

ORIENTAÇÃO PARA DISPENSAÇÃO DE FRALDAS

Outubro de 2023

A Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, de acordo com os princípios 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 da fralda descartável, de caráter suplementar, às pessoas com incontinência urinária e ou fecal, moradoras do Município de São Paulo e que se enquadrem nos critérios de elegibilidade estabelecidos.



**CIDADE DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

ORIENTAÇÃO PARA DISPENSAÇÃO DE FRALDAS - Outubro/2023

A Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, de acordo com os princípios 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 da fralda descartável, de caráter suplementar, às pessoas com incontinência urinária e ou fecal, moradoras do Município de São Paulo e que se enquadrem nos critérios de elegibilidade estabelecidos.

1. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

1.1. O fornecimento de fraldas descartáveis destina-se à pessoas acima de 03 anos de idade, residentes e domiciliadas no Município de São Paulo e que apresentem incontinência urinária ou fecal permanente, dentro das seguintes condições:

N31.0	Bexiga neuropática não inibida
N31.1	Bexiga neurogênica reflexa
N39.4	Outras incontinências urinárias
K59.2	Cólon neurogênico

Associadas à:

F00	Demência na Doença de Alzheimer
F01	Demência Vascular
F02.3	Demência na Doença de Parkinson
F72	Retardo Mental Grave
G80	Paralisia Cerebral
G82	Paraplegia e tetraplegia
G93.1	Lesão encefálica anóxica, não especificado como hemorrágico ou isquêmico
I61	Hemorragia intracerebral
I64	Acidente Vascular Cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico
Q05.2	Espinha bífida lombar com hidrocefalia
Q05.3	Espinha bífida sacra com hidrocefalia
T90.5	Sequela de traumatismo intracraniano
T91.1	Sequela de fratura de coluna vertebral

2. QUANTIDADE

A quantitativo é de 04 fraldas/dia (120 fraldas/mês) para incontinência urinária e 01 fralda/dia (30 fraldas/mês) para incontinência fecal, não havendo somatório deste número quando da ocorrência de ambas.

3. DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO

O usuário ou seu cuidador/responsável deverá se dirigir à UBS de referência de sua moradia para cadastro apresentando os seguintes documentos (para os pacientes acompanhados pela EMAD, PAI, URSI e ILPI, o cadastro pode se dar através das equipes destes serviços):

- a. RG (usuário e, se tiver, do responsável);
- b. CPF (usuário e, se tiver, do responsável);
- c. CNS (usuário);
- d. COMPROVANTE DE ENDEREÇO (emitido com data atual, no máximo de 6 meses). No caso do usuário residir em Instituição deverá apresentar uma Declaração da Instituição;
- e. FORMULÁRIO DE REQUISIÇÃO DE FRALDAS DESCARTÁVEIS.

4. ORIENTAÇÕES GERAIS

4.1. A prescrição do uso da fralda descartável deverá ser feita após avaliação clínica por profissional médico, utilizando o FORMULÁRIO PARA CADASTRO DE PESSOAS PARA RECEBIMENTO DE DISPOSITIVOS PARA INCONTINENCIA URINÁRIA E FECAL – ANEXO I;

4.2. O acesso ao insumo deverá ocorrer após consulta de enfermagem, conforme as etapas do Processo de enfermagem, em atendimento presencial ou no domicílio, por enfermeiro (a), das equipes da UBS, EMAD, PAI ou URSI. Nos casos de ILPI, a equipe da UBS da área de abrangência irá realizar a visita domiciliar;

4.3. A avaliação do enfermeiro deverá ser a cada 6 (seis) meses;

4.4. O processo de dispensação de fraldas descartáveis terá validade de 12 (doze) meses, a contar da data da primeira retirada. Após o vencimento dessa documentação, ela deverá ser renovada;

- 4.5.** Todos os usuários contemplados neste protocolo deverão ser cadastrados no SIGA IPD (aba específica de registro de dispensação de fraldas);
- 4.6.** A dispensação das fraldas será no domicílio do paciente na residência do mesmo, ou na ILPI onde o paciente reside e está cadastrado;
- 4.7.** Em caso de ausência, será realizada até 3 (três) tentativas de entrega das fraldas. Após esse prazo, o usuário terá até 7 (sete) dias corridos para retirada das fraldas em uma agência dos Correios mais próxima do domicílio;
- 4.8.** Em casos de irregularidades ou dúvida da condição clínica do usuário poderá ser solicitada reavaliação pelo médico da unidade;

5. CRITÉRIOS DE DESLIGAMENTO

- 5.1.** Solicitado pelo paciente ou responsável;
- 5.2.** Quando o paciente ou o responsável não for encontrado no endereço cadastrado e não retirar nas agências dos correios por dois meses consecutivos, sem justificativas.
- 5.3.** Não renovação de processo administrativo após doze meses de atendimento;
- 5.4.** Agirem de má fé, ou seja, que praticarem a comercialização ou qualquer outro tipo de desvio do insumo recebido, sob pena de incorrer em penalidades legais cabíveis, uma vez que os insumos dispensados são de uso exclusivo do usuário cadastrado;
- 5.5.** Mudança de município;
- 5.6.** Alta médica;
- 5.7.** Óbito.

