

RESOLUÇÃO SES Nº 01 DE 19 DE MARÇO DE 2026

Dispõe sobre as diretrizes para o fornecimento de fraldas descartáveis no âmbito da Secretaria da Saúde de Sorocaba

JOÃO PEDRO DE ARRUDA FRALETTI MIGUEL, Secretário Municipal da Saúde de Sorocaba, no uso de suas atribuições legais, visando regulamentar o fornecimento de fraldas descartáveis aos pacientes que delas necessitam;

Considerando que os benefícios no âmbito da Política de Assistência Social possuem caráter suplementar e provisório, destinados a situações de vulnerabilidade temporária;

Considerando que o fornecimento de fraldas ao cidadão cuja necessidade decorre de condição de saúde e uso contínuo caracteriza benefício de competência das Políticas de Saúde;

Considerando que o direito à saúde é assegurado pelos artigos 6º e 196 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988;

Considerando o disposto na Lei nº 8.080/1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e estabelece os princípios do Sistema Único de Saúde;

Considerando o disposto no Decreto Federal nº 3.298/1999, que regulamenta a Política Nacional para a Integração da Pessoa com Deficiência, estabelecendo diretrizes para a atenção integral no âmbito das políticas públicas, inclusive de saúde;

Considerando o disposto no Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069/1990), que assegura prioridade absoluta à proteção e ao cuidado integral de crianças e adolescentes;

Considerando a ampliação do acesso às fraldas descartáveis geriátricas por meio do Programa Farmácia Popular do Brasil, o que demanda a revisão dos critérios municipais de fornecimento desse insumo;

Considerando a necessidade de alinhamento às diretrizes e programas federais vigentes;

RESOLVE:

Art. 1º Estabelecer as diretrizes para o fornecimento de fraldas descartáveis no âmbito da Secretaria da Saúde de Sorocaba, conforme critérios definidos nos anexos desta Resolução.

Art. 2º O fornecimento de fraldas descartáveis destina-se prioritariamente a crianças e adolescentes, com idade superior a dois anos e menores de 18 (dezoito) anos, que

apresentem condições de saúde associadas à incontinência urinária e/ou fecal de caráter permanente ou prolongado, devidamente comprovadas por prescrição médica.

Art. 3º Para fins de concessão do benefício, deverão ser observados os seguintes critérios:

I – residência no município de Sorocaba;

II – cadastro atualizado no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal;

III – vínculo com Unidade Básica de Saúde do município;

IV – apresentação de prescrição médica emitida por profissional da rede pública de saúde, contendo diagnóstico clínico, indicação do CID correspondente e quantidade de fraldas necessárias.

Art. 4º A indicação para uso de fraldas descartáveis deverá estar associada a condições clínicas que impliquem comprometimento do controle esfinteriano, tais como:

I – doenças neurológicas;

II – malformações congênitas;

III – sequelas neurológicas graves;

IV – outras condições clínicas avaliadas e justificadas mediante parecer médico da rede municipal de saúde.

Art. 5º A Secretaria da Saúde poderá estabelecer fluxos operacionais, quantitativos e demais procedimentos necessários à execução desta Resolução por meio de normas complementares.

Art. 6º O fornecimento de fraldas descartáveis no âmbito da Secretaria da Saúde observará as especificações técnicas definidas pelo Município e os processos de aquisição pública, em conformidade com a Lei nº 14.133/2021, sendo vedada a vinculação a marcas comerciais específicas.

Art. 7º Fica revogada a Resolução SES nº 01/2023 de Sorocaba.

Art. 8º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

JOÃO PEDRO DE ARRUDA FRALETTI MIGUEL

Secretária da Saúde

ANEXO I

PROTOCOLO PARA FORNECIMENTO DE FRALDAS DESCARTÁVEIS

1. CRITÉRIOS PARA ATENDIMENTO:

1.1 População alvo: pessoas com idade superior a 2 (dois) anos e menores de 18 (dezoito) anos, com deficiência, portadores de patologia compreendendo, 2 CID's (A+B), sendo obrigatoriamente referente ao tipo de incontinência (A) e o segundo a patologia que a incontinência é associada (B):

A – TIPOS DE INCONTINÊNCIA – CID – 10

N31.0 Bexiga neuropática não inibida

N31.1 Bexiga neurogênica reflexa N39.4

Outras incontinências urinárias K59.2

Cólon neurogênico

B – ASSOCIADOS A:

