

PORTARIA Nº 1.717, DE 14 DE SETEMBRO DE 2022.

“Implementa Protocolo Municipal de Dispensação de Fraldas Descartáveis infantis e geriátricas, determina os critérios para inclusão, manutenção e exclusão no programa e dá outras providências”.

O Secretário Municipal de Saúde, Sr. Aaronson Ramathan Freitas, no uso das suas atribuições legais e regulamentares previstas na Lei Municipal nº 044/2020, Decreto Municipal nº 49, de 03 de março de 2021 e Portaria Municipal nº 826, de 08 de outubro de 2021.

CONSIDERANDO a Lei Federal 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 e dá outras providências;

CONSIDERANDO o Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação Inter federativa, e dá outras providências;

CONSIDERANDO a Lei Federal 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 e dá outras providências;

CONSIDERANDO a Portaria Federal nº 111 GM/MS, de 28 de janeiro de 2016, que dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB);

CONSIDERANDO a Ata do Conselho Municipal de Saúde, do dia 30 de setembro de 2021 que autoriza a reformulação deste Protocolo;

RESOLVE:

Art. 1º. Implementa-se novo Protocolo Municipal de Dispensação de Fraldas descartáveis infantis e geriátricas, definindo critérios para inclusão, manutenção e exclusão do Programa.

Art. 2º. Este Protocolo atenderá exclusivamente pacientes que demonstrem a necessidade em decorrência de condições patológicas e sejam assistidos pela Rede Municipal de Saúde.

§ 1º. A demonstração de vulnerabilidade social não satisfaz os requisitos para atendimento pelo Programa.

§ 2º. O benefício não será estendido às crianças menores de 02 (dois) anos de idade, considerando que sua necessidade reflete em planejamento familiar, e o Programa objetiva o atendimento das necessidades patológicas do indivíduo.

Art. 3º. Serão atendidos por este Programa, os pacientes que estiverem acometidos por doenças conforme os seguintes CID:

I - F00 - Demência na Doença de Alzheimer;

II - F01 - Demência Vascular;

III - F02.3 - Demência na doença de Parkinson;

IV - F72 - Retardo Mental Grave;

V - G80 - Paralisia Cerebral;

VI - G82 - Paraplegia e tetraplegia;

VII - G93.1 - Lesão encefálica anóxica, não especificado como hemorrágico ou isquêmico;

VIII - I61 - Hemorragia intracerebral;

IX - I 63 - Infarto Cerebral;

X - I64 - Acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico;

XI - I69 - Sequela de doença Cerebrovascular;

XII - N31.0 - Bexiga neuropática não inibida;

XIII - N31.1 - Bexiga neurogênica reflexa;

XIV - N 35 - Estenose de Uretra;

XV - N39.4 - Outras incontinências urinárias;

XVI - Q05.2 - Espinha bífida lombar com hidrocefalia;

XVII - Q05.3 - Espinha bífida sacra com hidrocefalia;

XVIII - K59.2 - Cólon neurogênico;

XIX - T90.5 - Sequela de traumatismo intracraniano;

XX - T91.1 - Sequela de fratura de coluna vertebral;

XXI - R32 – Incontinência urinária não especificada;

XXII - R15 – Incontinência Fecal;

Art. 4º. Para dar entrada na solicitação, serão necessárias as seguintes documentações:

I - Prescrição com justificativa fundamentada para o uso de fralda, indicando o CID da doença que esteja contemplado, e a medida da circunferência da cintura abdominal do beneficiado para determinação do tamanho da fralda a ser disponibilizada;

II - Cópia do RG, CPF e/ou Certidão de Nascimento e Cartão SUS do beneficiado;

III - Comprovante de endereço do beneficiado no Município de Morretes;

IV - Cópia do RG e CPF da pessoa responsável pela retirada das fraldas;

V - Formulário para requerimento ao Programa Municipal de fornecimento de fraldas.

