

PROTOCOLO DE ACOMPANHAMENTO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES PARA AS TERAPIAS NO SUS

1. OBJETIVO

Estabelecer regras, responsabilidades e fluxos para o acesso, permanência, rotatividade e continuidade dos atendimentos e terapias ofertadas pelo SUS — incluindo psicologia, fonoaudiologia, psicopedagogia e neuropsicopedagogia, garantindo equidade, priorização clínica, transparência, responsabilidade familiar e organização do cuidado, conforme legislação vigente.

2. FUNDAMENTAÇÃO JURÍDICA

Este protocolo está amparado em:

Constituição Federal (1988)

Art. 196 – Saúde: direito de todos e dever do Estado.

Art. 227 – Prioridade absoluta à criança e ao adolescente.

Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (Lei 8.069/1990)

Art. 4º — Dever da família, sociedade e Estado.

Art. 7º — Direito à saúde.

Art. 22 — Responsabilidade dos pais no cuidado, tratamento e acompanhamento.

Art. 55 — Obrigatoriedade da frequência escolar.

Art. 129, IV, V e VII — Intervenção do Conselho Tutelar em casos de negligência.

3. FLUXO COMPLETO – PASSO A PASSO

3.1 Para Escolas Municipais e CMEIs

Professores e pedagogos observam dificuldades e produzem relatórios pedagógicos e encaminham para equipe multiprofissional da Secretaria de Educação que possui equipe capacitada para conduzir a avaliação da criança.

3.2 Para Rede Estadual

Professores e equipe pedagógica elaboram relatórios que são entregues para a família que procura a Unidade de Saúde para solicitar o encaminhamento para avaliação (neuropsicológica) uma vez que a rede estadual não dispõe de equipe multiprofissional no Núcleo de Educação nem no município de Quedas do Iguaçu, assim, as crianças e adolescentes são encaminhados pelo CISOP para a realização das avaliações necessárias.

4. REGRAS DE PERMANÊNCIA NAS TERAPIAS

A reavaliação é obrigatória a cada 6 meses, para as áreas de fonoaudiologia, psicopedagogia e neuropsicopedagogia devendo ser realizada sempre que a criança ou adolescente completar seis meses de acompanhamento.

A continuidade do tratamento depende dessa reavaliação para entender as necessidades e adequar os atendimentos.

4.1. PARA AS PSICOTERAPIAS

Para a terapia com psicólogo os pacientes irão passar pelo processo da triagem, realizadas pelos psicólogos para a classificação do nível de urgência de atendimento e assim a quantidade de

sessões, podendo ser:

Baixo: 8 sessões, 1x por semana;

Médio: 12 sessões, 1x por semana;

Alto: 16 sessões, 1x por semana.

Ao término das sessões, conforme avaliação psicológica, pode ser estendido para mais 8 sessões.

5. REGRAS DE FALTAS

Duas (02) faltas consecutivas ou três (03) faltas alternadas sem aviso prévio resultarão em desligamento do paciente do atendimento e se houver necessidade de continuidade do atendimento, será colocado ao final da fila.

6. RESPONSABILIDADE DA FAMÍLIA – ECA ART. 22

A família deve:

1. Garantir a presença;
2. Cumprir atividades de casa;
3. Participar das avaliações;
4. Justificar faltas;
5. Manter comunicação ativa com escola e saúde.

7. CRITÉRIOS PARA ALTA

A alta terapêutica será concedida pelo profissional responsável do atendimento, após avaliação da evolução e superação das dificuldades que motivaram o encaminhamento ou após 1 ano de terapia, ressaltando que a alta não depende de documento médico externo, pois o profissional possui autonomia técnica para encerramento do atendimento quando identificar que as metas terapêuticas foram alcançadas.

FLUXOGRAMA

↳ ESCOLAS MUNICIPAIS/CMEI'S → AVALIAÇÃO PEDAGÓGICA NA ESCOLA → SECRETARIA DE EDUCAÇÃO (avaliação Equipe Multiprofissional) → PSICOTERAPIAS (quando indicado) → MÉDICO NEUROPEDIATRA, PSIQUIATRA OU PEDIATRA (quando indicado) → LAUDO FINAL.

↳ ESCOLA ESTADUAL → AVALIAÇÃO PEDAGÓGICA NA ESCOLA → UNIDADE DE SAÚDE → CONSULTA MÉDICA → ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO NEUROPSICOLOGA → PSICOTERAPIAS (quando indicado) → MÉDICO NEUROPEDIATRA, PSIQUIATRA OU PEDIATRA (quando indicado) → LAUDO FINAL.

