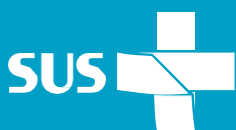


ORIENTAÇÃO PARA DISPENSACÃO DE FRALDAS



FEVEREIRO/2026

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 enquadram nos critérios de elegibilidade estabelecidos.



**PREFEITURA DE
SÃO PAULO**

**SECRETARIA
DA SAÚDE**

ORIENTAÇÃO PARA DISPENSAÇÃO DE FRALDAS

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 permanentes, 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

Z51.9 Cuidados médicos não especificado

1.2. Os limites do Município de São Paulo são definidos por outros municípios da Região Metropolitana, como Guarulhos, Osasco, Cotia, Embu da Artes, Taboão da Serra, Itapeverica da Terra, Embu-Guaçu, Juquitiba, Mairiporã, Caieiras, Santana de Parnaíba, Barueri, Santo André, ABC Paulista, Mauá, Itaquaquecetuba, Diadema, Poá, Ferraz de Vasconcelos, e regiões litoraneas (Itanhaém, São Vicente, Santos e Praia Grande) não deverão ser cadastrados

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 somatória deste número quando da ocorrência de ambas.

Nos casos de ações judiciais, deverão ser incluídas a quantidade estabelecida de acordo com a decisão impetrada pelo juiz.

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 (anexo I)

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. A avaliação do médico deverá ser renovada a cada 12 (doze) meses, contendo o CID primário e secundário.

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 entregue no endereço cadastrado do paciente, ou na ILPI onde reside e está cadastrado;

4.7. Em caso de ausência, será realizada até 3 (três) tentativas de entrega das fraldas.

4.8. Em casos de irregularidades ou dúvida da condição clínica do usuário poderá ser realizada 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 a UBS de referência não conseguir efetuar contato por nenhum meio telefônico;
- 5.3.** Quando não houver entrega e/ou retirada da fraldas nas agências dos Correios pelo prazo de 3 meses consecutivos;
- 5.4.** Não renovação do laudo médico após doze meses de atendimento;
- 5.5.** Agirem de má fé, ou seja , que pratiquem 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;
- 5.6.** Mudança de município dentro da área de atendimento;
- 5.7.** Alta médica;
- 5.8.** 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 Subcommittee 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 INCONTINENCIA 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: _____

CID PRIMÁRIO

☐ N 31.0 Bexiga neuropática não inibida

☐ N 39.4 Outras incontinências urinárias

☐ N 31.1 Bexiga neurogênica reflexa

☐ K 59.2 Colon neurogênico

CID SECUNDÁRIO

☐ F 00 Demência na doença de Alzheimer

☐ G93.1 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

☐ G80 Paralisia Cerebral

☐ Q 05.2 Espinha bífida lombar com hidrocefalia

☐ G82 Paraplegia

☐ Q 05.3 Espinha bífida sacra com hidrocefalia

☐ G82 Tetraplegia

☐ T 90.5 Sequela traumatismo intracraniano

☐ T 91.1 Sequela fratura da coluna vertebral

☐ Z 51.9 Cuidados médicos não especificado

AValiação ENFERMEIRO

Unidade de Saúde: _____ Data: ____/____/____

Nome enfermeiro: _____ COREN: _____

QUANTIDADE PRESCRITA POR MÊS

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

Obs.

Fraldas - tamanhos: P adulto, M adulto, G, adulto, XG 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: _____