



ESTADO DE SANTA CATARINA  
MUNICÍPIO DE BOCAINA DO SUL  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



# PROTOCOLO PARA DISPENSAÇÃO DE INSUMO: FRALDA DESCARTÁVEL

Elaboração:  
Dra. Adriany Luciano  
Residente Medicina de Família e Comunidade

Revisão:  
Meliana Góss Schlichting  
Secretária Municipal de Saúde

FEVEREIRO - 2024



## SUMÁRIO

1. CONTEXTO .....	03
2. PÚBLICO ALVO .....	03
3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO .....	03
4. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO .....	03
5. CRITÉRIOS DE DESLIGAMENTO .....	04
6. CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA .....	04
7. QUANTIDADE .....	05
8. ACESSO AO INSUMO .....	05
9. ACOMPANHAMENTO .....	06
10. FLUXO .....	06
11. CONSIDERAÇÕES .....	07
12. REFERÊNCIAS .....	08
13. ANEXOS .....	09
ANEXO I .....	10
ANEXO II .....	11
ANEXO III .....	12
ANEXO IV .....	13
ANEXO V .....	14



## 1. CONTEXTO

A Secretaria Municipal da Saúde de Bocaina do Sul, de acordo com os princípios básicos do SUS e do 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, sejam idosos ou pessoas com deficiência, moradores do município de Bocaina do Sul, que se enquadrem nos critérios de elegibilidade estabelecidos.

O benefício em questão 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.

## 2. PÚBLICO ALVO

Benefício oferecido aos cidadãos com deficiência e/ou idosos que atendam aos critérios de **Inclusão** descritos neste protocolo.

## 3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

O fornecimento de fraldas descartáveis destina-se, exclusivamente, aos usuários residentes e domiciliados no Município de Bocaina do Sul, a saber:

3.1 Usuários acamados ou com mobilidade reduzida (uso de prótese ou órtese), com doenças crônico-degenerativas agudizadas e/ou com incapacidade funcional provisória ou permanente;

3.2 Usuários com incapacidade funcional provisória ou permanente.

## 4. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

4.1 Pacientes ostomizados (urostomia, vesicostomia, colostomia, ileostomia);

4.2 Deixar de manter cuidados de saúde relacionados ao uso da fralda, tais como: mudança de decúbito do paciente, higiene corporal e domiciliar, sendo estes critérios acompanhados pela ESF;

4.3 Usuários que não se enquadrem nos critérios estabelecidos neste protocolo.



## 5. CRITÉRIOS DE DESLIGAMENTO

5.1 A ausência do paciente ou responsável para retirada dos insumos por período igual ou superior a 30 (trinta) dias, salvo os casos devidamente justificados (internação hospitalar);

5.2 Que não procederem à renovação de seu processo administrativo após doze meses de atendimento;

5.3 Que mudarem para outro município (comprovado por Agente Comunitário de Saúde);

5.4 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;

5.5 Alta médica;

5.6 Óbito.

## 6. 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.

**Quadro 1 - 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		
<b>TOTAL DOS SCORES</b>			

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

## 7. QUANTIDADE

Recomenda-se que o quantitativo deva ser:

7.1 Usuários somente com incontinência fecal receberão até 2 fraldas/dia.

7.3 Usuários com incontinência urinária ou com incontinência urinária e fecal associados, receberão no máximo 6 fraldas/dia, de acordo com as recomendações abaixo:

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

7.4 Aos pacientes que não se enquadram em nenhuma das condições anteriormente descritas, a quantidade de fraldas/dia ficará a critério médico. Para estes casos, na receita médica **obrigatoriamente** deverá constar o CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde).

## 8. ACESSO AO INSUMO

8.1 A prescrição do uso da fralda descartável deverá ser feita por profissional médico, utilizando o **FORMULÁRIO DE REQUISIÇÃO DE FRALDAS DESCARTÁVEIS (ANEXO III)**.

8.2 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**).

8.3 Casos de alteração de tamanho e/ou quantidade de fraldas e/ou classificação do grau de severidade, deverão ser alterados através do **FORMULÁRIO DE**



ESTADO DE SANTA CATARINA  
MUNICÍPIO DE BOCAINA DO SUL  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



REQUERIMENTO PARA ALTERAÇÃO DE TAMANHO (ANEXO IV).

8.4 O cadastramento do usuário será realizado mediante a apresentação de Atestado Médico e documentos pessoais e/ou responsáveis.

As fraldas serão fornecidas pelo setor administrativo da Secretaria Municipal de Saúde ou onde encontrar-se o responsável pela dispensação do insumo, de segunda a sexta, das 08 às 12:00 h às 13:00 às 17:00 h.

