

PROTOCOLO PARA FORNECIMENTO DE FRALDAS GERIÁTRICAS PERTENCENTE AOS MUNICÍPIES DE PEDRO LEOPOLDO/MG

INTRODUÇÃO:

As transformações demográficas ocorridas no Brasil geraram mudanças significativas no perfil epidemiológico da população e que se traduzem em um aumento considerável das chamadas doenças crônico-degenerativas. Os pacientes ou acometidos por estas doenças crônicas necessitam, muitas vezes, de materiais e cuidados paliativos. Em decorrência desses fatores existe uma alta demanda por fraldas geriátricas no município de Pedro Leopoldo, torna-se necessário criar critérios que possam racionalizar o uso das mesmas e um atendimento mais abrangente para os munícipes.

Destaca-se que a faixa etária acima de 60 anos ou mais tem acesso ao o Programa **Aqui Tem Farmácia Popular do Governo Federal** que disponibiliza as fraldas para esse público com desconto de 90% na compra das mesmas, nas diversas farmácias e drogarias credenciadas pelo Programa.

OBJETIVOS:

- Padronizar o fornecimento de fraldas geriátricas pelo Município de Pedro Leopoldo.
- Definir as indicações clínicas e estabelecer critérios de inclusão, exclusão, acompanhamento e alta de usuários da Rede SUS de Pedro Leopoldo para o fornecimento de fraldas geriátricas.
- Definir o fluxo e o envio de documentos para o fornecimento e a continuidade deste benefício.
- Definir o público-alvo
- Inibir o uso indiscriminado e promover o uso racional para manutenção e condição de execução e financiamento da política.
- Nortear os profissionais de saúde da Atenção Primária e do Desenvolvimento Social no planejamento e execução das atividades de dispensação de fraldas descartáveis.
- Visar o atendimento imediato das necessidades humanas básicas decorrentes de contingências sociais, ou seja, de situações que fogem do cotidiano das famílias e indivíduos.

INDICAÇÕES CLÍNICAS:

TIPOS DE INCONTINÊNCIA - CID – 10

N31.0 Bexiga neuropática não inibida

N31.1 Bexiga neurogênica reflexa

N39.4 Outras incontinências urinárias

K59.2 Colon neurogênico

ASSOCIADOS A:

C64 a C68 Neoplasias do trato urinário

F00 Demência na Doença de Alzheimer

F01 Demência Vascular

F02.3 Demência na doença de Parkinson

F72 Retardo Mental Grave

G35 Esclerose múltipla

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

INDICAÇÕES SOCIOASSISTENCIAIS:

Público-alvo: famílias de baixa renda, cadastradas no **Cadastro Único** do município de Pedro Leopoldo. No caso do usuário não possuir CAD único este deve ser encaminhado aos **CRAS (de acordo com a territorialização – CRAS Centro-SUL ou CRAS Norte)** para inclusão dentro do critério definidos pelo Ministério da Cidadania.

Telefones : CRAS Centro Sul - 3662-3780

CRAS Norte-366-8234

Apresentação da FOLHA RESUMO: a Folha Resumo é uma ficha técnica que possui dados do beneficiário, identificando a caracterização socioeconômica da família. Permite seu uso em políticas e programas como critério de seleção de beneficiários e deve ser solicitada nos CRAS.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO:

INCLUSÃO

- Residir no município de Pedro Leopoldo;
- Ser usuário vinculado na Unidade Básica de Saúde (UBS) de abrangência ao local de residência ou ser atendido no Centro de Especialidades Médicas (CEM) do município de Pedro Leopoldo;
- Possuir Laudo Médico com solicitação de fralda geriátrica, emitido em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) ou CEM, por profissionais da **rede SUS de Pedro Leopoldo**;
- Estar de acordo com os critérios de indicação clínica do protocolo.
- Possuir Cadastro Único.

OBS: Não serão aceitas prescrições que não sejam originadas pelo SUS (convênios/particulares) conforme Decreto Federal 7.508/2011.

EXCLUSÃO

- Não residir em Pedro Leopoldo;
- Não estar cadastrado ou não obter cadastro CADUNICO em Pedro Leopoldo;
- Não realizar o acompanhamento oferecidos pelo Sistema Único de Saúde na área abrangência e local de residência no âmbito do município
- Óbito (comprovado através do recadastramento a cada 3 meses).

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA REQUERIMENTO DO BENEFÍCIO EVENTUAL:

O usuário que atender a todos os critérios estabelecidos no protocolo deverá apresentar os seguintes documentos a Farmácia Central:

- Cópia do documento de identidade;
- Nos casos que haja responsável legal apresentar **Declaração Autorizadora** descrita no Anexo 5 deste protocolo, e documentos pessoais do responsável;
- Cópia CPF;
- Cópia Cartão do SUS;
- Comprovante de residência no município;

- Prescrição médica em papel timbrado proveniente de serviços públicos de saúde do município de Pedro Leopoldo, devidamente preenchida com nome do usuário, data, descrição da patologia com indicação do CID e quantidade de fraldas necessárias (número de trocas diárias, de acordo com o limite de 3 fraldas/dia e 90 fraldas/mês), constando padrão geriátrico e tamanho.
- Folha Resumo emitida pelo Cras Centro-Sul ou Cras Norte.

