

**Secretaria Municipal de Saúde do  
Município de Reserva - PR**

**PROTOCOLO PARA DISPENSAÇÃO  
DE FRALDAS INFANTIS E  
GERIÁTRICAS**



**Reserva-PR**

**2025**

Prefeitura Municipal de Reserva  
Secretaria Municipal de Saúde

**PROTOCOLO PARA DISPENSAÇÃO DE FRALDAS GERIÁTRICAS E  
INFANTIS**

CRITÉRIOS PARA DISPENSAÇÃO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE RESERVA-PR

2025

Página 2

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	04
2. OBJETIVO GERAL .....	04
3. OBJETIVO ESPECÍFICO .....	04
4. DISTRIBUIÇÃO DE FRALDAS GERIÁTRICAS PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE .....	04
5. CRITÉRIOS CLÍNICOS .....	05
6. CRITÉRIOS PARA INCLUSÃO .....	05
7. CRITÉRIOS PARA EXCLUSÃO .....	06
8. CADASTRO .....	06
9. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS .....	06
10. AVALIAÇÃO E RENOVAÇÃO .....	06
11. CONCLUSÃO .....	06
12. REFERÊNCIAS .....	08
13. ANEXO I (FLUXOGRAMA) .....	09
14. ANEXO II (TERMO DE CADASTRO) .....	10
15. ANEXO III (FORMULÁRIO) .....	11

## **1. INTRODUÇÃO**

O Sistema Único de Saúde (SUS), regido pela Constituição Federal de 1988 e pela Lei nº 8.080/1990, assegura a universalidade, integralidade e equidade no acesso aos serviços de saúde. O princípio da equidade, em especial, orienta a oferta de cuidados de acordo com as necessidades de cada indivíduo, considerando suas condições clínicas e sociais.

Nesse sentido, a Secretaria Municipal de Saúde de Reserva/PR, com o objetivo de atender adequadamente à população idosa e/ou portadora de condições clínicas que demandam do uso contínuo de fraldas geriátricas, bem como às crianças acima de 2 anos, com necessidades específicas de saúde que requeiram o uso de fraldas, estabelece este protocolo. A iniciativa visa garantir a justa distribuição de insumos essenciais, respeitando a realidade de saúde dos usuários, os recursos públicos disponíveis e a legislação vigente.

## **2. OBJETIVO GERAL**

Regulamentar a dispensação de fraldas geriátricas e fraldas infantis pela Secretaria Municipal de Saúde de Reserva/PR, promovendo o acesso de forma justa e responsável, com base em critérios clínicos estabelecidos.

## **3. OBJETIVO ESPECÍFICO**

- Promover a equidade no acesso a fraldas geriátricas no município.
- Estabelecer critérios clínicos claros para a concessão.
- Garantir a avaliação e o acompanhamento social dos beneficiários.
- Evitar o uso inadequado de recursos públicos.
- Assegurar a entrega dos insumos pela Secretaria Municipal de Saúde

## **4. DISTRIBUIÇÃO DE FRALDAS GERIÁTRICAS E INFANTIS PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

A distribuição das fraldas, tanto geriátricas quanto infantis, será realizada exclusivamente na farmácia municipal, após cadastro, análise e parecer da assistente social da Secretaria de Saúde.

A quantidade de fraldas será definida conforme a recomendação médica e/ou do enfermeiro da unidade e disponibilidade de oferta, dentro de parâmetros estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde, e condicionada à necessidade de uso prolongado (médio a longo prazo).

## 5. CRITÉRIOS CLÍNICOS

A solicitação de fraldas geriátricas e infantis deverá ser baseada em condições clínicas permanentes ou de longa duração que causem incontinência urinária e/ou fecal, como:

- Demência, Alzheimer, Parkinson;
- Lesão medular;
- Acidente vascular cerebral (AVC);
- Deficiência física ou mental grave;
- Autismo;
- Estado de acamamento crônico;
- Outras condições neurológicas com comprometimento esfinteriano.
- Neoplasias que demandem o uso de fraldas.

