



Av. Nicolau Cesarino, 4000
Bela Vista | Extrema/MG | CEP 37645-002
Secretaria Municipal de Saúde
(35) 3435.5720
www.extrema.mg.gov.br

CONSELHO MUNICIPAL de SAÚDE de EXTREMA

RESOLUÇÃO nº 004, de 26 de fevereiro de 2025.

Aprova o Protocolo Clínico para Dispensação de Fórmula Infantil, Suplemento Nutricional e Dieta Enteral / Oral Pediátrica e Adulta.

O Plenário do Conselho Municipal de Saúde de Extrema do Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais – SUS/MG, no uso de suas competências regimentais e atribuições, e:

- CONSIDERANDO a Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes;
- CONSIDERANDO a Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde;
- CONSIDERANDO a Portaria de Consolidação nº 1, que dispõe da consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde;

Art. 1º Fica aprovado o protocolo clínico para dispensação de fórmula infantil, suplemento nutricional e dieta enteral / oral pediátrica e adulta na rede pública de saúde, conforme anexo I.

Art. 2º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Extrema, 26 de fevereiro de 2025.

Airton Pinto Azevedo

Presidente do Conselho Municipal de Saúde

Homologo a Resolução do Conselho Municipal de Saúde nº. 003, de 26 de fevereiro de 2025, nos termos de Delegação de Competência.

André Aparecido Borges

Secretário Municipal de Saúde

ANEXO I

PROTOCOLO PARA DISPENSACÃO DE FRALDAS

Fevereiro de 2025

A Secretaria Municipal da Saúde de Extrema, 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 Extrema e que se enquadrem nos critérios de elegibilidade estabelecidos.

Assistência Farmacêutica Municipal

ORIENTAÇÃO PARA DISPENSAÇÃO DE FRALDAS- Fevereiro 2025

A Secretaria Municipal da Saúde de Extrema - MG, 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 Extrema e que se enquadrem nos critérios de elegibilidade estabelecidos.

1. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

1.1.O fornecimento de fraldas descartáveis destina-se às pessoas, residentes e domiciliadas no Município de Extrema, com idade de até **59 anos 11 meses e 29 dias** (juvenil e adulto) e que apresentem incontinência urinária ou fecal permanente, dentro das seguintes condições:

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 decoluna vertebral
F84.0	Tea (em uso de fraldas tamanho juvenil ou maior)
Z515	Cuidado Paliativo

Assistência Farmacêutica Municipal

Associadas à:

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

Assistência Farmacêutica Municipal

2. QUANTIDADE

A quantitativo é de 02 fraldas/dia (60 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. A primeira entrega das fraldas podera ser realizada em até 30 dias.

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**, 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. Declaração da unidade ESF;
- e. FORMULÁRIO DE REQUISIÇÃO DE FRALDAS DESCARTÁVEIS.

4. ORIENTAÇÕES GERAIS

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 FRALDAS – ANEXO I;

O acesso ao insumo deverá ocorrer após consulta do médico, conforme as etapas do Processo, em atendimento presencial ou no domicilio, das equipes da UBS ou EMAD.

A avaliação do médico deverá ser a cada 6 (seis) meses;

O processo de dispensação de fraldas descartáveis terá validade de 06 meses, a contar da data da primeira retirada. Após o vencimento dessa documentação, ela deverá ser renovada;

Assistência Farmacêutica Municipal

Todos os usuários contemplados neste protocolo deverão ser cadastrados no PEC e VECTOR.

A dispensação das fraldas será realizada na farmácia de Minas do município de Extrema.

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

5. CRITÉRIOS DE DESLIGAMENTO

Solicitado pelo paciente ou responsável;

Não renovação de processo administrativo após seis meses de atendimento;

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;

Mudança de município;

Alta médica;

Óbito.

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 INCONTINENCIA URINÁRIA E FECAL

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO:

Nome (sem abreviações):	
Nome social	
CPF	Cartão SUS
Prontuário	Sexo () Masculino () Feminino

DADOS DO LAUDO MÉDICO:

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

F00	Demência na doença de Alzheimer	G93.1	Lesão Encefálica Anóxica não especificada hemorrágica ou isquêmica
F01	Demência Vascular	I61	Hemorragia Intracerebral
F02.3	Demência Doença de Parkinson	I64	AVC não especificado como hemorrágico ou isquêmico
F72	Retardo Mental Grave	Q05.2	Espinha bífida da lombar com hidrocefalia
G80	Paralisia Cerebral	Q05.3	Espinha bífida da sacra com hidrocefalia
G82	Paraplegia	T90.5	Sequela traumatismo intracraniano
Z515	Cuidado Paliativo	F84.0	TEA
G82	Tetraplegia	T91.1	Sequela fratura da coluna vertebral

Associadas a:

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

AValiação DO MÉDICO

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

COREN/CRM: _____

Período aprovado para a entrega das fraldas : () 1, () 2, () 3, () 4, () 5, () 6 meses.

QUANTIDADE PRESCRITA POR MÊS		
QTDE.	INSUMO	TAMANHO
	Incontinência fecal: Fraldas (máx 30/mês)	
	Demais condições: Fraldas (máx 60/mês)	

Obs: Em caso de incontinência fecal e urinária o número máximo de entrega será de 60 unid/mês.

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

Em atendimento por: EMAD () sim () não ESF () sim () não
Origem da demanda: () Consulta Médica
outra: _____

Observação: _____

assinatura/carimbo
responsável pelo preenchimento