

INSTITUTO FEDERAL DE SANTA CATARINA

JENIFER DE MELO

MULTIDISCIPLINARIDADE NOS ATENDIMENTOS REALIZADOS PELO
NÚCLEO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL AO PACIENTE ESPECIAL – NAIFE
DURANTE OS ANOS DE 2015 E 2016

JOINVILLE

2018

JENIFER DE MELO

MULTIDISCIPLINARIDADE NOS ATENDIMENTOS REALIZADOS PELO
NÚCLEO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL AO PACIENTE ESPECIAL - NAIPE -
DURANTE OS ANOS DE 2015 E 2016

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Tecnologia
em Gestão Hospitalar do Câmpus
Joinville do Instituto Federal de Santa
Catarina para obtenção do diploma de
Tecnólogo em Gestão Hospitalar.

Orientadora: Caroline Orlandi Brilinger

Joinville

2018

Melo, Jenifer de
Multidisciplinaridade nos atendimentos realizados
pelo Núcleo de Assistência Integral ao Paciente Especial -
NAIPE durante os anos de 2015 e 2016 / Jenifer de
Melo ; orientação de Caroline Orlandi Brilinger.
Joinville, SC, 2018.

57 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) - Instituto Federal
de Santa Catarina, Câmpus Joinville. Superior
de Tecnologia em Gestão Hospitalar. .
Inclui Referências.

1. Deficiência Intelectual. 2. Atendimento Multiprofissional
3. Inclusão Social. 4. NAIPE. I. Brilinger,
Caroline Orlandi . II. Instituto Federal de Santa Catarina.
. III. Título.

MULTIDISCIPLINARIDADE NOS ATENDIMENTOS REALIZADOS PELO
NÚCLEO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL AO PACIENTE ESPECIAL - NAIFE -
DURANTE OS ANOS DE 2015 E 2016

JENIFER DE MELO

Este trabalho foi julgado adequado para a obtenção do título de Tecnólogo em
Gestão Hospitalar e foi considerado Aprovado em sua forma final pela banca
avaliadora abaixo assinada.

Joinville, 9 de Abril de 2018

BANCA AVALIADORA

Presidente

Avaliador

Avaliador

AGRADECIMENTO

Primeiramente a Deus, por me conceder saúde e força para superar as dificuldades.

Agradeço a todos os professores por me proporcionar o conhecimento não apenas racional, mas a manifestação do caráter e afetividade da educação no processo de formação profissional, por tanto que se dedicaram a mim, não somente por terem me ensinado, mas por terem me feito aprender.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

“Nenhum de nós é tão bom quanto todos nós juntos”.

Ray Kroc

RESUMO

O presente estudo tem como temática principal a multidisciplinaridade nos atendimentos realizados pelo Núcleo de Assistência Integral ao Paciente Especial – NAIPE durante os anos de 2015 e 2016. O NAIPE é uma instituição de saúde pública regida pela Secretaria Municipal de Saúde de Joinville, considerado uma referência nacional à pessoa com Deficiência Intelectual. Diante disso, algumas reflexões começaram a delinear-se, tendo como objetivo primordial a caracterização do atendimento multidisciplinar aos pacientes com Deficiência Intelectual. O trabalho inicia-se com uma revisão bibliográfica sobre o tema abordado, aprofundando os conceitos de Deficiência Intelectual, suas principais causas e o conceito de inclusão social, bem como uma revisão das diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência e a diferenciação dos conceitos de multi, pluri, inter e transdisciplinaridade. A segunda etapa do estudo desenvolveu-se por meio de coleta de dados que foi realizada nas dependências do NAIPE durante os meses de junho a setembro de 2017, na qual foram verificadas as agendas de 2015 e 2016 a fim de separar os prontuários que deveriam ser analisados. Foram coletados as informações de diagnóstico do paciente, idade, bairro e especialidades das consultas realizadas. Posteriormente os dados foram organizados bem como analisados traçando o perfil de atendimento da instituição durante o período estudado. Após análise dos dados coletados pode-se perceber que cerca de 50% do atendimento realizado pelo NAIPE pode ser considerado multidisciplinar por apresentar três ou mais atendimentos de diferentes profissionais. Cabe salientar que o compromisso assumido pela instituição, bem como pelos seus colaboradores, no que tange o desafio da Política Nacional com Deficiência na inclusão das pessoas com deficiências vem trazendo resultados positivos para a sociedade. Este trabalho analisou o atendimento multidisciplinar dos atendimentos do NAIPE, porém a Instituição tem a preocupação com o atendimento interdisciplinar e transdisciplinar, necessitando a realização de pesquisas nesta área que possam comprovar esses atendimentos aos pacientes com Deficiência Intelectual.