**Obs: Casos pós-cirúrgicos estéticos ou de curto prazo e casos exclusivamente por razões econômicas não serão contemplados.**

## 6. CRITÉRIOS PARA INCLUSÃO

- Residir no município de Reserva/PR.
- Estar cadastrado no SUS (Cartão Nacional de Saúde)/CPF.
- Apresentar relatório médico com CID ou do enfermeiro com CIAP e recomendação de uso contínuo das fraldas, juntamente com formulário (anexo II).
- Ter avaliação social realizada por assistente social da Secretaria de Saúde.
- Condição clínica de uso contínuo (médio a longo prazo);
- Acima de 2 anos de idade.

**Obs: Casos motivados exclusivamente por razões econômicas não serão contemplados, sendo atendidas exclusivamente situações com indicação clínica ou patológica específica.**

## **7. CRITÉRIOS PARA EXCLUSÃO**

- Usuários em recuperação de cirurgias com finalidade estética;
- Pacientes com uso temporário das fraldas sem justificativa clínica duradoura;
- Falta de apresentação de documentação exigida;
- Dados falsos ou uso indevido dos produtos;
- Não retirada por três meses consecutivos sem justificativa;
- Menores de 2 anos de idade.

## **8. CADASTRO**

O encaminhamento será realizado pelo médico especialista, enfermeiro ou médico da unidade de saúde de referência do paciente, com envio para avaliação do assistente social. Após parecer favorável, o usuário será incluído no sistema municipal de distribuição e poderá retirar as fraldas na farmácia municipal, conforme disponibilidade.

## **9. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS**

- Prescrição médica/enfermeiro/nutricionista - CID OU CIAP.
- Formulário (anexo III) preenchido na unidade de saúde ou pela Assistente Social (casos de prescrição TFD - Tratamento Fora do Município);
- Laudo médico atualizado em casos de deficiências;
- Documentos pessoais;
- Comprovante atualizado de residência do último mês.

## **10. AVALIAÇÃO E RENOVAÇÃO**

A concessão será válida por 6 meses ou conforme parecer do assistente social, com necessidade de reavaliação e apresentação de nova prescrição atualizada.

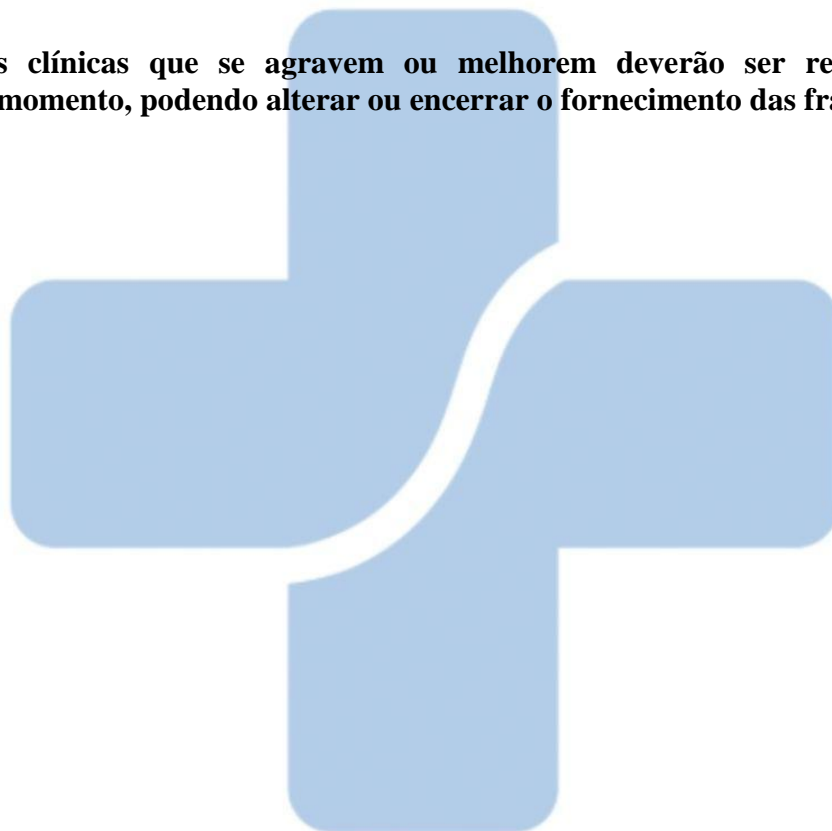
## **11. CONCLUSÃO**

A implementação deste protocolo representa um instrumento essencial para organizar, uniformizar e garantir a dispensação responsável de fraldas geriátricas e infantis no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Reserva/PR. Ao estabelecer critérios clínicos, administrativos e sociais bem definidos, reforça-se o compromisso com a

equidade, a transparência e o uso adequado dos recursos públicos, assegurando que o benefício seja destinado às pessoas que realmente apresentam necessidade comprovada.

