



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA DA SAÚDE

## **RESOLUÇÃO Nº 080/19 – CIB / RS**

A **Comissão Intergestores Bipartite/RS**, no uso de suas atribuições legais, e considerando:

a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973, que dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos e em seu Art. 4º define o material para higiene pessoal como correlato;

a Resolução nº 039, de 09/12/2010, do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome - Conselho Nacional de Assistência Social - que dispõe sobre o processo de reordenamento dos Benefícios Eventuais no âmbito da Política de Assistência Social em relação à Política de Saúde, e em seu Art. 1º regulamenta que fraldas não são contempladas nas provisões da Política de Assistência Social;

que o fornecimento de fralda não está incorporado ao SUS em atos normativos do Ministério da Saúde, cabendo aos gestores locais a fixação de critérios para o seu fornecimento,

que a tese fixada pelo Superior Tribunal de Justiça (STJ), no julgamento do tema repetitivo nº 106, em 25/04/2018, inclui o requisito da incapacidade financeira do paciente de arcar com o custo do tratamento prescrito, quando se tratar de medicamentos não incorporados em atos normativos do SUS;

o disposto na Portaria de Consolidação nº 03, de 28 de setembro de 2017, Anexo IV, que discorre sobre a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS, na qual nas diretrizes consta o estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado junto aos componentes da Rede de Cuidados – Atenção Básica, Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência;

a longevidade da população adulta do RS, nos termos de dados do IBGE/2010, que registra uma tendência do aumento do envelhecimento da população e a necessidade de organização da assistência em saúde para atendimento às doenças crônicas, degenerativas, conforme disponibilidade orçamentária do Estado e dos municípios;

a crise financeira pela qual passam os entes públicos, em especial o estado do Rio Grande do Sul;

a pactuação realizada na Reunião da CIB/RS, de 13/03/2019.

### **RESOLVE:**

**Art. 1º** - Estabelecer as normativas para Cofinanciamento Estadual de Insumos - fraldas descartáveis - para Tratamento Domiciliar.

**Art. 2º** - Pelo cofinanciamento de que trata o Art. 1º, o Estado repassará mensalmente para os municípios, conforme disponibilidade orçamentária, na modalidade fundo a fundo, o valor correspondente a R\$ 1,00



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA DA SAÚDE

por fralda dispensada aos pacientes cadastrados no Sistema de Gerenciamento dos Usuários com Deficiência - GUD;

**Parágrafo único** - O *quantum* a ser repassado pelo Estado ao município será calculado a partir dos dados cadastrados no sistema GUD, tendo por critérios os seguintes indicadores:

- a) dispensações realizadas no período da competência.
- b) relatório mensal gerado da competência anterior.

**Art. 3º** - O cofinanciamento para aquisição de fraldas descartáveis destina-se exclusivamente para atender pessoas com:

- a) Incontinência urinária e/ou fecal, decorrentes das patologias listadas no Anexo IV desta Resolução, devendo obedecer aos critérios e fluxo apresentados no Anexo I desta Resolução.
- b) Incapacidade financeira de arcar com o custo das fraldas prescritas, comprovada através dos documentos descritos no anexo V.

**Parágrafo único** - O Estado somente repassará aos municípios o valor estabelecido no Art. 2º, e o valor excedente ao percentual estabelecido correrá por conta do município.

**Art. 4º** - O Estado participará no cofinanciamento de no máximo 150 fraldas/mês para cada usuário (cinco unidades por dia), e somente dispensará o insumo ao usuário que comprovar a incontinência urinária e/ou fecal decorrente de patologias listadas no Anexo IV desta Resolução, comprovadas mediante atestado de médico credenciado no SUS, e declaração de incapacidade financeira, que nos termos da presente Resolução será aferida mediante a comprovação de renda familiar mensal, igual ou inferior, a 03 (três) salários mínimos nacionais, considerando os ganhos totais brutos. (Anexo V desta Resolução).

**§ 1º** - a alteração do quantitativo máximo de 150 fraldas/mês dar-se-á a partir do dia 15 de abril de 2019 para todos os pacientes.

