, responsável ou pessoa previamente autorizada.
 - O TERMO DE COMPROMISSO E RETIRADA/ RECEBIMENTO DO INSUMO FRALDA DESCARTÁVEL (**ANEXO II**) deverá ser assinado a cada dispensação.

11- ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO

O profissional da SMS, designado pela (o) Secretária (o) de Saúde, ficará responsável pela entrega, monitoramento e arquivamento de todas as documentações dos usuários.

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), por meio das equipes EMAD e/ou EMAP – deverá comunicar a Unidade Básica de Saúde a inclusão do paciente no programa de dispensação de fraldas descartáveis para acompanhamento da ESF - Estratégia Saúde da Família através de avaliações periódicas do estado geral de saúde e orientações nos cuidados e manejo ao paciente.

12- CONSIDERAÇÕES

12.1 A dispensação de fraldas será mensal, realizada na SMS.

12.2 A renovação será **OBRIGATORIAMENTE a cada 12 (doze) meses.**



12.3 Só receberão os insumos os pacientes que se enquadrarem nos **critérios de elegibilidade**.

12.4 Os casos de transferência de município ou óbito deverão ser comunicados, **IMEDIATAMENTE**, sendo que, nesses casos, deverá ser dada baixa na SMS e, também, anotado no controle, sendo este mantido como “arquivo morto” (os casos de óbito deverão ser comprovados através de documento).

12.5 Em casos de irregularidades ou dúvida da condição clínica do usuário poderá ser solicitada reavaliação pelo médico da unidade.