Além disso, o processo integrado entre profissionais da saúde – médicos, enfermeiros, assistentes sociais e equipe da farmácia municipal – contribui para um cuidado mais eficiente, humanizado e alinhado às diretrizes do Sistema Único de Saúde. Dessa forma, reafirma-se a responsabilidade do município em promover ações que fortaleçam a proteção social, a dignidade dos usuários e a continuidade da atenção à saúde, garantindo que o acesso aos insumos ocorra de forma justa, ética e organizada.

**\*Situações clínicas que se agravem ou melhorem deverão ser reavaliadas a qualquer momento, podendo alterar ou encerrar o fornecimento das fraldas.**



## 12. REFERÊNCIAS

**BRASIL.** Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

**BRASIL.** Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 20 set. 1990.

**BRASIL.** Ministério da Saúde. *Manual de boas práticas para dispensação de produtos para a saúde*. III ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

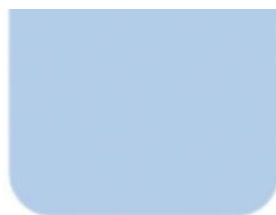
**BRASIL.** Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa*. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

**BRASIL.** Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.869, de 2 de dezembro de 2011. *Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem*. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 6 dez. 2011.



### 13. ANEXO I

#### FLUXOGRAMA



## 14. ANEXO II

### TERMO DE CADASTRO PARA RECEBIMENTO DE FRALDA GERIÁTRICA OU INFANTIL.

Dados Pessoais:

Paciente: \_\_\_\_\_ DN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Telefone: ( ) \_\_\_\_\_

Nome do responsável: \_\_\_\_\_

Profissional que acompanha: \_\_\_\_\_

### INFORMAÇÕES AO RESPONSÁVEL:

- O recebimento dos produtos está vinculado ao acompanhamento realizado na Unidade Básica de Saúde.
- Os produtos disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde serão fornecidos conforme as especificações técnicas constantes nas prescrições e não, necessariamente, pelo nome comercial indicado. Podendo ocorrer variações nos nomes comerciais dos produtos, desde que respeitada a equivalência terapêutica e a compatibilidade com o quadro clínico do paciente. Tal prática está em conformidade com a Lei nº 8.666/1993, que estabelece a obrigatoriedade de licitação com base em especificações técnicas e não em marcas comerciais (BRASIL, 1993).
- Não é permitido sob hipótese alguma comercializar ou doar os produtos recebidos pela Secretaria Municipal de Saúde.
- A quantidade de fraldas recebidas na data da inclusão podem a qualquer momento sofrer acréscimos, reduções ou suspensões, dependendo da evolução do paciente.
- A suspensão do fornecimento pode ocorrer a critério do médico, enfermeiro ou assistente social, após avaliação do quadro clínico ou nos casos de descumprimento ou não concordância com os termos acima, ou no caso de mudança de município.
- Todos os pacientes passarão por reavaliação de acordo com a necessidade individual, não ultrapassando o período de (6) seis meses;

Declaro que recebi as informações sobre o Protocolo de dispensação de fórmulas especiais, que estou ciente e de acordo com os parâmetros e critérios estabelecidos para o recebimento de fórmula.

