SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**
**ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**
**COORDENAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

# PROTOCOLO PARA FORNECIMENTO DE MATERIAL MÉDICO-HOSPITALAR PARA USO DOMICILIAR

**FAZENDA RIO GRANDE/PR**
**MAIO/2025**

**EQUIPE GESTORA**

MARCO ANTÔNIO MARCONDES SILVA
**Prefeito Municipal**

MONIQUE COSTA BUDK
**Secretária Municipal de Saúde**

CAMILA KOLOSOVSKI
**Diretora Geral**

PAULO HENRIQUE PEIXOTO
**Coordenador Municipal da Atenção Primária à Saúde**

**EQUIPE TÉCNICA**

**Elaboração 1ª Versão 2021**
RUBIANE WOSNIACK
VANESSA BISPO SOARES PINHEIRO

**Revisão 2025**
LOANA PATRÍCIA DA SILVA

## Apresentação

Este protocolo estabelece critérios para o fornecimento de materiais médico - hospitalares pela Secretaria Municipal de Saúde de Fazenda Rio Grande, visando auxiliar pacientes usuários do Sistema Único de Saúde, que necessitam deste benefício conforme justificativa do profissional de saúde (médico, enfermeiro e nutricionista).

O cumprimento deste protocolo será realizado pela Divisão de Atenção Primária em parceria com a Divisão de Assistência Farmacêutica.

# PROTOCOLO PARA FORNECIMENTO DE MATERIAIS MÉDICO-HOSPITALARES

**1) CANDIDATOS AO BENEFÍCIO:**

Pacientes que necessitam de materiais médico-hospitalares descartáveis para realização dos seguintes procedimentos em ambiente domiciliar, devido à impossibilidade de realização dos mesmos na Unidade Básica de Saúde:

- Alimentação Enteral;
- Aspiração Traqueal;
- Curativos: pós-cirúrgicos, lesões cutâneas agudas e crônicas, ostomias;
- Diálise Peritonial;
- Sondagem Vesical de Alívio e Demora;
- Outros relacionados devidamente justificados.

**2) CRITÉRIOS PARA ACESSO:**

2.1) Residir no município de Fazenda Rio Grande;

2.2) Apresentar necessidade comprovada do uso de material médico-hospitalar;

2.3) Estar vinculado ao Sistema Único de Saúde (Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080).

**3) FORMA DE ACESSO:**

A solicitação para fornecimento de material médico-hospitalar deverá ser realizada na Unidade Básica de Saúde mais próxima à residência do paciente, onde serão fornecidos os documentos para preenchimento e instruções gerais quanto ao fluxo da solicitação (Anexo 5). A retirada dos materiais será realizada na Unidade Básica de Saúde de referência, após avaliação, descrita no item 5 deste protocolo.

**4) RELAÇÃO DE DOCUMENTOS NECESSÁRIOS:**

Os documentos relacionados abaixo deverão ser entregues na Unidade Básica de Saúde, e deverão ser anexados ao prontuário do paciente:

4.1) Formulário de cadastramento devidamente preenchido (Anexo 1);

4.2) Cópia da prescrição proveniente de serviços públicos de saúde, que justifique a necessidade do uso de material médico-hospitalar pelo paciente;

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

4.4) Cópia do omprovante de endereço atualizado do paciente (conta de água, luz, ou telefone fixo);

4.5) Cópia do CNS - Cartão Nacional de Saúde do paciente (cartão do SUS);

4.6) Cópia do RG, CPF e comprovante de endereço do representante legal;

4.6.1) Considera-se representante legal aquele que for: declarado por sentença judicial; portador de instrumento público de procuração que outorgue plenos poderes ou poderes específicos para aquisição de medicamentos e outros produtos relacionados; ou portador de instrumento particular de procuração com reconhecimento de firma.

4.7) Para pacientes acamados, Declaração de Autorização de Visitas Domiciliares preenchida e assinada pelo representante legal (Anexo 2).

**5) AVALIAÇÃO:**

5.1) Após a solicitação do pedido, a Unidade Básica de Saúde realizará o agendamento de consulta para o paciente com profissional de saúde do município, o qual avaliará a necessidade do benefício descrito neste protocolo;

5.1.1) A avaliação poderá ocorrer na Unidade de Saúde ou em visita domiciliar, no caso de pacientes acamados.