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 de coluna vertebral

1.2 Residir no município de Sorocaba;

1.3 Estar Inscrito no Cadastro Único;

1.4 Ser vinculado a uma Unidade Básica de Saúde do Município de Sorocaba.

2. PERÍODO DE FORNECIMENTO:

2.1 Após a aprovação do pedido, o munícipe será inserido na demanda para posterior contemplação, e a partir do momento que é disponibilizado o fornecimento, este será por um período de 6 (seis) meses, podendo ser renovado por iguais e sucessivos períodos enquanto permanecer a necessidade do paciente, mediante atualização de documentos.

2.2 A Secretaria da Saúde poderá solicitar a qualquer tempo, documentos complementares e necessários para a comprovação da necessidade do item.

3. QUANTIDADE:

3.1 O fornecimento será efetuado na quantidade deferida no formulário de cadastro, conforme prescrição e avaliação do usuário, ficando estabelecido o limite máximo de 03 fraldas/dia (90 fraldas/mês) para incontinência urinária e 01 fralda/dia (30 fraldas/mês) para incontinência fecal, não havendo somatório deste número quando da ocorrência de ambas.

3.2 Poderá ser fornecido de 90 a 120 unidades de fraldas, de acordo com a apresentação da embalagem.

4. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS:

4.1 Para ingresso do paciente no cadastro municipal para recebimento de fraldas descartáveis:

4.2 Prescrição médica em papel timbrado proveniente de serviços públicos de saúde devidamente preenchida com nome do paciente, data, descrição da patologia, indicação do CID's e quantidade de fraldas necessárias (número de trocas diárias ou uso noturno), constando o tipo infantil e o respectivo tamanho.

4.3 Cópia do RG e CPF do paciente ou Certidão de Nascimento;

4.4 Cópia do CNS – Cartão Nacional de Saúde do paciente (cartão do SUS);

ANEXO II

INSTRUÇÕES PARA RENOVAÇÃO, ALTERAÇÃO E CANCELAMENTO DO CADASTRO PARA RECEBIMENTO DE FRALDAS.

5. RENOVAÇÃO:

5.1 Os responsáveis pelos pacientes beneficiados cuja necessidade de fraldas ainda permaneça, ao retirar a quarta cota na Unidade de dispensação de fraldas, serão orientados a adotar os procedimentos para a renovação do benefício.

5.2 Para renovar o benefício, o paciente deverá procurar sua Unidade Básica da Saúde (UBS), Estratégia de Saúde da Família-ESF ou o Serviço de Atenção Domiciliar-SAD de referência munido do formulário de renovação que lhe será entregue na unidade de dispensação e da cópia de um comprovante de endereço atualizado (mês atual ou mês anterior).

5.3 A UBS encaminhará o formulário de renovação acompanhado da prescrição atualizada para o setor responsável, a qual ficará responsável em apreciar o pedido e adotar as providências no caso de manutenção do benefício.

5.4 O fornecimento será suspenso se após o período de cento e cinquenta dias do início do atendimento não for encaminhado o pedido de renovação.

6. ALTERAÇÃO:

6.1 Caso haja necessidade de alteração do tamanho das fraldas ou alteração de quantidade para número menor ao fornecido em virtude da redução de uso, esta poderá ser solicitada na unidade em que o paciente faz a retirada do material, ou pelo ESF e SAD mediante requerimento assinado pela equipe assistencial. O prazo para o atendimento dessas solicitações é de 60 dias.

6.2 Situações de alteração do cuidador responsável pelo paciente, número de telefone de contato e endereço do paciente, bem como alteração de unidade de Saúde de referência

deverão ser atualizados junto à UBS, ESF e SAD, mantendo o cadastro no SIS atualizado.

7. CANCELAMENTO:

7.1 Caso o uso das fraldas descartáveis pelo município não seja mais necessária ao paciente antes do término do período concessivo de cento e oitenta dias, o responsável deverá comunicar a Unidade de Saúde de dispensação para sua exclusão do cadastro. Situações de óbito e mudança de município também se enquadram nessa situação.

ANEXO III

RELAÇÃO OBRIGATÓRIA DE DOCUMENTOS PARA INSCRIÇÃO NO PROGRAMA DE DISPENSAÇÃO DE FRALDAS.

