



PREFEITURA DE
CATANDUVA
SECRETARIA DE SAÚDE

PROGRAMA MUNICIPAL DE DISPENSAÇÃO DE FRALDAS GERIÁTRICAS

***Secretaria Municipal de Saúde
Catanduva - SP
2021***

1. PROTOCOLO PARA FORNECIMENTO DE FRALDAS GERIÁTRICAS

1.1 Cadastramento

As fraldas geriátricas deverão ser disponibilizadas aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), portadores de doenças crônico-degenerativas que resultam em incapacidade funcional permanente, que estejam cadastrados no cartão SUS e sendo acompanhados nas Unidades do SUS do município de Catanduva.

Para efetivar o cadastramento, o familiar ou responsável deverá comparecer a Unidade de Saúde de sua referência para cadastramento no programa.

1.1.1 Na etapa do cadastramento, o usuário deverá providenciar:

- Xérox do cartão SUS;
- Xérox do RG e CPF;
- Xérox do comprovante de residência;
- 02 últimos comprovantes de rendimento de todos os membros da residência;

1.1.2 A Unidade de Saúde ou Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) deverá realizar:

- Declaração médica (**Anexo I**);
- Declaração de Enfermagem ou do Fisioterapeuta do NASF ou da EMAD (**Anexo II**);
- Avaliação Social Domiciliar (NASF), classificando o grau de prioridade do paciente na liberação das fraldas geriátricas (**Anexo III**).

Realizado o cadastro no Programa Municipal de Dispensação de Fraldas Geriátricas, a assistente social deverá juntar toda a documentação e enviá-la a Coordenação da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), com guia de remessa, para abertura de Processo Administrativo interno.

Após a liberação pelo Setor de Compras a Unidade de Saúde receberá da SMS um documento informando sobre a liberação das fraldas (**Anexo IV**) e as mesmas serão disponibilizadas para as Unidades, que farão a dispensação e acompanhamento dos pacientes.

1.2 Acompanhamento

Para acompanhamento do paciente, manutenção no Programa e fornecimento dos insumos, a equipe que realiza o acompanhamento do paciente deverá:

- Realizar visitas domiciliares periódicas programadas conforme protocolo de atenção domiciliar;
- Verificar no prontuário se as visitas de acompanhamento e relatórios clínicos foram realizados e estão registrados;
- Certificar-se de que o paciente não está apresentando problemas de pele e/ou outras complicações relacionadas ao uso incorreto da fralda, como dermatites e infecções do trato geniturinário;
- Acompanhar e controlar a retirada das fraldas mensalmente preenchendo o impresso de distribuição (**ANEXO VI**) e solicitando a assinatura do familiar (ou responsável) que fizer a retirada.

1.3 Responsabilidades da Unidade de Saúde:

- Verificar toda documentação necessária e exigida no Item 1.1;
- Realizar o cadastro do paciente providenciando avaliação de saúde e avaliação social indicando o grau de prioridade para inclusão no Programa e

enviar para Coordenação de Atenção Básica na Secretaria Municipal de Saúde;

- Fazer o controle mensal de estoque e realizar solicitação ao Almoxarifado de Materiais da quantidade de fraldas que sejam suficientes para atender o total de pacientes cadastrados no respectivo programa, na sua Unidade de Saúde.
- Providenciar o preenchimento do Termo do Cuidador (**ANEXO V**) responsável em retirar o insumo e somente esta pessoa estará autorizada a retirar as fraldas;
- Dispensar os insumos ao cuidador responsável e preencher o impresso de dispensação.

1.4 Responsabilidade do Cuidador:

- Providenciar a documentação necessária exigida no item 1.1;
- Preencher o Termo de Responsabilidade e realizar a retirada mensal dos insumos na Unidade de Saúde até o último dia de cada mês;
- Informar a Unidade de Saúde em caso de óbito ou interrupção do uso das fraldas assim como devolver as fraldas que não foram utilizadas.

1.5 Situações que poderão ocasionar exclusão do paciente do Programa:

- Não retirar o insumo por 02 meses consecutivos sem justificativa prévia;
- Fazer mal uso do insumo;
- Óbito;
- Mudança de município;
- Melhora do prognóstico não necessitando mais utilizar fraldas.