**§ 2º** - a comprovação da renda familiar de que trata o *caput* dar-se-á mediante a apresentação do comprovante de renda do paciente ou responsável demonstrada mediante a apresentação dos seguintes documentos: contracheque ou carteira de trabalho ou benefício do INSS ou declaração de isento do imposto de renda pessoa física.

**§ 3º** - na impossibilidade de apresentação dos documentos referidos no § 2º, o paciente ou responsável firmará declaração de incapacidade financeira nos termos do Anexo V desta Resolução.

**§ 4º** - a exigência de inclusão dos documentos que comprovem a renda conforme Anexo V desta Resolução será aplicado aos novos cadastros e a contar da publicação desta Resolução e nos cadastros existentes, no momento da reavaliação semestral.

**Art. 5º** - O monitoramento e controle da dispensação das fraldas serão feitos por intermédio do cadastro e dispensação registrados no Sistema GUD, pela SES (Secretaria Estadual de Saúde).



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA DA SAÚDE

**Parágrafo único** - O município é responsável pela inserção e atualização de dados dos pacientes e **dispensações** no sistema GUD, para fins de percepção dos valores a serem repassados mensalmente.

**Art. 6º** - A PROCERGS, em conjunto com a SES/DAHA/SPD (Saúde da Pessoa Com Deficiência) será responsável pela operacionalização do sistema GUD e pela capacitação de recursos humanos para utilização do sistema nas Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), as quais deverão capacitar os representantes dos municípios sob sua circunscrição.

**Art.7º** - A comprovação da aquisição e dispensação das fraldas serão de responsabilidade dos municípios, e dar-se-á da seguinte forma:

- a) Compra registrada no Sistema GUD;
- b) Recibo de dispensação gerado pelo Sistema GUD e assinado pelo paciente ou responsável e posteriormente anexado a dispensação no sistema;
- c) Relatório Anual de Gestão Municipal de Saúde - RAGMS.

**Art.8º** - O cadastro do paciente poderá ser suspenso nas seguintes situações:

- a) quando não houver a retirada do insumo por 04 meses consecutivos;
- b) quando o laudo de reavaliação estiver desatualizado. (Anexo III desta Resolução).

**Parágrafo Único** - para regularizar a situação, deverá ser incluído um novo laudo médico (Anexo II desta Resolução) e encaminhado para a CRS efetuar a liberação do cadastro no Sistema GUD.

**Art. 9º** - O repasse dos recursos financeiros aos municípios poderá ser suspenso e exigida a devolução, quando comprovada a não aplicação dos critérios estabelecidos nesta Resolução.

**Art. 10** - Os critérios e requisitos estipulados para comprovação da incapacidade financeira somente serão exigidos para os pedidos que forem protocolados após a publicação desta Resolução.

**Art. 11** - Esta Resolução entrará em vigor a partir da data de sua publicação, com a competência a partir de abril de 2019, revogando-se as disposições em contrário, especialmente a Resolução nº 309/15 - CIB/RS, de 05/10/2015.

Porto Alegre, 14 de março de 2019.

ARITA BERGMANN  
Presidente da Comissão Intergestores Bipartite/RS



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA DA SAÚDE

**ANEXO I – RESOLUÇÃO Nº 080/19 – CIB/RS**

**Fluxo para dispensação:**

**1. SOLICITAÇÃO**

O usuário ou seu representante legal poderá solicitar, no máximo até **150** fraldas/mês (05 unidades por dia) na SMS do seu município, através do cadastramento no Sistema GUD <http://qud.saude.rs.gov.br/>

**1.1. Documentos necessários para solicitação:**

- a) laudo médico de profissional vinculado ao SUS, devidamente datado, assinado e carimbado com nº de inscrição no CRM, atestando a existência de incontinência urinária e/ou fecal, decorrente das patologias listadas no **Anexo IV** com os respectivos CID's; especificações de tamanho (XXG, GG, G, M, P, se adulto ou infantil).
- b) CPF, nome da mãe;
- c) cópia do cartão SUS;
- d) carteira de identidade ou certidão de nascimento (quando for criança);
- e) comprovante de endereço.
- f) declaração de incapacidade financeira.
- g) comprovante de renda familiar (§ 1º do Art. 4º).