O paciente será cadastrado para o recebimento dos insumos desde que preencha os critérios de inclusão deste protocolo.

## 9. ACOMPANHAMENTO

O acompanhamento dos pacientes em uso de fraldas acontece mediante visitas domiciliares de Equipe de Estratégia de Saúde da Família/ACS (agente comunitárias de saúde), consultas realizadas na UBS e nos postos de saúde do interior do município de Bocaina do Sul – SC.

Os documentos deverão ser arquivados no prontuário de dispensação do usuário no setor responsável.

## 10. FLUXO

10.1 O usuário deverá se dirigir à UBS para avaliação da necessidade do uso de fraldas descartáveis. Caso não haja condição de deslocamento, o responsável deverá solicitar uma visita domiciliar para avaliação e acompanhamento.

10.2 Após avaliação, o médico deverá emitir um Atestado justificando a necessidade, constando o quantitativo diário necessário.

10.3 De posse do Atestado Médico, o paciente, ou responsável, deverá apresentá-lo no setor administrativo da Secretaria Municipal de Saúde, no prazo máximo de 10 dias, para cadastramento, anexando os seguintes documentos:

- a. RG (usuário e responsável)
- b. CPF (usuário e responsável)
- c. Cartão Nacional de Saúde (usuário)
- d. Comprovante de endereço (data atual, no máximo de 1 mês anterior)
- e. FORMULÁRIO DE REQUISIÇÃO DE FRALDAS DESCARTÁVEIS (ANEXO III).

A dispensação das fraldas só poderá ser feita diretamente ao usuário, responsável



ESTADO DE SANTA CATARINA  
MUNICÍPIO DE BOCAINA DO SUL  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



ou pessoa previamente autorizada, sendo que o TERMO DE COMPROMISSO E RETIRADA DO INSUMO FRALDA DESCARTÁVEL (ANEXO II) deverá ser assinado a cada dispensação.

## 11. CONSIDERAÇÕES

11.1 A dispensação de fraldas será mensal, realizada na Secretaria Municipal de Saúde.

11.2 A renovação dos documentos será **OBRIGATORIAMENTE** a cada 12 (doze) meses.

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

11.4 Os casos de transferência de município ou óbito, deverão ser comunicados **IMEDIATAMENTE**, e corrigido a planilha de controle desses usuários, sendo mantido como “arquivo morto”. Os casos de óbito deverão ser comprovados através de documento.

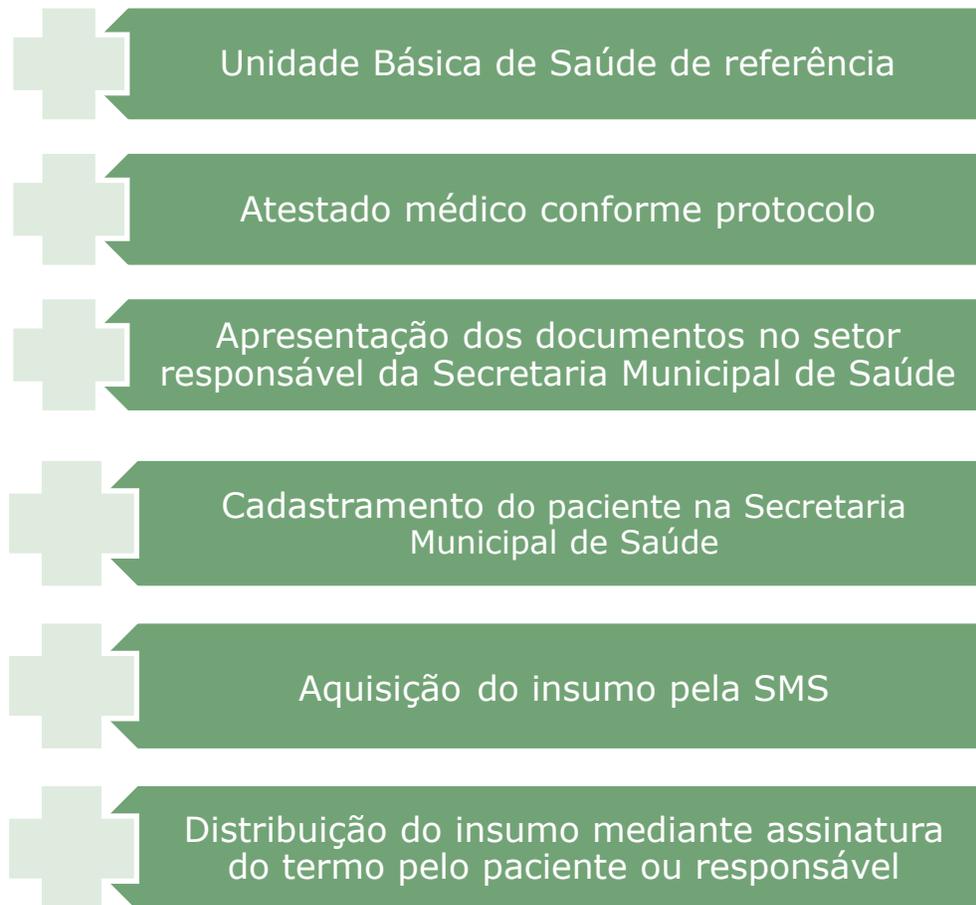
11.5 Em casos de irregularidades ou dúvida da condição clínica do usuário poderá ser solicitada reavaliação pelo médico da unidade.