ANEXO I

Programa Municipal de Dispensação de Fraldas Geriátricas

DECLARAÇÃO MÉDICA – INCLUSÃO NO PROGRAMA

EU _____
(nome do médico), MÉDICO DO SERVIÇO DE
SAÚDE _____ (nome da
Unidade de Saúde - SUS), venho por meio deste solicitar a inclusão do paciente

(nome do paciente), cartão SUS nº.
_____ (nº. cartão SUS do paciente)
no PROGRAMA DE FRALDAS GERIÁTRICAS, a fim de que o paciente receba
mensalmente o insumo do PROGRAMA.

Atesto que o paciente é:

() portador de doenças crônico-degenerativas com incapacidade funcional
permanente Diagnóstico Médico e CID: _____

Por este motivo, solicito a dispensação de:

() 60 FRALDAS GERIÁTRICAS AO MÊS

Tamanho:

- () P (Cintura até 70 cm; Peso até 40 Kg)
() M (Cintura até 120 cm; Peso de 40 à 70 kg)
() G (Cintura de 120 cm à 150 cm; Peso de 70 à 80 Kg)
() EG (Cintura de 150 à 160 cm; Peso > 80 Kg)

DATA: ____/____/____

ASSINATURA DO MÉDICO E CRM: _____



ANEXO II

Programa Municipal de Dispensação de Fraldas Geriátricas

DECLARAÇÃO DE ENFERMAGEM OU FISIOTERAPEUTA

Data da VD: _____ Horário: _____ Profissional: _____

Identificação

Nome: _____

DN: _____ Idade: _____ Sexo: () Feminino () Masculino

Acamado: () Sim () Não Possui cuidador: () Sim () Não

Grau de Dependência: _____ (Aplicar Índice de Barthel)

Problemas de Saúde: () Hipertensão () DM () Cardiopatias () Alzheimer
() outros

Quais: _____

Exame Físico

Nível de Consciência: () consciente () inconsciente () orientado no tempo e espaço.

Peso: _____ Altura: _____ PA: _____ Glicemia: _____

Oxigenação: FR: _____ rpm () eupneico () dispnéico () taquipneico
() bradipneico.

Ausculta: () murmúrios vesiculares () ruídos adventícios

Circulação: FC: _____ bpm () normocárdico () bradicárdico ()
taquicárdico



Regulação Térmica: Temperatura: _____°C

Tem apresentado febre: () Sim () Não

Há quanto tempo? _____

Apresenta calafrios ou tremores? () Sim () Não

Integridade Cutânea: Condições da pele: () Íntegra () Lesões -
local: _____

() Corada () Pálida () Ictérica () Cianótica

Acuidade Visual/Auditiva/Sensorial:

Tem dificuldade para: () enxergar () ouvir () sentir cheiro ou sabores

() nenhum () outros Quais: _____

Nutrição, Hidratação e Eliminações

Abdômen: Ausculta: Ruídos Hidroaéreos () presente () ausente

Palpação: () inalterada () flácido () globoso () distendido () doloroso

() lesões () Incisão Cirúrgica Especifique: _____

Faz uso de Sonda: () sim () não **Tipo:** _____

() náuseas () vômitos () fraqueza () sede

Eliminações fisiológicas: () presente () ausente

Aspecto: _____

Coloração: _____

Frequência: _____

Tem controle para evacuar? () sim () não

Tem controle para urinar? () sim () não



Genitália: () íntegra () hiperemiada () lesões () edemas
() corrimento/secreções

Atividades diárias/Locomoção/Autocuidado: () banhar-se () alimentar-se
() transferir-se da cama para a cadeira e vice-versa
() transferir-se para o vaso/cadeira higiênica
() mudar-se de posição
() realizar higiene íntima

Função Motora:

MSD: () presente () ausente () diminuído
MSE: () presente () ausente () diminuído
MID: () presente () ausente () diminuído
MIE: () presente () ausente () diminuído
Faz uso de cadeira de roda: () sim () não

Órteses para Auxílio da Marcha:

() bengala () andador c/ roda () andador sem roda () muleta

Higiene Corporal: () boa () precária () péssima

Obs: _____

Questionário - Índice de Barthel

1) Como você realiza as suas refeições?

() 10 - Independente. Capaz de comer por si só em tempo razoável. A comida pode ser cozida ou servida por outra pessoa.



() 5 – Necessita de ajuda para cortar a carne, passar manteiga, porém é capaz de comer sozinho.

() 0 – Dependente. Necessita ser alimentado por outra pessoa.

2) Como você toma seu banho?

() 5 – Independente. Capaz de se lavar inteiro, de entrar e sair do banho sem ajuda e de fazê-lo sem que a outra pessoa supervisione.