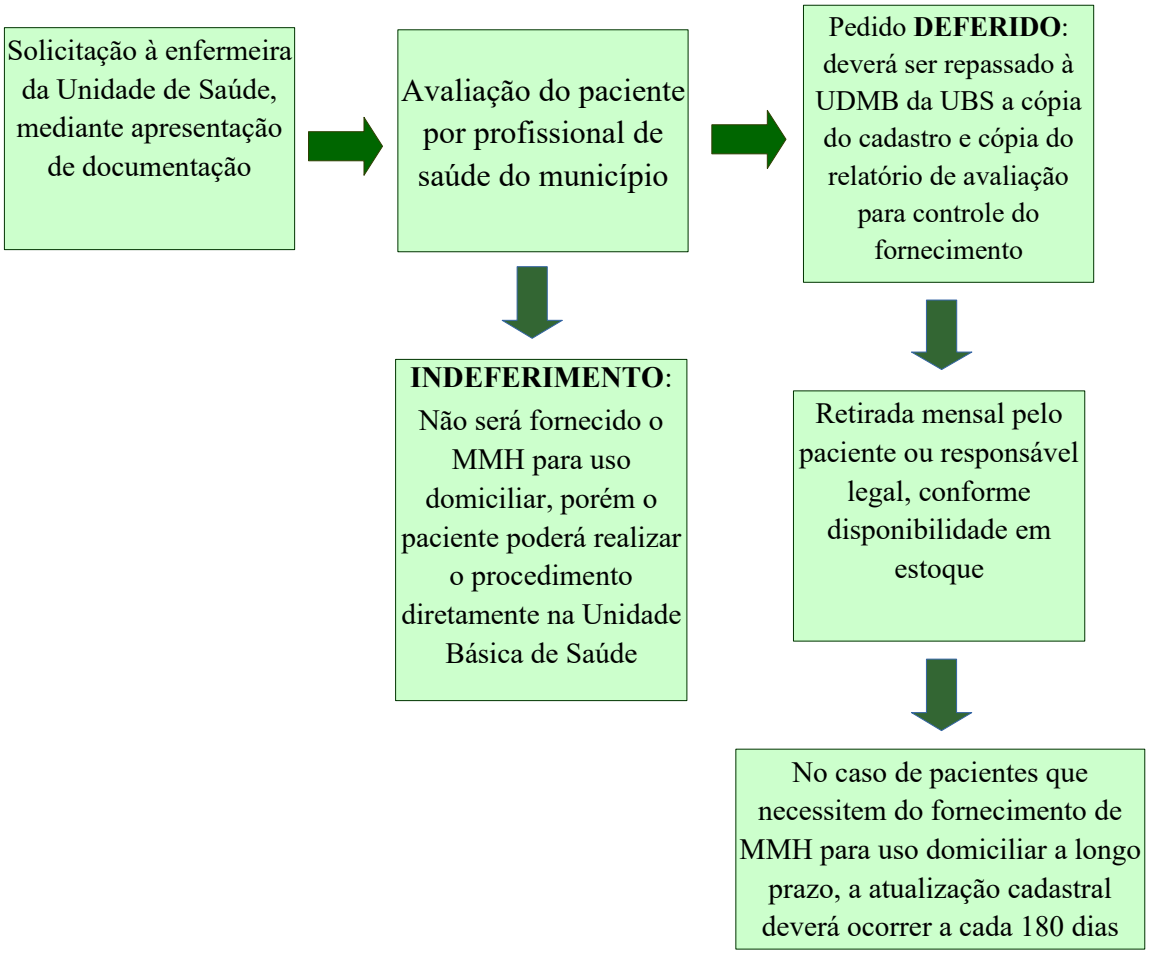
5.2) Após avaliação, o profissional preencherá relatório específico (Anexo 3), o qual será anexado à documentação descrita no item 4 deste protocolo;

5.3) Caso o profissional avalie que o procedimento poderá ser realizado na Unidade Básica de Saúde, não será deferido o fornecimento dos materiais médico-hospitalares para uso domiciliar.

