

**Requisitos e Solicitação do Financiamento Psicossocial**

*Este documento fornece informações detalhadas sobre os requisitos e protocolos do Programa Psicossocial da Smile Train, bem como sobre a solicitação de financiamento offline. Parceiros em potencial devem analisar estas informações antes de solicitar o financiamento psicossocial e devem cumprir esses protocolos, se o financiamento for concedido.*

**1. PROPÓSITO DO FINANCIAMENTO PSICOSSOCIAL**

* O propósito do financiamento psicossocial da Smile Train é melhorar a qualidade do cuidado psicossocial prestado à pacientes e famílias afetadas pela fissura labiopalatina.
* O financiamento psicossocial tem o objetivo de oferecer apoio pontual às equipes de tratamento de fissuras para garantir que as lacunas e deficiências atuais sejam resolvidas.
* O financiamento psicossocial não se destina a substituir ou cobrir os custos da prestação de cuidados psicossociais existentes ou pagar os salários dos profissionais.
* Antes de fazer a solicitação, os parceiros em potencial da Smile Train são encorajados a verificar os atuais protocolos de cuidado de fissura labiopalatina a fim de identificar quaisquer mudanças necessárias para melhorar o acesso e/ou qualidade do cuidado.

**2. PRINCÍPIOS DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS PSICOSSOCIAIS**

O tratamento completo para fissura (CCC) é a integração de cuidados essenciais e tratamentos no manejo de fissuras, além da cirurgia. O CCC é fornecido por meio da coordenação de uma série de profissionais médicos que trabalham em estreita colaboração para fornecer cuidados essenciais aos pacientes com fissuras. As decisões de diagnóstico e tratamento devem considerar todas as áreas do CCC, incluindo as psicossociais, e todos os membros da equipe de fissura devem estar cientes do plano e dos objetivos dos cuidados do paciente.

Os objetivos principais da atenção psicossocial são melhorar o bem-estar emocional, social e físico dos indivíduos, famílias e comunidades. Todos os pacientes afetados pela fissura, pais/cuidadores e membros da comunidade são candidatos adequados para receber os cuidados psicossociais, que podem variar desde aconselhamento pré-natal aos pais até terapia na idade adulta.

O presente documento descreve as ações essenciais e as competências profissionais, necessárias para garantir o cuidado psicossocial adequado e seguro a todos os pacientes, pais e/ou cuidadores da Smile Train.

**3. SOLICITAÇÃO DE FINANCIAMENTO E SERVIÇOS COBERTOS**

A solicitação completa de financiamento psicossocial da Smile Train, inclui:

* Solicitação de Financiamento Psicossocial (abaixo)
* Modelo de orçamento do financiamento psicossocial da Smile Train

**Tipos de Serviços Psicossociais Cobertos**

O financiamento da Smile Train pode ser usado para apoiar a prestação dos tipos de serviços psicossociais abaixo. Os candidatos podem selecionar no máximo dois tipos de serviços psicossociais para os quais estão solicitando financiamento. Os candidatos devem considerar a equipe e os recursos disponíveis no centro e quais serviços seriam mais apropriados e impactantes para a região/população dos pacientes.

* *Terapia Individual ou em Grupo*

Sessões individuais ou em grupo para avaliar e repensar desafios pessoais, resolver conflitos, criar mudanças e adquirir ferramentas e recursos. O objetivo da terapia individual ou em grupo é entender e se comunicar melhor sobre as experiências e os desafios relacionados à fissura, obtendo como resultado um melhor relacionamento consigo mesmo e com os outros. A terapia pode ser realizada desde o pré-natal até a idade adulta. Os familiares e/ou cuidadores podem ser envolvidos na terapia para contribuir com o progresso do paciente. Esse tipo de serviço psicossocial pode ser conduzido por um terapeuta qualificado ou prestador de serviços psicossociais aprovado pela Smile Train (ou seja, conselheiro, assistente social). Geralmente, a Smile Train financia até 6 sessões de terapia por paciente e por subsídio.

* *Workshops Psicossociais*

Sessões em grupo para pacientes e/ou cuidadores com o objetivo de fornecer informações sobre determinados tópicos ou desafios psicológicos (ou seja, bullying, confiança/autoestima, ansiedade, dificuldades com a imagem corporal), bem como educar os participantes sobre ferramentas e/ou estratégias para apoiar o gerenciamento desses desafios. O principal objetivo de um workshop é ajudar pacientes e familiares a aumentar a resiliência em termos de saúde física, mental e comportamental. Os workshops psicossociais devem ser conduzidos por um prestador de serviços psicossociais e ter um objetivo e um benefício psicossocial claros.