() 0 – Dependente. Necessita de algum tipo de ajuda ou supervisão.

3) Como você se veste? (Parte superior e inferior do corpo)

() 10 – Independente. Capaz de vestir-se e despir-se sem ajuda.

() 5 – Necessita de ajuda. Realiza todas as atividades pessoais sem ajuda mais da metade das tarefas em tempo razoável.

() 0 – Dependente. Necessita de alguma ajuda.

4) Como você realiza seus asseios?

() 5 – Independente. Realiza todas as atividades pessoais sem nenhuma ajuda; os componentes necessários podem ser providos por alguma pessoa.

() 0 – Dependente. Necessita alguma ajuda.

5) Como é sua evacuação?

() 10 – Contínente. Não apresenta episódios de incontinência.

() 5 – Acidental ocasional. Menos de uma vez por semana de ajuda para colocar enemas ou supositórios.

() 0 – Incontinente. Mais de um episódio semanal.



6) Como é sua micção. Como você a realiza?

- () 10 – Continente. Não apresenta episódios. Capaz de utilizar qualquer dispositivo por si só (sonda, urinol, garrafa).
- () 5 – Acidente ocasional. Apresenta no máximo um episódio em 24 horas e requer ajuda para a manipulação de sondas ou de outros dispositivos.
- () 0 – Incontinente. Mais de um episódio em 24 horas.

7) Como você vai ao banheiro?

- () 10 – Independente. Entra e sai sozinho e não necessita de ajuda por parte de outra pessoa.
- () 5 – Necessita ajuda. Capaz de mover-se com uma pequena ajuda; é capaz de usar o banheiro. Pode limpar-se sozinho.
- () 0 – Dependente. Incapaz de ter acesso a ele ou de utilizá-lo sem ajuda maior.

8) Como você realiza as suas transferências (cama, poltrona, cadeira de rodas)?

- () 15 – Independente. Não requer ajuda para sentar-se ou levantar-se de uma cadeira nem para entrar ou sair da cama.
- () 10 – Mínima ajuda. Incluindo uma supervisão ou uma pequena ajuda física.
- () 5 – Grande ajuda. Precisa de uma pessoa forte e treinada.
- () 0 - Dependente necessita uma poio ou ser levantado por duas pessoas. É incapaz de permanecer sentada.

9) Como você realiza a deambulação (locomoção, caminhar)?

- () 15 – Independente. Pode andar 50 metros ou seu equivalente em casa sem ajuda ou supervisão. Pode utilizar qualquer ajuda mecânica exceto andador. Se utilizar uma prótese, pode colocar a prótese nela e tirar sozinha.



() 10 – Necessita ajuda. Necessita supervisão ou uma pequena ajuda por parte de outra pessoa ou utiliza andador.

10) Como você realiza a subida e descida de escadas?

() 10 – Independente. Capaz de subir e descer um piso sem ajuda ou supervisão de outra pessoa.

() 5 – Necessita ajuda. Necessita ajuda e supervisão.

() 0 - Dependente. Incapaz de subir e descer degraus.

Severa: < 45 pontos

Moderada: 60 – 80 pontos

Grave: 45 – 49 pontos

Leve: 80 – 100 pontos



ANEXO III

Programa Municipal de Dispensação de Fraldas Geriátricas

AVALIAÇÃO SOCIAL

Entrevista social

Data _____ / _____ / _____

Nome _____

Idade _____ Estado Civil _____ Profissão _____

Renda R\$ _____

Tempo que reside no município _____ Telefone _____

Endereço _____

Recebe recurso de programa social () Sim () Não Em caso positivo, qual?

Aspectos habitacionais

Casa: () Própria () Cedida, de quem _____ () Alugada R\$ _____
() Financiada R\$ _____

Cômodos: () Sala () Quarto () Cozinha () Banheiro () Outros _____

Possui edícula: () Sim () Não _____

Infra- estrutura: () Água () Energia () Esgoto () Fossa

Tipo de construção: () Alvenaria () Madeira () Outros

Mobílias existentes: () Fogão () Geladeira () Televisão () Microondas

() Freezer () DVD () Computador () Máquina de lavar roupa () Tanquinho

() Forno elétrico () Ar condicionado () Outros _____

Automóvel: Possui automóvel ou moto () SIM () NÃO _____

Gastos domésticos

Água R\$ _____ Luz R\$ _____ Telefone R\$ _____

Medicação R\$ _____ Aluguel ou financiamento R\$ _____

Prestações R\$ _____ Alimentação R\$ _____ IPTU R\$ _____



Combustível R\$ _____ Plano de saúde R\$ _____ Qual?
_____ Outros _____

Total R\$ _____.