**6) ANÁLISE DOS PEDIDOS:**

Após a solicitação de cadastro ao benefício, os pedidos serão avaliados num prazo de 30 (trinta) dias após entrada do mesmo. Será deferido ou não o fornecimento do material médico-hospitalar em conformidade com as diretrizes estabelecidas neste protocolo, sendo observada a disponibilidade contratual e orçamentária do município.

**FLUXOGRAMA DO PROCESSO PARA AQUISIÇÃO DO BENEFÍCIO:**




**7) QUANTIDADE E PERÍODO DE FORNECIMENTO:**

7.1) O fornecimento será efetuado mensalmente, considerando a relação de materiais médico-hospitalares para uso domiciliar disponibilizados pelo município, que encontra-se no Anexo 4 deste protocolo. Será estabelecido limite máximo de materiais fornecidos, conforme descrito no referido anexo.

7.1.1) Caso não haja quantitativo suficiente para atendimento de todos os pacientes com cadastro ativo, poderá ser dispensada quantidade inferior ao limite máximo estabelecido neste protocolo, conforme disponibilidade de estoque.

7.2) Pacientes que necessitem do fornecimento de materiais médico-hospitalares para uso domiciliar a longo prazo, deverão realizar a atualização cadastral a cada 180 dias (06 meses) após a aprovação do pedido, podendo ser renovado por iguais e sucessivos períodos enquanto permanecer a necessidade do paciente.

7.2.1) Para renovação do cadastro, deverá ser realizada nova avaliação por profissional de saúde da Unidade Básica de Saúde, a fim de verificar se permanecerá a necessidade de fornecimento dos materiais médico-hospitalares para uso domiciliar.

**8) ACOMPANHAMENTO:**

8.1) Os profissionais indicados pela Divisão de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde serão encaminhados para cumprimento dos itens 5 e 6 deste protocolo (avaliação e análise dos pedidos, respectivamente), bem como promover orientação e acompanhamento quanto ao uso devido dos materiais médico-hospitalares.

**9) SUSPENSÃO NO FORNECIMENTO:**

O desligamento do usuário do cadastro municipal para recebimento de materiais médico-hospitalares ocorrerá se:

9.1) Não houver comparecimento para a retirada dos materiais por período igual ou superior a 60 (sessenta) dias, salvo os casos devidamente justificados (ex: internação hospitalar);

9.2) Não houver renovação do cadastro, após 180 dias de atendimento;

9.3) Constatar-se o uso indevido dos materiais durante o acompanhamento;

9.4) Nos casos em que não houver mais a necessidade de realização do procedimento no ambiente domiciliar;

9.5) Nos casos em que, na atualização da avaliação do paciente for constatado que este pode realizar o procedimento na UBS;

9.6) Nos casos em que o paciente vier a óbito.

PREFEITURA DE FAZENDA RIO GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

## ANEXO 1:

| **FORMULÁRIO DE CADASTRO PARA FORNECIMENTO DE MATERIAIS MÉDICO-HOSPITALARES DE USO DOMICILIAR** | |
|---|---|
| ***Dados do Paciente*** | |
| Nome Completo: | |
| RG: | CPF: |
| Data de Nascimento: | (  ) Feminino (  ) Masculino |
| Endereço: | Bairro: |
| CEP: | Cidade: |
| Telefone: | |
| Número do CNS (Cartão SUS): | |
| Usuário da Unidade Básica de Saúde: | |
| ***Dados do Representante Legal*** | |
| Nome Completo: | |
| RG: | |
| Endereço: | Bairro: |
| CEP: | Cidade: |
| Telefone: | |
| Parentesco: (  ) SIM Qual? _____ (  ) NÃO | Possui procuração: (  ) SIM (  ) NÃO |

Eu, _____ (paciente ou responsável legal), RG nº _____, requeiro o fornecimento dos materiais médico-hospitalares pelo município, em virtude de _____. Estou ciente que após avaliação de profissional de saúde do município, o prazo para retirada inicial dos materiais é de 30 dias; que haverá fornecimento de quantitativo pré-estabelecido, conforme a disponibilidade em estoque. Também estou ciente que este cadastro **deverá ser renovado a cada 180 dias**, caso permaneça a necessidade de fornecimento, sob pena de suspensão do fornecimento.