Palavras chaves: Deficiência Intelectual. Atendimento Multidisciplinar. Inclusão Social. NAIPE

ABSTRACT

The main subject of this study is the multidisciplinary care provided by the Integral Care Unit for the Special Patient - NAIPE during the years 2015 and 2016. The NAIPE is a public health institution governed by the Municipal Health Department of Joinville, considered a reference person with Intellectual Disability. Therefore, some reflections began to be drawn, with the main objective being the characterization of multidisciplinary care for patients with Intellectual Disability. The work begins with a bibliographical review on the subject, deepening the concepts of Intellectual Disability, its main causes and the concept of social inclusion, as well as a review of the guidelines of the National Policy on the Health of Persons with Disabilities and the differentiation of concepts of multi, pluri, inter and transdisciplinarity. The second stage of the study was developed through data collection that was performed at NAIPE's premises during the months of June to September 2017, in which the agendas of 2015 and 2016 were verified in order to separate the medical records that should be analyzed. The diagnostic information of the patient, age, neighborhood and specialties of the consultations were collected. Subsequently the data were organized as well as analyzed charting the profile of the institution's care during the period studied. After analyzing the collected data, it can be seen that about 50% of the care performed by NAIPE can be considered multidisciplinary for presenting three or more calls from different professionals. It should be noted that the commitment made by the institution, as well as by its employees, regarding the challenge of the National Disability Policy in the inclusion of people with disabilities has brought positive results to society. This study analyzed the multidisciplinary care of NAIPE patients, but the Institution is concerned with interdisciplinary and transdisciplinarity care, requiring research in this area that can prove these services to patients with Intellectual Disability.

Keywords: Intellectual Disability. Multidisciplinary Service. Social Inclusion. NAIPE

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|---|----|
| Figura 1 – Modelo de Jantsch..... | 23 |
| Figura 2 – Amostra de Prontuários 2015..... | 26 |
| Figura 3 – Amostra de Prontuários 2016..... | 27 |
| Figura 4 – Casa 1 e Casa 2 NAIPE..... | 29 |
| Figura 5 – Colaboradores e Trabalhos Realizados pelo NAIPE..... | 30 |
| Figura 6 – Fluxograma de Atendimento..... | 31 |
| Figura 7 – Laboratório de Teatro e Jardim Sensorial..... | 33 |
| Figura 8 – Gráfico: Distribuição de Pacientes Atendidos nos anos 2015 e 2016 por Profissional..... | 43 |
| Figura 9 – Multidisciplinaridade..... | 44 |
| Figura 10 – Modelo de Registro de Atendimento Multidisciplinar..... | 47 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|----|
| Quadro 1 – Principais Causas da Deficiência..... | 18 |
| Quadro 2 – Diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência.... | 21 |
| Quadro 3 – Planos de Atendimentos do NAIPE..... | 34 |
| Quadro 4 – Bairros e Sub-regiões | 38 |
| Quadro 5 – Modelo de Planilha de Dados..... | 43 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1 – Distribuição de Pacientes Atendidos por Planos de Atendimento em 2015 e 2016..... | 35 |
| Tabela 2 – Porcentagem de Pacientes com DI Avaliados na Pesquisa..... | 36 |
| Tabela 3 – População de Joinville 2015 e 2016..... | 36 |
| Tabela 4 – Distribuição de Pacientes Atendidos por Gênero em 2015 e 2016..... | 37 |
| Tabela 5 – Distribuição de Pacientes Atendidos por Região em 2015 e 2016..... | 39 |
| Tabela 6 – Distribuição de Pacientes Atendidos em 2015 e 2016 por Causa Segundo o Diagnóstico..... | 40 |

LISTA DE SIGLAS

AAIDD - Associação Americana de Deficiência Intelectual e Desenvolvimento – (sigla em inglês)

AV – Avaliação

DI – Deficiência Intelectual

EMAP – Equipes Multiprofissionais de Apoio

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

NAIPE – Núcleo de Assistência Integral ao Paciente Especial

OMS – Organização Mundial da Saúde

PA – Paciente em Avaliação

PNSPD - Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência

PP – Paciente Permanente

PROGESUS - Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e Educação no Sistema Único de Saúde