Uso de medicação

Problema de saúde

Composição familiar

Nome					
Parentesco					
Sexo					
Data de Nasc.					
Profissão					
Ocupação					
Salário					
Aposentadoria					
Outros					

Recursos da comunidade

Conhece os recursos da comunidade	() Sim	() Não
Recebe Aux. Alimentar	() Sim	() Não
Tem algum tipo de lazer	() Sim	() Não
Incluso em programa social	() Sim	() Não
Outros		



PARECER DA ASSISTÊNCIA SOCIAL

AValiação GERAL

GRAU DE PRIORIDADE:

- () PRIORIDADE ALTA
() PRIORIDADE MÉDIA
() PRIORIDADE BAIXA

Assistente Social responsável _____

Documentos necessários gerais

- () Xerox RG e CPF
() Xérox comprovante de residência (se casa for financiada trazer boleto e se for alugada trazer ultimo recibo do aluguel)
() Demonstrativo de aposentadoria ou pensão com nome e número do benefício
() Cópia da carteira de trabalho de todos os moradores da casa
() Cópia dos últimos 2 (dois) holerites
() Outros _____

Catanduva, _____ de _____ de _____.



DECLARAÇÕES ASSISTÊNCIA SOCIAL

DECLARAÇÃO DO LAR

Eu _____

RG _____ CPF _____

Rua _____ Nº _____ Bairro _____

Declaro para os devidos fins ser do lar e não possuir renda. Por ser verdade firmo o presente.

Catanduva, _____ de _____ de _____.

Assinatura _____

DECLARAÇÃO DE RENDA

Eu _____

RG _____ CPF _____

Rua _____ Nº _____ Bairro _____

Declaro para os devidos fins trabalhar de _____ e

ter renda de R\$ _____. Por ser verdade firmo o presente.

Catanduva, _____ de _____ de _____.

Assinatura _____

DECLARAÇÃO DE DESEMPREGO

Eu _____

RG _____ CPF _____

Rua _____ Nº _____ Bairro _____

Declaro para os devidos fins estar desempregado e não possuir renda no momento. Por ser verdade firmo o presente.

Catanduva, _____ de _____ de _____.

Assinatura _____



Nome _____

Data de Nascimento ____/____/____ Telefone _____

Endereço _____

Assunto: Inclusão no Programa Municipal de Fralda Geriátrica

Realizado atendimento domiciliar para avaliação social de
_____, no dia
____/____/____ no endereço já citado, concluído que o requerente
tem parecer _____ social para ser incluso (a) no
programa municipal de fraldas geriátrica.

Assistente Social
CRESS _____

ANEXO IV

Programa Municipal de Dispensação de Fraldas Geriátricas

TERMO DE LIBERAÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde, vem por meio deste liberar a dispensação mensal de 60 (sessenta) Fraldas Geriátricas ao paciente

_____ cadastrado e acompanhado pela Unidade de Saúde:

_____, devendo o

responsável da Unidade orientar os usuários/familiares/cuidadores do Programa, ficando responsável pelo cumprimento do Protocolo.

Catanduva, ____ de _____ de _____.

Secretaria Municipal de Saúde



ANEXO V

Programa Municipal de Dispensação de Fraldas Geriátricas

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, _____,
portador(a) do RG: _____ e CPF: _____,
residente a Rua /AV: _____ Nº _____
Bairro: _____, telefone(s): _____
cuidador/responsável pelo usuário: _____
cadastrado no Programa Municipal de Dispensação de Fraldas Geriátricas na
Unidade de Saúde _____,
comprometo-me a retirar as fraldas dispensadas pelo Programa na Unidade de
Saúde, uma vez que sou eu o responsável pelo usuário acima citado.

Estou ciente de minha inteira responsabilidade em realizar as trocas de
fraldas regularmente, fazer bom uso do insumo me comprometendo a devolver as
fraldas em caso de óbito ou interrupção do uso das mesmas.

Catanduva, ____ de _____ de _____.

Cuidador / Responsável

Enfermeira

ANEXO VI

Programa Municipal de Dispensação de Fraldas Geriátricas

IMPRESSO DE DISPENSAÇÃO

Usuário: _____

Unidade: _____ Processo nº: _____

Data	Quantidade	Verificação de Prontuário	Responsável pela entrega	Responsável pela retirada	Observação