### 13. ANEXOS

#### ANEXO I- FLUXO PARA RECEBIMENTO DE FRALDAS DESCARTÁVEIS





ESTADO DE SANTA CATARINA  
MUNICÍPIO DE BOCAINA DO SUL  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



ANEXO II - TERMO DE COMPROMISSO E RETIRADA DO INSUMO FRALDA  
DESCARTÁVEL

Eu, \_\_\_\_\_, CPF  
\_\_\_\_\_, residente em \_\_\_\_\_,  
Bocaina do Sul/SC, DECLARO estar ciente de que para RETIRAR as fraldas, o responsável  
ou paciente deve comparecer à Secretaria Municipal de Saúde, munido de documento  
de identificação (cartão SUS, RG ou CPF) mensalmente.

Orientações repassadas:

- ✓ 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 Secretaria Municipal de Saúde, ou na unidade indicada, 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: \_\_\_\_\_



ESTADO DE SANTA CATARINA  
MUNICÍPIO DE BOCAINA DO SUL  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



CONTROLE DE RETIRADA DE DE INSUMO: FRALDAS DESCARTÁVEIS

	DATA	NOME	QUANTIDADE FORNECIDA	ASSINATURA
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				



ESTADO DE SANTA CATARINA  
MUNICÍPIO DE BOCAINA DO SUL  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



ANEXO III – FORMULÁRIO DE REQUISIÇÃO DE FRALDAS DESCARTÁVEIS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
NOME: _____			
CPF	Cartão SUS		Prontuário/ Unidade de saúde
Data de Nasc:	Idade	Sexo	Telefone
Endereço			Bairro
CEP 88508-160	Bocaina do Sul/SC		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 ASSOCIADAS:	

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



ESTADO DE SANTA CATARINA  
MUNICÍPIO DE BOCAINA DO SUL  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



ANEXO IV – REQUERIMENTO PARA ALTERAÇÃO DE TAMANHO e/ou CAPACIDADE e/ou QUANTIDADE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
Nome:			
CPF	Cartão SUS		Prontuário/ Unidade de saúde
Data de nascimento	Idade	Sexo	Obs.:
Endereço			
Bairro	Cep	Telefone	
JUSTIFICATIVA DA ALTERAÇÃO:			
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 <input type="checkbox"/> EGG		
CAPACIDADE DE ABSORÇÃO DA FRALDA		Máximo de 6 fraldas/dia para IU e mais 1 para IF	____ fraldas/dia
Incontinência Leve	1-3	PESO (Kg) : _____ Kg CINTURA (cm): _____ cm	
Incontinência Moderada	4-5		
Incontinência Severa	6-9		
Incontinência Muito Severa	10-11		
PROFISSIONAL SOLICITANTE DA RENOVAÇÃO*			Data: ____/____/____
(Assinatura e carimbo com registro no Conselho Regional do profissional)			



ESTADO DE SANTA CATARINA  
MUNICÍPIO DE BOCAINA DO SUL  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



ANEXO V – AVALIAÇÃO PARA DISPENSAÇÃO DE FRALDAS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
Nome:			
CPF	Cartão SUS		Prontuário/ Unidade de saúde
Data de nascimento	Idade	Sexo	
Endereço			
CEP	Bairro		Telefone
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	<b>TOTAL DOS SCORES:</b>	
O tempo todo	5		
CLASSIFICAÇÃO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA			
SCORE	CLASSIFICAÇÃO	QUANTITATIVO	
1 – 3	Incontinência Leve	Até 2 fraldas/dia	
4 - 5	Incontinência Moderada	Até 3 fraldas/dia	
6 – 9	Incontinência Severa	Até 6 fraldas/dia	
10-11	Incontinência Muito Severa	Até 6 fraldas/dia	
AVALIAÇÃO FINAL			
<input type="checkbox"/> PEDIÁTRICA <input type="checkbox"/> GERIÁTRICA	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> EG	Quantidade de fralda a ser dispensada	
Profissional responsável:			Data:
(Assinatura e carimbo com registro no Conselho Regional do profissional)			