SMS – Secretaria Municipal da Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO..... | 12 |
| 1.1 OBJETIVOS..... | 13 |
| 1.1.1 Objetivo Geral..... | 13 |
| 1.1.2 Objetivo Específico..... | 13 |
| 1.2 JUSTIFICATIVA..... | 14 |
| 2 REFERENCIAL TEÓRICO..... | 16 |
| 2.1 DEFICIÊNCIA INTELECTUAL..... | 16 |
| 2.1.1 Principais Causas da Deficiência Intelectual..... | 17 |
| 2.1.2 Inclusão Social do Deficiente Intelectual..... | 19 |
| 2.2 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA..... | 19 |
| 2.3 MULTI, PLURI, INTER E TRANSDISCIPLINARIDADE..... | 22 |
| 3 METODOLOGIA..... | 25 |
| 3.1 TIPO DE PESQUISA..... | 25 |
| 3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA..... | 25 |
| 3.3 COLETA DE DADOS..... | 27 |
| 3.4 ANÁLISE DE DADOS..... | 28 |
| 4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS..... | 29 |
| 4.1 NÚCLEO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL AO PACIENTE ESPECIAL – NAIPE..... | 29 |
| 4.1.1 Serviços Oferecidos pelo NAIPE..... | 30 |
| 4.2 PERFIL DOS PACIENTES ATENDIDOS PELO NAIPE EM 2015 E 2016..... | 34 |
| 4.2.1 Faixa Etária..... | 34 |
| 4.2.2 Gênero..... | 35 |
| 4.2.3 Distribuição dos Pacientes por Região..... | 37 |
| 4.2.4 Diagnóstico dos Pacientes..... | 39 |
| 4.3 MULTIDISCIPLINARIDADE DOS ATENDIMENTOS..... | 42 |
| 4.4 Sugestão de Melhorias..... | 45 |
| 5 CONCLUSÃO..... | 48 |
| REFERÊNCIAS..... | 51 |
| ANEXO A – Autorização de Pesquisa pelo ProgeSUS..... | 55 |
| ANEXO B – Protocolo de Encaminhamento do NAIPE..... | 56 |

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, o conceito de Deficiência Intelectual mais divulgado tem como base o sistema de classificação da Associação Americana de Deficiência Intelectual e Desenvolvimento - AAIDD (sigla em inglês). Segundo essa definição, a Deficiência Intelectual - DI é compreendida como uma condição caracterizada por limitações nas habilidades adaptativas, sociais e práticas, tanto no funcionamento intelectual, quanto no comportamento adaptativo, manifestando-se antes dos dezoito anos de idade (GARGHETTI; MEDEIROS; NUERNBERG, 2013).

Ao longo da história observam-se diferentes formas de ver as pessoas portadoras de DI, passando pelo misticismo, abandono, extermínio, caridade, segregação, exclusão, integração e, atualmente, o processo de inclusão. Com o passar dos anos, o direito do homem à igualdade foi se tornando motivo de preocupação, fazendo com que a percepção em relação às pessoas portadoras de DI começa-se a mudar (GARGHETTI; MEDEIROS; NUERNBERG, 2013).

Os direitos das pessoas com DI foram proclamados em meados da década de 70 e, segundo Pedroso e Shinohara (2010, p. 140), “retratam o direito ao trabalho, e a necessidade de criação de políticas públicas para o exercício profissional, com igualdade e apoio às necessidades que o deficiente intelectual possa encontrar”. Assim, começa-se a pensar na inclusão social das pessoas com DI. Segundo Rocha (2014, p. 20): “Inclusão Social é oferecer aos mais necessitados oportunidades de acesso a bens e serviços, dentro de um sistema que beneficie a todos independente de sua condição”.

Para ofertar os serviços de apoio às pessoas com DI faz-se necessário a criação de centros especializados com equipes preparadas para auxiliar no diagnóstico, na habilitação, na reabilitação e na inclusão destas pessoas.

De acordo com Carvalho e Marciel (2003, p. 148), a DI “é uma condição complexa. Seu diagnóstico envolve a compreensão da ação combinada de quatro grupos de fatores etiológicos - biomédicos, comportamentais, sociais e educacionais”. Além do diagnóstico, é necessário trabalhar com estas pessoas a oportunidade de desenvolver suas habilidades adaptativas, sociais e práticas. Os centros especializados devem contar com uma equipe multidisciplinar para auxiliar no desenvolvimento e valorização pessoal destas pessoas, contribuindo com a inclusão social.