Parágrafo único. Os documentos deverão ser protocolados à Secretaria Municipal de Saúde, nos termos da solicitação em anexo, que avaliará o pedido, e em um prazo de 10 (dez) dias, deferirá ou indeferirá a solicitação.

Art. 5º. Configura-se motivo de indeferimento da solicitação:

I - A ausência dos documentos exigidos;

II - A apresentação de prescrições médicas/da enfermagem provenientes de convênios particulares, não originadas do SUS e/ou provenientes de atendimentos realizados fora do Município de Morretes;

III - A não residência no Município de Morretes;

IV - O descumprimento às diretrizes estabelecidas do Protocolo proposto.

Art. 6º. Em caso de deferimento, o paciente e/ou responsável indicado se dirigirão à Secretaria Municipal de Saúde para retirada dos produtos, no mês subsequente à decisão favorável.

Parágrafo único. Em caso de indeferimento ou desligamento, o pretenso beneficiário poderá protocolar novo requerimento com os documentos e comprovação de cumprimento das demais exigências.

Art. 7º. A dispensação de fraldas será realizada entre os dias 01º e 10 de cada mês, na Unidade Básica de Saúde indicada, diretamente ao paciente ou responsável indicado, que assinará termo de recebimento dos produtos.

§ 1º. Não será, em hipótese alguma, dispensado o produto fora das datas estipuladas.

§ 2º. Em caso de impossibilidade da retirada pelo paciente ou responsável indicado, estes deverão comunicar a Secretaria Municipal de Saúde, e indicar e autorizar a retirada por outro responsável, desde que atendido o prazo de retirada.

§ 3º. O beneficiário ou o seu responsável deverão comunicar a necessidade de alteração do tamanho das fraldas e/ou a mudança de endereço residencial à Unidade Básica de Saúde responsável, acompanhado dos documentos comprobatórios.

Art. 8º. Limita-se a quantidade de 02 (duas) fraldas diárias por paciente, sendo a entrega mensal estimada em, no máximo, 60 (sessenta) fraldas por mês para cada beneficiário.

Parágrafo único. A quantidade poderá ser revista nos casos em que o paciente demonstre uma maior necessidade, de acordo com a prescrição médica/da enfermagem.

Art. 9º. As fraldas serão fornecidas por um período de, no máximo, 12 (doze) meses, a contar da data do início da entrega, podendo ser renovado por igual e sucessivos períodos, de acordo com a necessidade do paciente, mediante a renovação da prescrição médica/da enfermagem.

Parágrafo único. O pedido de prorrogação do benefício deverá ser realizado junto à Secretaria de Saúde em, no mínimo, 30 (trinta) dias da data prevista do encerramento do período de fornecimento, sob pena de encerramento do benefício.

Art. 10. Configurarão motivo para desligamento do paciente solicitante ao benefício, desde que efetivamente comprovado:

I – Ausência de pedido de renovação em prazo previsto;

II - Não comparecimento do paciente ou responsável para retirada das fraldas na Unidade Básica de Saúde no prazo estabelecido por 02 (duas) vezes consecutivas;

III – A superveniência da alta médica;

IV – O óbito;

V – O uso indevido das fraldas.

Parágrafo único. Os fatos ensejadores de desligamento deverão ser elencados e comunicados à Secretaria Municipal de Saúde pelo beneficiário ou responsável, por qualquer cidadão, ou de ofício pelos servidores da Secretaria, nos termos da indicação em anexo, que apurarão a veracidade das alegações e procederão com o encerramento do respectivo benefício.

Art. 11. É vedada a distribuição, venda, comercialização, empréstimo e afins, ou seja, qualquer atividade que não o uso exclusivo do beneficiado em relação ao produto advindo do Programa da Secretaria Municipal de Saúde.

Parágrafo único. A comprovação de que o uso não tem sido para o beneficiado implicará em exclusão imediata do programa, bem como de aplicações de sanções civis e criminais ao infrator identificado.