**4. REQUISITOS PARA PARCEIROS PSICOSSOCIAIS**

**4.1 Requisitos Gerais**

O centro que se beneficiará do financiamento psicossocial deve:

* Fornecer gratuitamente serviços psicossociais relacionados à fissura aos pacientes da Smile Train
* Usar o financiamento somente para os custos diretos do programa psicossocial da fissura, descritos na solicitação
* Manter um espaço dedicado para a realização de serviços e atividades do cuidado psicossocial
* Manter registros financeiros do subsídio para fins de auditoria
* Enviar a documentação necessária sobre todos os pacientes que estão se beneficiando do financiamento psicossocial
* Enviar um Relatório de Financiamento (RF) após a conclusão do período do financiamento
* Estar disponível para visitas do pessoal e de consultores da Smile Train ao local
* Responder a e-mails, pesquisas e perguntas sobre o programa do cuidado psicossocial
	1. **Requisitos do Relatório e da Documentação Psicossocial**
* Os centros parceiros da Smile Train devem enviar a documentação de todas as consultas dos pacientes
* Os centros parceiros da Smile Train que realizarem workshops psicossociais deverão enviar uma **Pesquisa Pós-Workshop** padronizada para todos os participantes ao final do período do financiamento
* Procure o contato local da Smile Train para obter o **Formulário de Relatório do Cuidado Psicossocial** e/ou as **Pesquisas Psicossociais Pós-Workshop**
* O financiamento pode ser retido se o relatório não cumprir os requisitos previstos
	1. **Requisitos do Profissional Psicossocial**

Todos os profissionais psicossociais que oferecerem tratamento a pacientes da Smile Train devem passar por um processo formal de aprovação. Para serem considerados para aprovação da Smile Train, os profissionais devem:

* Ser prestadores de serviços psicossociais (ou seja, psicólogos, terapeutas qualificados, conselheiros, assistentes sociais) que trabalhem com uma equipe de tratamento de fissura
* Enviar um currículo incluindo experiência clínica e/ou treinamento relacionado à fissura

Procure o contato local da Smile Train se tiver dúvidas sobre o processo de aprovação do profissional ou sobre os requisitos.

* 1. **Cuidados e indicações para a equipe de fissura**

A Smile Train empenha-se em apoiar todos os centros parceiros no fornecimento de serviços de alta qualidade para o cuidado completo para fissura (CCC). O CCC requer uma equipe interdisciplinar de fissura, composta por diversos profissionais da área médica trabalhando em conjunto, comunicando-se e colaborando para oferecer os cuidados essenciais para os pacientes com fissura. Todas as áreas do CCC devem ser consideradas nas avaliações e tomadas de decisões sobre tratamentos, e todos os membros da equipe de fissura labiopalatina (cirurgião, fonoaudiólogo, ortodontista etc.) devem conhecer o plano e os objetivos do tratamento do paciente.

Todos os materiais e políticas da Smile Train devem ser analisados com os profissionais da Equipe de Fissura que prestam cuidado por meio desse financiamento.

* 1. **Término e Requisitos Adicionais do Financiamento**

Os parceiros que se beneficiaram do financiamento devem enviar um Relatório de Financiamento (RF) por meio do Portal do Parceiro da Smile Train, a ser entregue 30 dias após o final do período orçamentário concedido.

O período do financiamento pode ser ajustado, se necessário. Os centros parceiros devem se comunicar com o contato local da Smile Train para solicitar uma alteração no período do financiamento.

Nenhum outro financiamento será considerado quando:

* O Relatório de Financiamento não for preenchido e enviado por meio do Portal de Parceiros da Smile Train
* Os registros do paciente e/ou a documentação do cuidado psicossocial estiverem incompletos ou não existirem
* A análise da documentação mostrar evidências de baixa qualidade do cuidado psicossocial e/ou nenhuma melhoria na qualidade do tratamento

**5. AUDITORIAS**

Os parceiros da Smile Train que receberem financiamento psicossocial podem estar sujeitos a auditorias médicas e financeiras. O financiamento pode ser interrompido a qualquer momento se a Smile Train considerar que os fundos dos doadores não estão sendo usados adequadamente.