Assinatura do Responsável: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## 15. ANEXO III

### FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE FRALDAS DESCARTÁVEIS – SUS

Município \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Reserva \_\_\_\_\_ – \_\_\_\_\_ PR  
Secretaria Municipal de Saúde

#### 1. Identificação do Usuário

Nome completo: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) M ( ) F

CPF: \_\_\_\_\_ Cartão SUS: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone de contato: \_\_\_\_\_

#### 2. Responsável pelo Usuário (quando aplicável)

Nome: \_\_\_\_\_

Grau de parentesco/cuidador: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

#### 3. Identificação do Serviço de Saúde / Profissional Solicitante

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_

Profissional solicitante: \_\_\_\_\_

Registro profissional (CRM/COREN/etc.): \_\_\_\_\_

Telefone/contato: \_\_\_\_\_

#### 4. Indicação Clínica para Uso de Fraldas

Selecione o(s) CID(s) que justificam o uso:

- ( ) G80 – Paralisia cerebral
- ( ) G81 – Hemiplegia
- ( ) G82 – Paraplegia e tetraplegia
- ( ) G83 – Outras síndromes paralíticas
- ( ) G12 – Atrofia muscular espinal
- ( ) I69 – Sequelas de doenças cerebrovasculares (ex: AVC)
- ( ) F70–F79 – Deficiência intelectual grave
- ( ) F84 – Transtornos globais do desenvolvimento (ex: autismo)
- ( ) F90 – Transtorno hipercinético (casos graves com incapacidade de controle esfinteriano)
- ( ) N31 – Bexiga neurogênica não especificada

- ( ) N39.3 – Incontinência de esforço
- ( ) N39.4 – Outras incontinências urinárias
- ( ) R32 – Incontinência urinária não especificada
- ( ) E40–E46 – Desnutrição grave com perda funcional
- ( ) R15 – Incontinência fecal
- ( ) Z93.1 – Gastrostomia presente (quando associada à incapacidade de continência)

Outros CIDs: \_\_\_\_\_

### 5. Quantitativo Solicitado

Tamanho da fralda: ( ) P ( ) M ( ) G ( ) XG

Quantidade mensal prescrita: \_\_\_\_\_ unidades. Quantidade a ser fornecida: \_\_\_\_\_ unidades.

### 6. Período de Utilização

( ) 30 dias ( ) 60 dias ( ) 90 dias ( ) 180 dias  
Renovação: ( ) Sim ( ) Não

### 7. Documentos Anexos

- ( ) Relatório médico detalhado
- ( ) Receita médica atualizada (válida por 6 meses)
- ( ) Exames complementares pertinentes

### 8. Declaração do Usuário/Responsável

Declaro estar ciente de que o fornecimento de fraldas está condicionado às normas vigentes do SUS e à **disponibilidade municipal**.

Assumo o compromisso de utilizar o item conforme prescrição médica.

Assinatura do usuário/responsável:

\_\_\_\_\_

### 9. Parecer da Assistente Social (quando necessário)

- ( ) Encaminhamento para: \_\_\_\_\_
- ( ) Orientações repassadas

Observações:

\_\_\_\_\_

Carimbo e assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\*Anexar laudo/atestado médico.

\*Itens 3, 4, 5 e 6 devem ser, obrigatoriamente, preenchidos pelo profissional que solicitante.

**RESPONSÁVEIS PELO PROTOCOLO**

FUNÇÃO	NOME	REGISTRO/PORTARIA
Elaboração	Meiry Vanessa Chikoski, Assistente Social	 CRESS 15211 - 11ª Região PR
Revisão e aprovação	Thais M. Martins Didek, Secretária de Saúde	 Portaria nº 4008/2025
Revisão e Aprovação	Jonathan Martins Almeida, Enfermeiro	 COREN-PR 311.038
Aprovação	Joyce Hotz, Coord. Centro de Especialidades	 Portaria nº 5053/2025
Aprovação	Taiane Karine Guadagnin, Coord. Atenção Básica	 Portaria nº 5204/2025

FUNÇÃO	NOME	REGISTRO/PORTARIA
Elaboração	Meiry Vanessa Chikoski, Assistente Social	_____ CRESS 15211 – 11ª Região/PR
Revisão e aprovação	Thais M. Martins Didek Secretária de Saúde	_____ Portaria nº 4908/2025
Revisão e Aprovação	Jonathan Marins Almeida, Enfermeiro	_____ COREN-PR 311.038
Aprovação	Joyce Hotz, Coord. Centro de Especialidades	_____ Portaria nº 5053/2025
Aprovação	Taiane Karine Guadagnin, Coord. Atenção Básica	_____ Portaria nº 5204/2025