12.6 As atualizações **IMPRETERIVELMENTE** serão de responsabilidade da SMS.

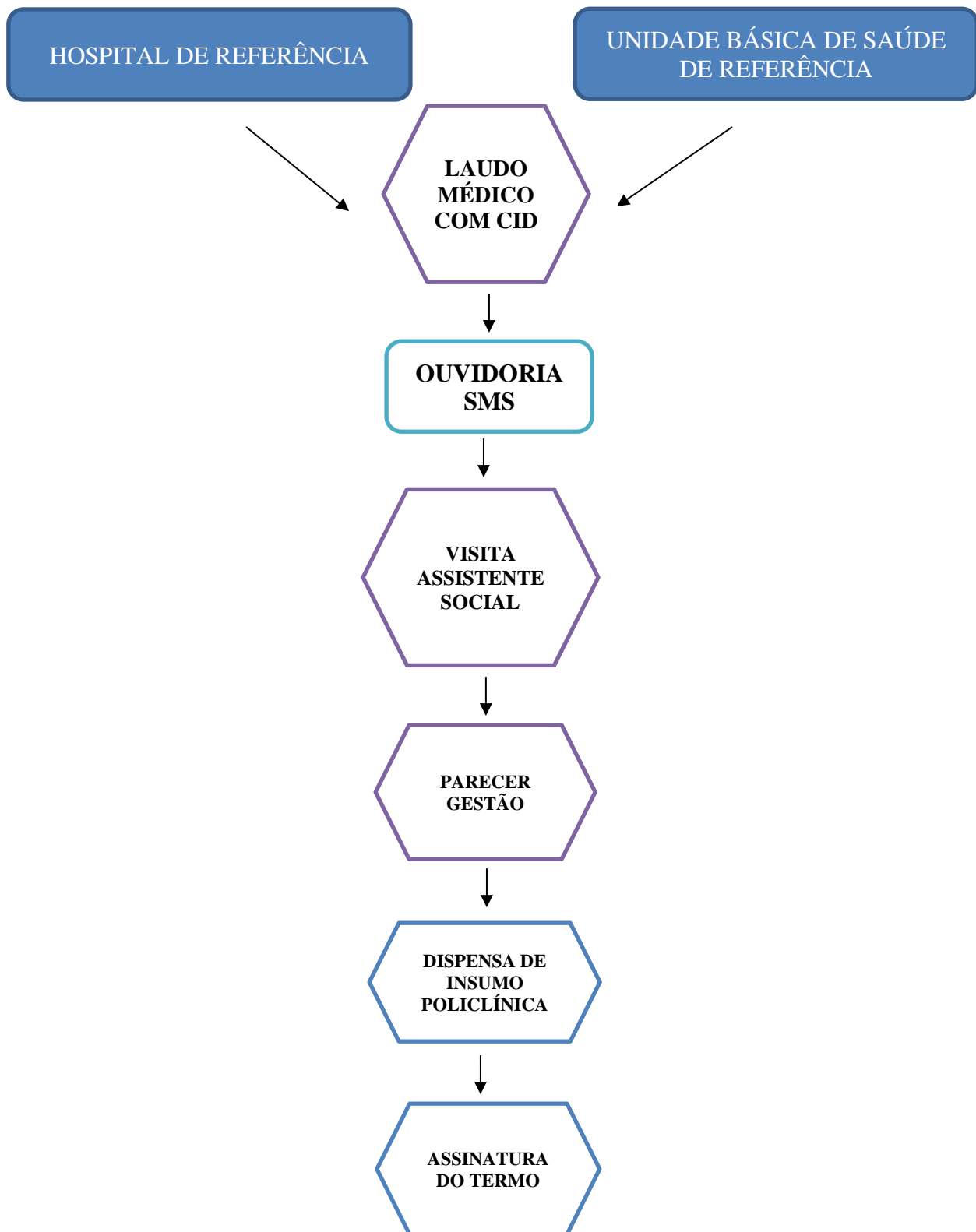


13- REFERÊNCIAS

1. _____. *Estatuto da criança e do adolescente* (1990). Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2001.
2. _____. *Estatuto do idoso*: lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004.
3. Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS). **RESOLUÇÃO Nº 39, DE 9 DE DEZEMBRO DE 2010**. Dispõe sobre o processo de reordenamento dos Benefícios Eventuais no âmbito da Política de Assistência Social em relação à Política de Saúde.
4. _____. *Protocolo para dispensação do insumo fralda descartável*. São Paulo, Prefeitura Municipal, 2021.
5. _____. Sistema Único de Saúde (SUS). Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

14- ANEXOS

ANEXO 1: FLUXOGRAMA





Anexo II – TERMO DE COMPROMISSO E RETIRADA DO INSUMO FRALDA
DESCARTÁVEL

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
Nome Completo:			
CPF:	Cartão SUS:	Prontuário/ Unidade de saúde:	
Data de nascimento:	Idade:	Sexo:	Quesito raça/cor (auto declarado): branca() preta () parda() indígena() amarela
Endereço:			Telefone:
Bairro:	Cep:		

Declaro estar ciente que para RETIRAR as fraldas, o responsável/paciente deve comparecer a unidade de referência, munido de documento de identificação (cartão SUS, RG ou CPF) mensalmente.

O fornecimento de fraldas se dará pelo **período de 12 meses**.

Permanecendo a necessidade do paciente, o responsável deverá comparecer à unidade de referência com antecedência de 30 dias antes do fim do prazo solicitando a renovação do benefício.

O fornecimento será mensal e a entrega será efetuada na unidade indicada e nas datas e horários preestabelecidos.

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

Caso não seja retirada a cota de fraldas dentro do mês, essa não será acumulada para o mês seguinte.

Caso haja necessidade de alteração de tamanho das fraldas, deverá ser solicitado via requerimento para alteração.

O não comparecimento para a retirada das fraldas por período igual ou superior a 30 (trinta) dias, implicará na suspensão do benefício, salvo os casos devidamente justificados (ex: internação hospitalar).

O fornecimento também será suspenso em casos de uso indevido do material (comercialização, armazenamento sem necessidade, uso para outra finalidade, má fé).

Declaro estar ciente e de acordo com as normas para recebimento de Fraldas Descartáveis.

Paciente: _____ Resp.: _____

Testemunha: _____

RECEBIDO/ RETIRADO em: ____/____/____



ANEXO III. FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO DE FRALDAS DESCARTÁVEIS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
Nome completo:					
CPF:	Cartão SUS:		Prontuário/ Unidade de saúde:		
Endereço:			Bairro:		
CEP:	CIDADE:		ESTADO:		
SEGUIMENTO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> SUS <input type="checkbox"/> Convênio <input type="checkbox"/> Outros _____					
Unidade de Saúde/ Serviço de Saúde: _____					
Condição da mobilidade: () com mobilização () mobilidade reduzida () acamado					
DIAGNÓSTICO:				CID:	
TIPO DE INCONTINÊNCIA: () URINÁRIA () FECAL			PATOLOGIAS ASSOCIADA		
Assinal e	CID	Tipo de incontinência	Assinal e	CID	Patologia associada

MÉDICO PRESCRITOR* _____ Médico que faça parte da equipe que acompanha o paciente): (Assinatura e carimbo com registro no Conselho Regional do profissional)	Data:
---	-------



ANEXO IV. REQUERIMENTO PARA ALTERAÇÃO DE TAMANHO/QUANTIDADE

TIPO DE FRALDA	
TAMANHO DA FRALDA	
PEDIÁTRICA	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> EG <input type="checkbox"/> EGG
GERIÁTRICA	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> EG
CAPACIDADE DE ABSORÇÃO DA FRALDA	
Máximo de 6 fraldas/dia para IU e mais 1 para IF	
Incontinência Leve	1-3
Incontinência Moderada	4-5
Incontinência Severa	
Incontinência Muito Severa	1
QUANTIDADE NECESSÁRIA	
PESO (Kg) _____ Kg CINTURA (cm): _____ cm	

PROFISSIONAL SOLICITANTE DA RENOVAÇÃO* _____ (* Médico, enfermeiro, assistente social, fisioterapeuta, psicólogo que efetivamente façam parte da equipe de acompanhamento do paciente.) (Assinatura e carimbo com registro no Conselho Regional do profissional)	Data:
--	-------