PERÍODO DE FORNECIMENTO E QUANTIDADE:

O fornecimento das fraldas geriátricas se dará por 3 (três) meses, após a aprovação do pedido, podendo ser renovado por iguais e sucessivos períodos quando permanecer a necessidade do paciente, mediante atualização da documentação do usuário, após esse período.

O fornecimento será efetuado na quantidade deferida no formulário de cadastramento, conforme prescrição e avaliação da documentação apresentada, ficando estabelecido o limite máximo de 03 fraldas/dia (90 fraldas/mês).

FORMA DE ACESSO AO BENEFÍCIO:

A forma de acesso ao benefício está descrita no Anexo I deste protocolo.

PARA RENOVAÇÃO DO FORNECIMENTO:

Será realizada a cada 3 (três) meses. Para renovação é necessário:

- Formulário do Protocolo de Fraldas devidamente preenchido;
- Laudo de avaliação (ANEXO 2);
- Comprovante de endereço atualizado do paciente ou declaração de residência;
- Folha Resumo emitida pelo Cras Centro-Sul ou Cras Norte.

SUSPENSÃO NO FORNECIMENTO APÓS CADASTRAMENTO:

O desligamento do usuário do cadastro municipal para recebimento de fraldas dar-se-á por:

- Não comparecimento para a retirada das fraldas geriátricas por período igual ou superior a 60 (sessenta) dias, implica na suspensão do benefício, salvo os casos devidamente justificados (ex: internação hospitalar);

- Ausência de renovação, após três meses de atendimento;
- Alta médica;
- Óbito;
- Solicitação da família;
- Omissão ou prestação das informações inverídicas pela família, comprovada a má-fé;

Caso o uso das fraldas geriátricas fornecidas pelo município não seja mais necessária ao paciente, antes do término do período concessivo de 90 (noventa) dias, o responsável deverá comunicar a Farmácia Municipal para suspender a dispensação e o seu cadastro. No momento do cadastro deverá ser assinado Termo de Compromisso pelo usuário ou cuidador (ANEXO 3).

ANÁLISE DOS PEDIDOS:

A Secretaria Municipal de Saúde, por meio da Farmácia Central do município de Pedro Leopoldo, apreciará os pedidos de cadastro ao benefício, deferindo o fornecimento das fraldas geriátricas em conformidade com as diretrizes estabelecidas neste protocolo conforme os critérios de inclusão/exclusão.

DISPENSAÇÃO:

O fornecimento será mensal e a dispensação será efetuada na Farmácia Central do município de Pedro Leopoldo.

REFERÊNCIAS:

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa “Aqui tem Farmácia Popular”. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/345-sctie-raiz/daf-raiz/farmacia-popular/18032-voce-sabia-que-o-programa-disponibiliza-fraldas-geriatricas>.

SOROCABA. Protocolo para liberação de fraldas descartáveis da Prefeitura Municipal de Sorocaba/SP. Disponível em: <http://www.sorocaba.sp.gov.br/portal/servicos/fornecimento-de-fraldas-descartaveis>

ANEXOS

ANEXO 1 – FLUXOGRAMA

Usuário com demanda de uso de Fralda Geriátrica



Usuário deverá dirigir-se ao CRAS de referência no Território, Centro-Sul ou Norte e solicitar a emissão da folha resumo



Avaliação médica, diagnosticando a deficiência e a incontinência urinária e/ou fecal na UBS ou CEM, demais



Usuário preenche os critérios do protocolo?

SIM



Encaminhamento do Laudo de Solicitação de Fraldas Geriátricas, Folha Resumo, das cópias de documentos pessoais e declaração de residência do Usuário para a Farmácia Municipal Central.



Liberação na Farmácia Central das Fraldas Geriátricas, sendo imprescindível nova avaliação (clínica), a cada 3 meses, para renovação.
Acompanhamento clínico periódico para monitoramento do estado clínico do paciente e sugestão de alternativas ao uso de fraldas.