ANEXO I

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO PARA AS TERAPIAS REALIZADAS NO SUS

OBJETO DO CONTRATO

O presente contrato tem por objeto regulamentar as responsabilidades, deveres e condutas referentes à participação do paciente nas terapias oferecidas pelo SUS, bem como as obrigações do profissional responsável pelo atendimento.

1. RESPONSABILIDADES DO PACIENTE / RESPONSÁVEL (CRIANÇAS)

Quando o atendimento for para crianças/adolescentes, o responsável legal compromete-se a:

1. Garantir a presença da criança/adolescente nos atendimentos, nos dias e horários definidos pela equipe.
2. Justificar previamente qualquer ausência, sempre que possível.
3. Entregar documentos solicitados pela equipe dentro dos prazos necessários.
4. Seguir as orientações fornecidas pelos profissionais, incluindo atividade e recomendações domiciliares.
5. Manter comportamento respeitoso e colaborativo durante o atendimento e nas dependências do serviço.
6. Informar mudanças de telefone, endereço ou condições de saúde.

2. RESPONSABILIDADES DO PACIENTE (ADULTO)

O paciente adulto atendido pelo SUS compromete-se a:

1. Comparecer aos atendimentos conforme agendado.
2. Justificar previamente ausências sempre que possível.
3. Cumprir orientações e atividades prescritas pelos profissionais.
4. Manter postura respeitosa e colaborar com o processo terapêutico.
5. Informar mudanças de telefone, endereço ou condições de saúde.

3. REGRAS DE FALTAS

Duas (02) faltas consecutivas ou três (03) faltas alternadas sem aviso prévio resultarão em desligamento do paciente do atendimento e se houver necessidade de continuidade do atendimento, será colocado ao final da fila.

4. RESPONSABILIDADES DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

O profissional de saúde responsável pelo atendimento compromete-se a:

1. Realizar as terapias conforme protocolos técnicos, éticos e legais.
2. Realizar avaliações periódicas e registrar evolução, reavaliação e condutas necessárias.
3. Entregar relatórios, laudos e documentos que fazem parte da rotina profissional.
4. Comunicar ao paciente/responsável sobre condutas, encaminhamentos e orientações relevantes.
5. Respeitar o sigilo profissional e tratar o paciente com dignidade, ética e responsabilidade.

6. Registrar faltas, intercorrências e descontinuação terapêutica, quando necessário.
7. Encaminhar o paciente para alta quando os objetivos terapêuticos forem atingidos, ressaltando que a alta não depende de documento médico externo, pois o profissional possui autonomia técnica para encerramento do atendimento quando identificar que as metas terapêuticas foram alcançadas.

5. DA DESCONTINUAÇÃO E REINserÇÃO NO SERVIÇO

Em caso de descumprimento das regras de assiduidade, o paciente será retirado do atendimento, podendo retornar mediante:

1. Documento médico justificando a necessidade de retomada;
2. Reinserção obrigatória no final da fila de espera;

DECLARAÇÃO

Declaro que li, compreendi e estou ciente de todas as regras aqui estabelecidas, responsabilizando-me pelo seu cumprimento.

Paciente/Responsável: _____

Profissional de Saúde: _____ Data: ____/____/____

ANEXO II

TERMO DE DESISTÊNCIA DAS TERAPIAS NO SUS

Eu _____ CPF Nº _____

Residente e domiciliado em _____

na qualidade de paciente/responsável legal, declaro para os devidos fins que:

1. DESISTO voluntariamente da continuidade das terapias ofertadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) nas áreas de _____.
2. Estou ciente de que, conforme normas de organização da Secretaria Municipal de Saúde, após a desistência, não serão realizados novos agendamentos de terapias de forma imediata, devendo retornar para fila de espera.
3. Fui informado(a) de que, mesmo com a suspensão dos agendamentos, posso procurar a Unidade de Saúde a qualquer momento para solicitar novo encaminhamento e retornar para a fila de espera, respeitando os fluxos e critérios estabelecidos.
4. Caso o paciente seja criança ou adolescente: declaro estar ciente de que esta desistência será comunicada ao Conselho Tutelar, exclusivamente para conhecimento e acompanhamento, conforme legislação de proteção integral da criança e do adolescente.
5. Declaro que recebi todas as informações de forma clara, tive oportunidade de esclarecer dúvidas e assino este termo de livre e espontânea vontade.

Quedas do Iguaçu ____/____/____

Assinatura do paciente ou responsável: _____

Nome do paciente (se criança/adolescente): _____

Assinatura do profissional responsável: _____