6. REFERÊNCIAS

1. *European Association of Urology Pocket Guidelines*. Edição 2018.
2. Albuquerque, M.T. et. Al. ***Correlation between complaints of stress urinary incontinence and the one-hour pad test in postmenopausal women***. Natal (RN), Brasil, 2011.
3. Maranhão, Técia Maria de Oliveira; Bernardo-Filho, Mário; Galvão, Lílian Lira Lisboa Fagundes; Micussi, Maria Thereza A. Barbosa C. ***Pad-test: uma revisão sobre conceitos e utilização / Pad-test: a review on concepts and use***. Femina; 36(4):243-246, abr. 2008.
4. Medeiros, Joyce Raquel Cândido. ***Correlação entre o teste do absorvente de 24 horas e a severidade da incontinência urinária***. Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2016.
5. ABRAMS, P.; CARDOZO, L.; FALL, M.; GRIFFITHS, D.; ROSIER, P.; ULMSTEN, U.; KERREBROECK, van P.; VICTOR, A.; WEIN, A. - ***The Standardization of Terminology of Lower Urinary Tract Function Report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society***. Neurourology and Urodynamics 21: 167– 178, 2002.
6. Capelini, Maria Viviane Marques Arruda. ***Tratamento da incontinência urinária de esforço com biofeedback: análise objetiva e impacto sobre a qualidade de vida***. Campinas, SP: [s.n.], 2004.
7. _____. ***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.
8. _____. ***Estatuto do idoso***: lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004.
9. 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.
10. Tamanini JTN et al. ***Validação para o português do “International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form” (ICIQ-SF)***. RevSaúde Pública 2004; 38(3):438-44.

ANEXO - I

FORMULÁRIO PARA CADASTRO DE PESSOAS PARA
RECEBIMENTO DE DISPOSITIVOS PARA INCONTINÊNCIA
URINÁRIA E FECAL



ANEXO I

FORMULÁRIO PARA CADASTRO DE PESSOAS PARA
RECEBIMENTO DE DISPOSITIVOS PARA INCONTINÊNCIA URINÁRIA
E FECAL

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO:

Nome (sem abreviações): _____
Nome Social: _____
CPF: _____ Cartão SUS: _____ Prontuário: _____
Data de Nascimento: _____ Sexo (biológico) : ☐ Masculino ☐ Feminino
Raça/Cor (autodeclarada): ☐ branco ☐ preto ☐ pardo ☐ indígena ☐ amarelo
Gênero: ☐ Homem Cisgênero ☐ Mulher Cisgênero ☐ Homem Transgênero ☐ Mulher Transgênero
☐ Gênero Não Binário ☐ Agênero
Tipo de Deficiência ☐ física ☐ intelectual ☐ auditiva ☐ visual
Endereço: _____
Bairro: _____ CEP: _____ Telefone: _____

DADOS DO LAUDO MÉDICO:

Unidade de Saúde: _____ Data: ____/____/____
Nome médico: _____ CRM: _____

F 00	Demência na doença de Alzheimer	G 93.1	Lesão Encefálica Anóxica não especificada hemorrágica ou isquêmica
F 01	Demência Vascular	I 61	Hemorragia Intracerebral
F 02.3	Demência Doença de Parkinson	I 64	AVC não especificado como hemorrágico ou isquêmico
F 72	Retardo Mental Grave	Q 05.2	Espinha bífida lombar com hidrocefalia
G 80	Paralisia Cerebral	Q 05.3	Espinha bífida sacra com hidrocefalia
G 82	Paraplegia	T 90.5	Sequela traumatismo intracraniano
G 82	Tetraplegia	T 91.1	Sequela fratura da coluna vertebral

Associadas a :

N 31.0	Bexiga neuropática não inibida	N 39.4	Outras incontinências urinárias
N 31.1	Bexiga neurogênica reflexa	K 59.2	Colon neurogênico

AVALIAÇÃO ENFERMEIRO

Unidade de Saúde: _____ Data: ____/____/____
Nome enfermeiro: _____ COREN: _____

QUANTIDADE PRESCRITA POR MÊS

QTDE.	INSUMO	TAMANHO
	Fraldas (máx 120/mês)	
	Dispositivo para incontinência urinária (máx 30/mês, sexo masculino)	
	Bolsa coletora de perna (máx 1/ mês)	
	Sonda uretral (máx 120/ mês)	

Obs.

Fraldas - tamanhos: P adulto, M adulto, G, adulto, GG adulto, XG infantil / Dispositivo para incontinência – tamanhos P, M e G/ Sonda uretral- tamanhos 8, 10 e 12

Em atendimento por: EMAD () sim () não PAI () sim () não
Origem da demanda: () Consulta Médica () Judiciário () Ministério Público () ouvidoria () EMAD ()
outra: _____

Observação: _____

assinatura/carimbo
responsável pelo preenchimento