2 Prescrição médica em papel timbrado proveniente de serviços públicos de saúde devidamente preenchida com nome do paciente, data, descrição da patologia, indicação dos CID'S e quantidade de fraldas necessárias (número de trocas diárias ou uso noturno), constando o tipo infantil e o respectivo tamanho.

3 Cópia do RG e CPF do paciente ou certidão de nascimento;

4 Cópia do CNS – cartão nacional de saúde do paciente (cartão SUS);

5 Cópia do RG e CPF do responsável solicitante, indicando grau de parentesco ou situação;

6 Comprovante de endereço atualizado do responsável (conta de água, luz, ou telefone).

7 Cópia de folha resumo do cadastro único.

A não apresentação de qualquer um dos documentos constantes na relação, impossibilita a inscrição no programa.

ANEXO IV

TABELA DE ESTRATIFICAÇÃO POR RENDA PER CAPITA

CLASSIFICAÇÃO	FAIXA DE RENDA PER CAPITA
C	Até Meio Salário Mínimo
B	Acima Meio Salário Mínimo Até 1 (Um) Salário Mínimo
A	Acima De 1 (Um) Salário Mínimo

**ANEXO V
RECEITUÁRIO DE SOLICITAÇÃO**

Atesto para os devidos fins que o (a) _____ é portador da patologia (CID) _____ e da incontinência (CID) _____, tendo a necessidade de utilização de fraldas descartáveis, conforme segue abaixo:

Fralda Infantil

TAMANHO:

G

EG

EXG

JUVENIL

TROCAS POR DIA:

1 X

2 X

3 X

Carimbo da Unidade de Saúde

Carimbo e assinatura

Sorocaba, _____

ANEXO VI

Ref. Devolutiva da Solicitação de Fraldas conforme Resolução SES nº 01/2026 (Diretrizes para Fornecimento de Fraldas Descartáveis)	Carimbo da Unidade	
Nome do munícipe: _____		D.N.:
Data da entrega desta devolutiva: ____/____/____		

Vimos através deste informar que após apreciação dos documentos e avaliação com base na Resolução SES nº 01/2026, o pedido de fornecimento de fraldas do munícipe acima informado foi **indeferido**.

Motivo(s):

Não é população-alvo (pessoas com idade inferior a 2 anos de idade e superior a 18 anos de idade) conforme Resolução SES nº 01/2026.

Patologia não contempla, conforme CID-10 descritos na Resolução SES nº 01/2026 Não apresentou os documentos conforme Resolução SES nº 01/2026 .

Não reside no Município conforme Resolução SES nº 01/2026.

Não está vinculado à UBS conforme Resolução SES nº 01/2026.

Secretaria da Saúde Prefeitura de
Sorocaba

ANEXO VII

TERMO DE COMPROMISSO

Para retirar as fraldas, o responsável deverá comparecer a unidade indicada pela sua UBS, munido de documento de identificação do paciente (RG ou CPF) ou cópia legível da Certidão de Nascimento.

O fornecimento de fraldas se dará pelo período de 180 dias. Permanecendo a necessidade do paciente após 120 dias, o responsável deverá comparecer na unidade de saúde solicitando a renovação do benefício.

O fornecimento será mensal e a entrega será efetuada na unidade indicada pela sua Unidade de Saúde de Referência, nas datas e horários preestabelecidos.

As fraldas descartáveis fornecidas pelo município são para uso exclusivo do paciente para o qual foi requisitado o benefício. Caso não seja retirada a cota de fraldas dentro do mês, essa não será acumulada para o mês seguinte.

Caso haja necessidade de alteração de tamanho das fraldas, deverá ser solicitada a alteração na unidade em que o paciente faz a retirada do material.

O não comparecimento para a retirada das fraldas por período igual ou superior a 60 (sessenta) dias, implicará a suspensão do benefício, salvo os casos devidamente justificados (ex: internação hospitalar). O fornecimento também será suspenso em casos de uso indevido do material e após o período de cento e oitenta dias se não for protocolado o pedido de renovação.

Declaro estar ciente e de acordo com as normas para recebimento de fraldas

Nome do Paciente: _____ **SIS** _____

Nome do Responsável: _____

Assinatura: _____ **Data:** ____ / ____ / ____