**1.2** A reavaliação deverá ser realizada a cada seis meses, com inclusão de laudo simplificado pelo profissional da equipe de saúde, caso não seja atualizado dentro do prazo, a concessão do insumo será suspensa automaticamente pelo Sistema GUD. A liberação, para continuidade da concessão, se dará mediante regularização do cadastro no Sistema, conforme parágrafo único do artigo 8º.

**2. AUTORIZAÇÃO:**

**2.1 Caberá aos municípios:**

- Realizar o pré-cadastro no sistema GUD com os documentos necessários para encaminhamento do pedido de fraldas.
- Conforme previsto na Lei 13.726, de 2018 no art. 2º e inciso II “a autenticação de cópia de documento, cabendo ao agente administrativo, mediante a comparação entre o original e a cópia, atestar a autenticidade.”
- Avaliar tecnicamente os pedidos frente aos quantitativos solicitados e de aumento de quantitativos no sistema, mediante laudo médico.
- Manter atualizado o cadastro dos pacientes no Sistema GUD, incluindo o laudo simplificado de reavaliação preenchido pelo profissional da equipe de saúde a cada 06 (seis) meses;
- Realizar a compra e dispensação das fraldas, conforme disponibilidade orçamentária;
- **Orientar** sobre os cuidados de higiene, quanto à prevenção de úlceras por pressão, quanto ao uso racional de fraldas, bem como seu devido descarte;

**2.2. Caberá à SES/CRS/ SPD:**

- Avaliar o pré-cadastro e, quando elegível concluir o mesmo, gerando processo administrativo;
- Articular capacitação com a PROCERGS sobre a operacionalização do sistema GUD;
- Monitorar e fiscalizar o repasse e a adequada aplicação do recurso pelos municípios;

**3. RETIRADA**

**3.1.** A retirada das fraldas será no município pelo próprio paciente mediante apresentação de documento de identidade, ou de seu representante legal, previamente habilitado no cadastro do sistema GUD, quando se enquadrar nas seguintes condições:

- a) Pessoa considerada incapaz, desde que comprovado.
- b) Pessoa idosa, com idade igual ou superior a 60 anos.

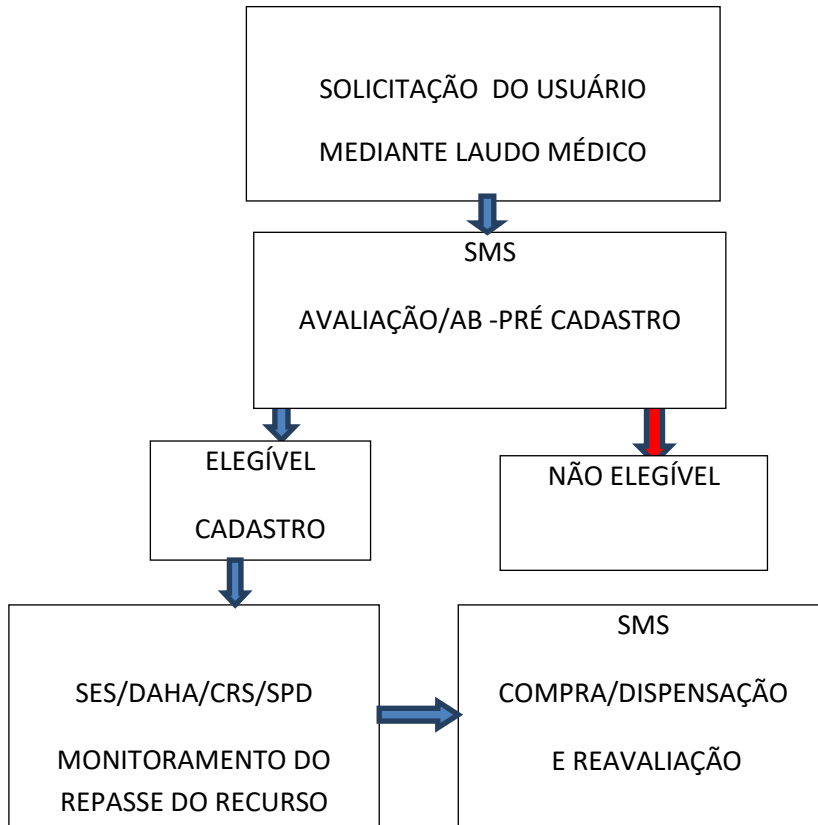
**3.2.** Documentos necessários, para a retirada pelo representante legal:

- a) Documentos do paciente: RG ou certidão de nascimento.
- b) Documentos do representante legal: RG.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA DA SAÚDE

**FLUXOGRAMA**





ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA DA SAÚDE

ANEXO II – RESOLUÇÃO Nº 080/19 – CIB/RS



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA DA SAÚDE

**LAUDO MÉDICO DE INSUMOS DE SAÚDE/ FRALDAS DESCARTÁVEIS**

**1. DADOS DO PACIENTE**

Nome do Paciente: _____	Cartão SUS Nº: _____	
Doc. Identidade Nº: _____	CPF Nº: _____	Data de nascimento: _____
Nome da Mãe: _____	Sexo: _____	
Telefone: _____	Unidade de Saúde: _____	
Endereço: _____	CEP: _____	
Bairro: _____	Município: _____	
Assinatura do Paciente		

**2. DADOS DO RESPONSÁVEL**

Nome: _____	CPF: _____	
Doc. Identidade Nº: _____	Telefone: _____	CEP: _____
Endereço: _____	Bairro: _____	Município: _____
Assinatura do Responsável		

**3. DIAGNÓSTICO(S)**

CID Principal: _____	CID Secundário: _____
----------------------	-----------------------

**4. NECESSIDADE DE QUANTITATIVO DE FRALDAS DIÁRIA E MENSAL**

2/60 unidades     3/90 unidades     4/120 unidades     5/150 unidades

**5. QUANTO AO TAMANHO**


**Adulto**     pequeno (P)     médio (M)     grande (G)     extragrande (GG)     extra-extragrande (XXG)  
**Infantil**     pequeno (P)     médio (M)     grande (G)     extragrande (GG)     extra-extragrande (XXG)

**6. ESTABELECIMENTO E MÉDICO**

Nome do estabelecimento de saúde solicitante: _____	Nº de CNES: _____	Data da solicitação: _____
Nome do Médico: _____	CRM: _____	
Carimbo e assinatura do médico solicitante		



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA DA SAÚDE  
ANEXO III – RESOLUÇÃO Nº 080/19 – CIB/RS

 ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL SECRETARIA DA SAÚDE		
<b>LAUDO DE INSUMOS DE SAÚDE/FRALDAS DESCARTÁVEIS</b>		
<b>1. DADOS DO PACIENTE</b>		
Nome do Paciente: _____	Cartão SUS Nº: _____	
Doc. Identidade Nº: _____	CPF Nº: _____	Data de nascimento: _____
Nome da Mãe: _____	Sexo: _____	
Telefone: _____	Unidade de Saúde: _____	
Endereço: _____	CEP: _____	
Bairro: _____	Município: _____	
Assinatura do Paciente _____		
<b>2. NECESSIDADE DE QUANTITATIVO DE FRALDAS DIÁRIA E MENSAL</b>		
<input type="checkbox"/> 2/60 unidades <input type="checkbox"/> 3/90 unidades <input type="checkbox"/> 4/120 unidades <input type="checkbox"/> 5/150 unidades		
<b>3. QUANTO AO TAMANHO</b>		
<b>Adulto</b> <input type="checkbox"/> pequeno (P) <input type="checkbox"/> médio (M) <input type="checkbox"/> grande (G) <input type="checkbox"/> extragrande (GG) <input type="checkbox"/> extra-extragrande (XXG)		
<b>Infantil</b> <input type="checkbox"/> pequeno (P) <input type="checkbox"/> médio (M) <input type="checkbox"/> grande (G) <input type="checkbox"/> extragrande (GG) <input type="checkbox"/> extra-extragrande (XXG)		
<b>4. ESTABELECIMENTO E PROFISSIONAL DE SAÚDE</b>		
Nome do estabelecimento de saúde solicitante: _____	Nº de CNES: _____	Data da solicitação: _____
Nome do profissional: _____		
Carimbo e assinatura do profissional solicitante _____		