Fazenda Rio Grande, _____/_____/

_____

*Assinatura do requerente*

PREFEITURA DE FAZENDA RIO GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO PARA FORNECIMENTO DE MATERIAS MÉDICO – HOSPITALARES DE USO DOMICILIAR**

Nome Completo do Paciente:

Data de Nascimento:

Descrição da Patologia:

O diagnóstico justifica a necessidade do uso de materiais médico – hospitalares em ambiente domiciliar? ( ) SIM ( ) NÃO

Qual a duração da necessidade?

Materiais necessários para fornecimento mensal:

( ) KIT ALIMENTAÇÃO ENTERAL

( ) KIT ASPIRAÇÃO TRAQUEAL – Especificar número da sonda:

( ) KIT CURATIVO PÓS-CIRÚRGICO – Especificar extensão da lesão: ( )P - ( )M - ( )G

( ) KIT CURATIVO LESÃO/FERIDA AGUDA – Especificar extensão da lesão: ( )P - ( )M - ( )G

( ) KIT CURATIVO LESÃO/FERIDA CRÔNICA – Especificar extensão da lesão: ( )P - ( )M - ( )G

( ) KIT DIÁLISE PERITONIAL

( ) KIT SONDAGEM VESICAL DE ALÍVIO – Especificar número da sonda:

( ) KIT SONDAGEM VESICAL DE DEMORA – Especificar número da sonda:

( ) OUTROS – Especificar e justificar:

_____

Observações Pertinentes:

Fazenda Rio Grande, _____de _____de _____.

_____

***Carimbo e Assinatura do responsável pela avaliação***

*Preencher todas as informações deste formulário de cadastro/avaliação e anexar: cópia do RG, CPF e comprovante de residência do paciente, cópia do RG do representante legal e cópia da prescrição proveniente de serviço público de saúde para fornecimento de materiais.

## ANEXO 2:

### DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE VISITAS DOMICILIARES

Eu, _____, RG _____, responsável pelo paciente _____, autorizo a visita de um profissional de saúde indicado pela Secretaria Municipal de Saúde de Fazenda Rio Grande-PR, para avaliação, orientações e acompanhamento quanto ao uso devido dos materiais médico-hospitalares fornecidos pelo município para uso domiciliar.

Fazenda Rio Grande, _____/_____/

_____

*Assinatura*

PREFEITURA DE FAZENDA RIO GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**ANEXO 3:**

| **RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO PARA FORNECIMENTO DE MATERIAS MÉDICO – HOSPITALARES DE USO DOMICILIAR** |
|---|
| Nome Completo do Paciente: |
| Data de Nascimento: |
| Número do CNS (Cartão SUS): |
| Usuário da Unidade Básica de Saúde: |
| Descrição da Patologia: |
| O diagnóstico justifica a necessidade do uso de materiais médico – hospitalares em ambiente domiciliar? ( ) SIM ( ) NÃO |
| Materiais necessários para fornecimento mensal:<br>( ) KIT ALIMENTAÇÃO ENTERAL<br>( ) KIT ASPIRAÇÃO TRAQUEAL – Especificar número da sonda:<br>( ) KIT CURATIVO PÓS-CIRÚRGICO – Especificar extensão da lesão: ( )P - ( )M - ( )G<br>( ) KIT CURATIVO LESÃO/FERIDA AGUDA – Especificar extensão da lesão: ( )P - ( )M - ( )G<br>( ) KIT CURATIVO LESÃO/FERIDA CRÔNICA – Especificar extensão da lesão: ( )P - ( )M -G<br>( ) KIT DIÁLISE PERITONIAL<br>( ) KIT SONDAGEM VESICAL DE ALÍVIO – Especificar número da sonda:<br>( ) KIT SONDAGEM VESICAL DE DEMORA – Especificar número da sonda:<br>( ) OUTROS – Especificar e justificar:<br>_____<br>_____ |
| Observações Pertinentes: |
| Fazenda Rio Grande, _____de _____de _____.<br><br>_____<br>***Carimbo e Assinatura do responsável pela avaliação*** |