AARONSON RAMATHAN FREITAS
Secretário Municipal de Saúde

ANEXO I
SOLICITAÇÃO DE FRALDAS DESCARTÁVEIS

Protocolo nº ____/____

☐ **Primeira solicitação**

☐ **Renovação**

Nome: _____

Responsável pela Retirada: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ **Telefone:** _____

Endereço: _____

Unidade Básica de Saúde: _____

Fralda Infantil ☐ **Fralda Geriátrica** ☐ **Tamanho:** _____

Documentos anexos:

☐ Cópia do RG e CPF e/ou Certidão de Nascimento e Cartão SUS do paciente;

☐ Prescrição médica/de enfermagem com justificativa fundamentada para o uso de fralda, o CID da doença que esteja contemplado, e medida da circunferência da cintura abdominal do beneficiado para determinação do tamanho da fralda a ser disponibilizada;

☐ Comprovante de endereço do paciente;

☐ Cópia do RG e CPF da pessoa responsável pela retirada das fraldas.

Declaro estar ciente e de acordo com as normas estabelecidas pelo Município de Morretes para recebimento de fraldas descartáveis.

Morretes, ____ de ____ de 202_.

Requerente

UBS _____
Secretaria Municipal de Saúde

ANEXO II

DA ANÁLISE DO PEDIDO DE FRALDAS

Protocolo nº _____/_____

Nome: _____

Unidade Básica de Saúde: _____

☐ **Primeira solicitação**

☐ **Renovação**

Documentos anexos:

☐ Cópia do RG e CPF e/ou Certidão de Nascimento e Cartão SUS do paciente;

☐ Prescrição médica/de enfermagem com justificativa fundamentada para o uso de fralda, o CID da doença que esteja contemplado, e medida da circunferência da cintura abdominal do beneficiado para determinação do tamanho da fralda a ser disponibilizada;

☐ Comprovante de endereço do paciente;

☐ Cópia do RG e CPF da pessoa responsável pela retirada das fraldas.

☐ Formulário para requerimento ao Programa Municipal de fornecimento de fraldas.

Em atenção aos documentos apresentados, a Secretaria Municipal de Saúde entende que o pedido será:

☐ **Deferido**

☐ **Indeferido**

Em caso de indeferimento, citar o(s) motivo(s):

Morretes, __ de _____ de 202__.

Responsável pelo Programa de Fraldas

Secretaria Municipal de Saúde

CAPA INDIVIDUAL DO PROCESSO

Protocolo nº _____/_____/_____

Nome: _____

Responsável pela Retirada: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ **Telefone:** _____

Endereço: _____

Unidade Básica de Saúde: _____

☐ **Primeira solicitação**

☐ **Renovação**

Fralda Infantil ☐ **Fralda Geriátrica** ☐ **Tamanho:** _____

Data de entrada no Programa: ____/____/____.

Mês/Ano	Quantidade	Assinatura

Para continuidade, será necessária nova avaliação médica/da enfermagem e nova prescrição.

ANEXO IV

NOTIFICAÇÃO AO PROGRAMA DE FORNECIMENTO DE FRALDAS

Noticiante: _____

Nome: _____

Responsável pela Retirada: _____

UBS: _____

Situação identificada para averiguação:

Morretes, ____ de _____ de 202_.

Noticiante

ANEXO V
DOCUMENTO DE DESLIGAMENTO DO BENEFICIÁRIO

Protocolo nº _____/_____

Nome: _____

Responsável pela Retirada: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ **Telefone:** _____

UBS: _____

Após averiguados os fatos, a Secretaria Municipal de Saúde entende:

☐ **pela continuidade** do paciente no Programa, pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

☐ **pelo desligamento** do(a) paciente do Programa, pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

☐ Não comparecimento do paciente ou responsável para retirada das fraldas na Unidade Básica de Saúde no prazo estabelecido por 02 (duas) vezes consecutivas;

☐ Alta médica;

☐ Óbito;

☐ Uso indevido do produto;

☐ Outro:

Responsável pelo Programa de Fraldas

Secretaria Municipal de Saúde