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA DA SAÚDE

**ANEXO IV – RESOLUÇÃO Nº 080/19 – CIB/RS**

**LISTAGEM DO CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS – CID**

C57.8 - Lesão invasiva dos órgãos genitais femininos.	I63.0 - Infarto cerebral devido a trombose de artérias pré-cerebrais.
C63.8 - Lesão invasiva dos órgãos genitais masculinos.	I63.1 - Infarto cerebral devido a embolia de artérias pré-cerebrais.
C67.8 - Lesão invasiva da bexiga.	I63.2 - Infarto cerebral devido a oclusão ou estenose não especificada de artérias pré-cerebrais.
E84.1 - Fibrose cística com manifestações intestinais.	I63.3 - Infarto cerebral devido a trombose de artérias cerebrais.
F00 - Demência na doença de Alzheimer.	I63.4 - Infarto cerebral devido a embolia de artérias cerebrais.
F00.1 - Demência na doença de Alzheimer de início tardio.	I67.3 - Lencencefalopatia vascular progressiva.
F01.0 - Demência vascular de início agudo.	I69.1 - Sequela de hemorragia intracerebral.
F01.1 - Demência por infartos múltiplos.	I69.3 - Sequela de infarto cerebral.
G35 - Esclerose múltipla.	K60 - Fissura e fístula das regiões anal e retal.
G37.0 - Esclerose difusa.	M62.3 - Síndrome de imobilidade (paraplégica)
G37.1 - Desmielinização central do corpo caloso.	N32.1 - Fístula enterro-vesical, não classificada em outra parte.
G37.2 - Mielinólise central da ponte.	N32.2 - Bexiga neuropática flácida, não classificada em outra parte.
G37.3 - Mielite transversa aguda em doenças desmielinizantes do sistema nervoso central.	N36.0 - Fístula uretral.
G45.1 - Síndrome da artéria carotídea.	N82.1 - Outras fístulas do trato geniturinário feminino
G46.1 - Síndrome da artéria cerebral anterior.	N81.3 - Prolapso uterovaginal completo.
G80 - Paralisia cerebral infantil.	N82.0 - Fístula vesicovaginal.
G82 - Paraplegia e tetraplegia.	Q42.3 - Ausência, atresia e estenose congênita do ânus, sem fístula.
G83.4 - Síndrome da cauda equina.	R32 - Incontinência urinária e não especificada.
I60.0 - Hemorragia subaracnóide proveniente do sifão e da bifurcação da carótida.	R15 - Incontinência fecal.
I60.2 - Hemorragia subaracnóide proveniente da artéria comunicante anterior.	R40.2 - Coma não especificado.
I61.0 - Hemorragia intracerebral hemisférica subcortical.	S06.2 - Traumatismos cerebral difuso.
I61.3 - Hemorragia intracerebral do tronco cerebral.	S06.7 - Traumatismo intracraniano com coma prolongado.
I61.6 - Hemorragia intracerebral de múltiplas localizações.	Z22.6 - Portador de infecção pelo vírus T- linfotrópico tipo I (HTLV-1).





ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA DA SAÚDE

**ANEXO V – RESOLUÇÃO Nº 080/19 – CIB/RS**

**Declaração de Incapacidade Financeira  
(paciente ou responsável)**

Paciente: \_\_\_\_\_,  
Nome Nacionalidade

Profissão Estado Civil RG CPF

residente e domiciliado a \_\_\_\_\_

Responsável: ( ) não se aplica

( ) \_\_\_\_\_,  
Nome Nacionalidade

Profissão Estado Civil RG CPF

residente e domiciliado a \_\_\_\_\_

Declaro para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tenho condições de arcar com as despesas de fraldas que solicito ao Poder Público, sem prejuízo do meu sustento e de minha família, uma vez que minha renda familiar é inferior a três salários mínimos.

Documentos apresentados:

- ( ) CTPS (Carteira de Trabalho e Previdência Social).
- ( ) Declaração de imposto de renda de pessoa física ou declaração de isento.
- ( ) Contracheque.
- ( ) Benefício do INSS.
- ( ) Sem comprovante de renda.

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

(Local e data)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente ou responsável