***Este relatório deverá ser anexado ao formulário de cadastro para fornecimento dos materiais médico-hospitalares.***

# ANEXO 4:

| RELAÇÃO DOS MATERIAIS MÉDICO-HOSPITALARES QUE PODERÃO SER DISPONIBILIZADOS PARA USO DOMICILIAR | |
|---|---|
| KIT ALIMENTAÇÃO ENTERAL | 15 Equipos para Alimentação Enteral<br><br>15 Frascos para Alimentação Enteral (300ml ou 500ml)<br><br>15 Seringas de 20ml<br><br>1 micropore 2,5cm x 4,5m se necessário |
| KIT ASPIRAÇÃO TRAQUEAL | Água destilada flaconete 10ml ou soro fisiológico 0,9% 10ml (máximo 120 unidades)<br><br>1 pacote compressa de gaze não estéril com 500 unidades<br><br>1 pacote de luva plástica estéril<br><br>1 micropore 2,5cm x 4,5m<br><br>Sonda de Aspiração Traqueal com válvula (máximo 120 unidades e numeração compatível com o paciente) |
| KIT CURATIVO | Compressa de Gaze c/ 500 (máximo 3 pacotes)<br><br>1 Micropore 2,5cmx 4,5m ou 1 esparadrapo 10cm x 4,5cm<br><br>Soro Fisiológico 0,9% 100ml ou 250ml ou 500ml (máximo 3 unidades)<br><br>Atadura 10 ou 15cm (máximo 30 unidades)<br><br>1 PVPI tópico 100ml (se necessário)<br><br>1 Sulfadiazina de prata 1% creme ( se necessário) –> retirar no dispensário da UBS<br><br>1 Óleo de girassol 200ML (se necessário)<br><br>1 luva de procedimento (caixa com 100 unidades) |
| KIT DIÁLISE PERITONIAL | 4 Álcool 70% |
| KIT SONDAGEM VESICAL DE ALÍVIO | 120 Sonda Uretral (numeração compatível com |

| | |
|---|---|
| | o paciente)<br><br>4 tubos de Lidocaína 2% geléia -> retirar no dispensário da UBS<br><br>1 caixa de luvas de procedimento (especificar o tamanho) |
| KIT SONDAGEM VESICAL DE DEMORA | 2 Bolsas de Sistema Fechado<br><br>2 Sondas Foley (numeração compatível com o paciente)<br><br>4 Seringas 20ml Luer Slip<br><br>1 tubo de Lidocaína 2% geléia -> retirar no dispensário da UBS |
| Outros relacionados conforme justificativa | Bolsa sistema aberto (máximo 4 unidades)<br><br>Dispositivo de incontinência urinária (máximo 8 unidades)<br><br>Sonda nasogástrica longa (máximo 2 unidades) |