NÃO



Usuário não elegível, quando não cumpridos os critérios do protocolo

ANEXO 2 – LAUDO DE AVALIAÇÃO PARA SOLICITAÇÃO DE FRALDAS GERIÁTRICAS

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

Nome completo:
Sexo:
Data de nascimento:
CPF:
CNS:
Endereço:
Bairro:
Telefone:
Tamanho da fralda geriátrica:

INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA

ASSINALE AS DUAS COLUNAS ABAIXO

TIPOS DE INCONTINÊNCIA

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

ASSOCIADOS A:

- C64 a C68 Neoplasias do trato urinário
- F00 Demência na Doença de Alzheimer
- F01 Demência Vascular
- F02.3 Demência na doença de Parkinson
- F72 Retardo mental
- G35 Esclerose múltipla
- 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

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO SUS/PL E PROFISSIONAL

UNIDADE DE SAÚDE DE PEDRO LEOPOLDO:
NOME/ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL:
DATA:

ANEXO 3 – TERMO DE COMPROMISSO

Eu, _____ (nome do (a) usuário ou cuidador), declaro ter sido informado (a) claramente sobre as condições de fornecimento de fraldas geriátricas. Estou de acordo que a fralda somente pode ser utilizada por mim, comprometendo-me a devolvê-la caso não queira ou não possa utilizá-la ou se a indicação for interrompida. Nestes casos, estou ciente que a interrupção por qualquer motivo deverá ser comunicada imediatamente a Farmácia Central do Município de Pedro Leopoldo, para que seja feita a exclusão do cadastro do paciente beneficiado com o fornecimento de fraldas geriátricas.

Estou ciente que preciso atualizar o cadastro único a cada dois anos, a partir da data do cadastramento ou a última atualização cadastral, me comprometendo a atualizar o cadastro sempre que houver alguma mudança nas características da família.

Data:

Nome do usuário ou do responsável legal:

Documento de identificação do usuário ou do responsável legal:

Assinatura do usuário ou do responsável legal

DECLARAÇÃO AUTORIZADORA RETIRADA DE FRALDAS

Dados do paciente

Nome: _____

Identidade: _____ CPF: _____

Identificação do declarante (responsável pelo preenchimento e assinatura desta declaração)

- Próprio paciente (maior de 18 anos e capaz)
 Tutor
 Responsável indicado no laudo médico
 Pais ou guarda (paciente menor de idade)
 Curador
 Procurador com amplos poderes

Pelo presente instrumento particular de autorização eu (declarante), _____, portador da cédula de identidade nº _____, e do CPF nº _____, residente e domiciliado na _____, município _____, CEP: _____, telefones (____) _____ / (____) _____ e-mail: _____ autorizo **as pessoas abaixo** discriminadas a representar-me junto à Superintendência de Assistência Farmacêutica de Estado de Saúde de Minas Gerais nos procedimentos de retirada/recebimento do (s) medicamento (s), em uma das Unidades de dispensação dos Medicamentos do Componente Especializado.

Autorizadas	1	Nome:	Identidade:
		Endereço: <td>Telefone:</td> <td></td>	Telefone:
2	Nome:	Identidade:	
	Endereço: <td>Telefone:</td> <td></td>	Telefone:	

MAXIMO DE DUAS PESSOAS AUTORIZADAS.

RETIRADA PERMITIDA APENAS COM APRESENTAÇÃO DE RG DO PACIENTE E RG DO AUTORIZADO.

- Este documento e as informações nele contidas são de inteira responsabilidade do declarante.
- Este documento perderá sua validade quando for apresentado outro com **data mais recente**
- Em caso de **ALTERAÇÃO, INCLUSÃO/EXCLUSÃO** de qualquer dos representantes, o declarante fica responsável por apresentar nova Declaração Autorizadora contendo os nomes de todos os autorizados.

Ratifico serem verdadeiras as informações prestadas e aceito os termos apresentados

_____ de _____ de _____
(Local e Data)

Assinatura do declarante

Anexar cópia do documento de identidade do paciente, declarante e das pessoas autorizadas. **TRAZER ESTE DOCUMENTO JUNTO COM LAUDO MEDICO**

FOLHA RESUMO CADASTRO ÚNICO - V7

I - INFORMAÇÕES RELATIVAS AO CADASTRO DA FAMÍLIA

1.01 Código Familiar: 1.10 Data da Entrevista:

RENDA PER CAPITA DA FAMÍLIA:

II - ENDEREÇO DA FAMÍLIA

1.11 - Localidade:

1.12 - Tipo:

1.13 - Título:

1.14 - Nome:

1.15 - Número:

1.16 - Complemento do Número:

1.17 - Complemento Adicional:

1.18 - Cep:

1.20 - Referência para Localização:

III - COMPONENTES DA FAMÍLIA

RESPONSÁVEL FAMILIAR	
4.02 - Nome Completo:	4.06 - Data de Nascimento:
4.03 - NIS:	
4.07 - Parentesco com Responsável Familiar:	
4.02 - Nome Completo:	4.06 - Data de Nascimento:
4.03 - NIS:	
4.07 - Parentesco com Responsável Familiar:	
4.02 - Nome Completo:	4.06 - Data de Nascimento:
4.03 - NIS:	

Local e Data

Assinatura do Responsável pela Unidade Familiar(RF)

Assinatura do Entrevistador/Responsável pelo Cadastramento

Caso o RF não saiba assinar, o entrevistador registrará a expressão "A ROGO" e, a seguir, o nome do RF.

(A ROGO é a expressão jurídica utilizada para indicar que a identificação, substituindo a assinatura, foi delegada a outra pessoa