**Solicitação de Financiamento Psicossocial**

*Esta solicitação offline o ajudará a coletar as informações necessárias para solicitar o financiamento da Smile Train. Se a sua organização nunca recebeu financiamento anteriormente, podem ser solicitadas documentações legais adicionais e informações sobre transferências eletrônicas. Essa solicitação será analisada pela Smile Train e um feedback será fornecido.*

|  |
| --- |
| **INFORMAÇÕES DAS ORGANIZAÇÕES CANDIDATAS**Preencha apenas se a organização for nova na Smile Train |
| **Nome da Organização** |  |
| **Informações de Contato**Endereço, telefone, e-mail, site |  |
| **Tipo de Organização** Exemplo: hospital, sem fins lucrativos, universidade, indivíduo |  |
| **Propriedade** Exemplo: privada, governamental, religiosa |  |

|  |
| --- |
| **INFORMAÇÕES DO CONTATO PRINCIPAL**Deve ser preenchido com informações sobre a pessoa que está supervisionando o financiamento psicossocial |
| **Nome do Contato Principal** |  |
| **Endereço de e-mail**  |  |
| **Cargo e Profissão** |  |

|  |
| --- |
| **SOLICITAÇÃO DE FINANCIAMENTO** |
| **Valor Solicitado em Dólares Americanos:**ou em moeda local, aceita pela Smile Train |  |
| **Qual percentagem dos custos totais do projeto a Smile Train auxiliará com esse financiamento?** |  |
| **De que outras fontes seu centro receberá apoio financeiro para esse projeto psicossocial?**Selecione todos que se aplicam. | * Governo
* Pagamentos de pacientes
* Recursos próprios do centro de tratamento
* Outra organização sem fins lucrativos voltada para fissura
* Outra organização
* Nenhuma
 |
| **Data proposta de início para o período de financiamento:** |  |
| **Data proposta de término para o período de financiamento:** |  |
| **Principal região geográfica atendida:** |  |

|  |
| --- |
| **HISTÓRICO DO PARCEIRO** |
| **Em média, quantos pacientes com fissura estão atualmente recebendo serviços psicossociais por mês em seu centro?** |  |
| **No total, quantos pacientes afetados por fissura receberam tratamento cirúrgico em seu centro nos últimos 12 meses?** |  |
| **Quantos pacientes com fissura devem se beneficiar desse financiamento psicossocial durante o período de financiamento proposto?** |  |
| **Forneça um resumo do seu projeto em uma frase:** |  |

|  |
| --- |
|  NECESSIDADES E OBJETIVOS |
| Quais dos seguintes tipos de serviços psicossociais serão apoiados com esse financiamento? OBSERVAÇÃO: Consulte acima as instruções de inscrição para obter as definições dos tipos de serviço. Os candidatos podem selecionar no máximo dois tipos de serviços psicossociais. Os candidatos devem considerar a equipe e os recursos disponíveis no centro e quais serviços seriam mais apropriados e impactantes para a região/população dos pacientes.  | * Terapia Individual ou em Grupo
* Workshop Psicossocial
 |
| Informe por que você precisa desse financiamento. Forneça informações sobre cada tipo de serviço psicossocial selecionado acima:* Como esse financiamento resolverá os problemas na prestação do cuidado psicossocial para pacientes com fissura palatina em seu centro?
* Como esse financiamento melhorará a qualidade da prestação do cuidado psicossocial e/ou a acessibilidade dos serviços para pacientes com fissura palatina em seu centro?
* Como esse financiamento ajudará a aumentar o número de pacientes com fissura que recebem cuidado psicossocial em seu centro?
* Que objetivos esse financiamento permitirá alcançar?
 |  |
| Descreva em detalhes como você planeja utilizar o financiamento psicossocial da Smile Train, caso seja concedido. Forneça informações sobre cada tipo de serviço psicossocial selecionado acima: * Como você recrutará e selecionará os pacientes?
* Que tipos de atividades/cuidado psicossocial serão oferecidos aos pacientes e em que formatos (individual, em grupo etc.)?
* Quais são as faixas etárias e os perfis dos possíveis beneficiários?
* Com que frequência os pacientes receberão o cuidado psicossocial?
* Como você viabilizará o acompanhamento e a adesão às recomendações clínicas?
 |  |
| Descreva detalhadamente como você incorporará pacientes e cuidadores no plano de tratamento psicossocial, incluindo quais materiais/recursos educacionais você utilizará e distribuirá aos pacientes e familiares.  |  |

|  |
| --- |
|  **DOCUMENTOS COMPLEMENTARES** |
| **A seguinte documentação complementar é OBRIGATÓRIA:****Orçamento detalhado** (em moeda norte-americana e local) Preencha o Modelo de Orçamento de Financiamento Psicossocial da Smile Train para fornecer um detalhamento dos fundos que você está solicitando para cada tipo de serviço psicossocial selecionado na solicitação do financiamento. O orçamento deve demonstrar como o financiamento solicitado será usado para atender às necessidades psicossociais dos pacientes com fissura labiopalatina em seu programa. |