| **Relação de MMH que poderão ser disponibilizados para uso domiciliar e limite máximo fornecido por mês** | | | |
|---|---|---|---|
| **C**ódigo | Material | Quant | Obs |
| 82 | ÁGUA DESTILADA FLACONETE 10ML | | |
| 133 | ÁLCOOL 70% 1 LITRO | | |
| 162 | ATADURA DE CREPE ROLO 10 CM X 1,8 M | | |
| 164 | ATADURA DE CREPE ROLO 15 CM X 1,8 M | | |
| 174 | BOLSA COLETORA DE URINA SISTEMA FECHADO | | |
| 175 | BOLSA COLETORA DE URINA SISTEMA ABERTO | | |
| 201 | COMPRESSA DE GAZE NÃO ESTÉRIL 7,5 X 7,5 CM 13 FIOS C/ 500 | | |
| 487 | DISPOSITIVO PARA INCONTINÊNCIA URINÁRIA N 6 | | |
| 225 | EQUIPO DE ALIMENTAÇÃO ENTERAL | | |
| 251 | ESPARADRAPO 10 CM X 4,5 M | | |
| 349 | FRASCO DE ALIMENTAÇÃO ENTERAL 500 ML | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 351 | FRASCO DE ALIMENTAÇÃO ENTERAL 300 ML | | |
| 446 | LUVA DE PROCEDIMENTO NÃO ESTÉRIL P C/ 100 | | |
| 447 | LUVA DE PROCEDIMENTO NÃO ESTÉRIL M C/ 100 | | |
| 448 | LUVA DE PROCEDIMENTO NÃO ESTÉRIL G C/ 100 | | |
| 451 | LUVA PLÁSTICA ESTÉRIL C/ 100 | | |
| 499 | FITA MICROPORE 2,5 CM X 4,5 M | | |
| 534 | ÓLEO DE GIRASSOL 200 ML | | |
| 537 | PVPI TÓPICO 10% 100 ML | | |
| 565 | SERINGA 20 ML LUER SLIP SEM AGULHA SEM DISPOSITIVO | | |
| 569 | SONDA DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL N 06 COM VÁLVULA | | |
| 570 | SONDA DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL N 08 COM VÁLVULA | | |
| 571 | SONDA DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL N 10 COM VÁLVULA | | |
| 572 | SONDA DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL N 12 COM VÁLVULA | | |
| 573 | SONDA DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL N 14 COM VÁLVULA | | |
| 574 | SONDA DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL N 16 COM VÁLVULA | | |
| 586 | SONDA FOLEY 2 VIAS N 12 | | |
| 587 | SONDA FOLEY 2 VIAS N 14 | | |
| 588 | SONDA FOLEY 2 VIAS N 16 | | |
| 589 | SONDA FOLEY 2 VIAS N 18 | | |
| 590 | SONDA FOLEY 2 VIAS N 20 | | |
| 591 | SONDA FOLEY 2 VIAS N 22 | | |
| 614 | SONDA URETRAL N 06 | | |
| 615 | SONDA URETRAL N 08 | | |
| 616 | SONDA URETRAL N 10 | | |
| 617 | SONDA URETRAL N 12 | | |
| 618 | SONDA URETRAL N 14 | | |
| 619 | SONDA URETRAL N 16 | | |
| 224 | SOLUÇÃO DE CLORETO DE SÓDIO 0,9% 100 ML | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 226 | SOLUÇÃO DE CLORETO DE SÓDIO 0,9% 250 ML | | |
| 228 | SOLUÇÃO DE CLORETO DE SÓDIO 0,9% 500 ML | | |
| | Uso exclusivo das UBS para preparar os Chumaços | | |
| 142 | ALGODÃO HIDRÓFILO ROLO 500G | | |
| 355 | GAZE TIPO QUEIJO NÃO ESTÉRIL 13 FIOS | | |
| | PAPEL GRAU CIRÚRGICO | | |

**ANEXO 5:**

## INSTRUÇÕES GERAIS SOBRE O FORNECIMENTO DE MATERIAIS MÉDICO-HOSPITALARES PARA USO DOMICILAR

- Pacientes com necessidade de utilização de materiais médico-hospitalares em ambiente domiciliar poderão requisitar seu cadastro no município para retirada dos materiais disponíveis, desde que residam no município e sejam usuários do Sistema Único de Saúde.
- Para usufruir do benefício, o paciente (ou representante legal) deverá realizar a solicitação na Unidade Básica de Saúde, apresentando a seguinte documentação:
  - Formulário de cadastramento devidamente preenchido;
  - Prescrição atualizada **(proveniente de serviços públicos de saúde**);
  - Cópia do RG e CPF do paciente (ou Certidão de Nascimento, se menor);
  - Cópia do comprovante de endereço atualizado do paciente (conta de água, luz, ou telefone fixo);
  - Cópia do CNS - Cartão Nacional de Saúde do paciente (cartão do SUS);
  - Cópia do RG, CPF e comprovante de endereço do representante legal;
  - Declaração de Autorização de Visitas Domiciliares, no caso de pacientes acamados.
- Após, o paciente será submetido à avaliação por profissional de saúde do município para deferimento ou não do pedido (prazo de 30 dias), conforme as diretrizes estabelecidas neste protocolo, e o beneficiário ou representante legal será comunicado via telefone.
- Havendo deferimento do pedido, o fornecimento de materiais se dará mensalmente, na Unidade de Saúde de referência.
- Permanecendo a necessidade do paciente, deverá ser solicitada a renovação do benefício a cada 180 dias.
- Os materiais médico-hospitalares fornecidos pelo município são para uso exclusivo do paciente para o qual foi requisitado o benefício.
- O não comparecimento para a retirada dos materiais por período igual ou superior a 60 (sessenta) dias implicará na suspensão do benefício, salvo os casos devidamente justificados (ex: internação hospitalar).
- O fornecimento também será suspenso em casos de uso indevido do material (comercialização, conservação inadequada, etc.), quando for informado óbito ou alta do paciente e se não for protocolado o pedido de renovação.