A equipe multidisciplinar de saúde deve ser um elemento facilitador do processo de adaptação e inclusão social através da prática de um trabalho interprofissional e interdisciplinar proporcionado pelo conjunto de saberes, de conhecimentos e de experiências trazido por cada um (SEVERO; SEMINOTTI, 2010).

As pessoas portadoras de DI possuem condições de serem capacitadas e incluídas no mercado de trabalho, tanto quanto aquelas portadoras de outras deficiências. Para assegurar todo o atendimento necessário à pessoa portadora de DI, a cidade de Joinville, Santa Catarina, conta com o Núcleo de Assistência Integral ao Paciente Especial - NAIPE, um serviço proporcionado pelo Sistema Único de Saúde - SUS.

O NAIPE atua a 16 anos no atendimento de pessoas com Deficiência Intelectual e visa prestar um atendimento multidisciplinar a todos os seus pacientes, porém, a atual forma de registro dos prontuários dificulta a verificação da multidisciplinaridade. O NAIPE trabalha com prontuários de papel, onde se encontra os dados do paciente, histórico médico e as evoluções de todos os profissionais que lhe atenderam, não havendo outro tipo de registro das atividades desenvolvidas pelos profissionais sendo uma demanda da instituição a averiguação dos dados para a comprovação da multidisciplinaridade de seus atendimentos.

Diante deste cenário, surge a problemática: O atendimento realizado pelo NAIPE pode ser caracterizado como multidisciplinar?

1.1 OBJETIVO

1.1.1 Objetivo Geral

Verificar a multidisciplinaridade do atendimento ao usuário realizado pelo Núcleo de Assistência Integral ao Paciente Especial, durante os anos de 2015 e 2016.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Identificar o número de pacientes atendidos pelo Núcleo de Assistência Integral ao Paciente Especial, durante os anos de 2015 e 2016;

- Traçar o perfil dos pacientes atendidos;
- Avaliar a possibilidade de melhoria no registro de prontuários para acompanhamento da multidisciplinaridade do atendimento.

1.2 JUSTIFICATIVA

Segundo os dados da Organização Mundial de Saúde - OMS - cerca de 10% da população mundial possuem algum tipo de deficiência. Desse número, cerca da metade é composta por pessoas com alguma Deficiência Intelectual - DI (RODRIGUES, 2008).

Conforme dados do censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE - do ano de 2010, o Brasil possui 23,9% de pessoas com deficiência, cerca de 45 milhões de indivíduos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Joinville possui 515.288 habitantes conforme o Censo de 2010 do IBGE; destes, 100.185 se consideraram com algum tipo de deficiência. Esse número representa 23,9% da população sendo que o grupo de pessoas que se declararam Deficientes Intelectuais contabiliza 4.827 de pessoas representando 1,37% da população joinvilense e 4,81% entre os declarados deficientes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Para o atendimento dessa porcentagem da população, Joinville conta com o Núcleo de Assistência Integral ao Paciente Especial - NAIPE, um serviço de saúde público municipal, considerado uma referência nacional no atendimento à pessoa com DI.

A idéia de aprofundar os estudos sobre as pessoas portadoras de DI surgiu após a realização de um estágio curricular realizado para o curso de Tecnólogo em Gestão Hospitalar, no Núcleo de Assistência Integral ao Paciente Especial - NAIPE, durante os anos 2015 e 2016.

Durante o estágio curricular e após conversas com a coordenadora da instituição surgiu a questão de como verificar se os serviços prestados pelos profissionais do NAIPE são os mesmos oferecidos pelo protocolo de atendimento. Notou-se que, apesar de o NAIPE possuir um protocolo de atendimento multidisciplinar existe poucos registros e estudos sobre seus atendimentos, necessitando coletar os dados dos pacientes, a fim de definir o perfil dos pacientes

atendidos, sendo uma demanda da instituição a comprovação da multidisciplinaridade de seus atendimentos, para o direcionamento de suas atividades.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste referencial teórico procurou-se aprofundar os conhecimentos sobre o conceito de Deficiência Intelectual e o processo de inclusão social. O trabalho leva em consideração a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, do Ministério da Saúde, que regula as ações a serem desenvolvidas para a pessoa com deficiência e descreve as principais causas das deficiências e proporciona as diretrizes a serem implantadas nas três esferas de gestão, dentro dos centros de habilitação e reabilitação. Para concluir, foram abordados os conceitos sobre a multidisciplinaridade, a pluridisciplinaridade, a Interdisciplinaridade e a Transdisciplinaridade. Estes tipos de trabalhos são exercidos nos centros de habilitação e reabilitação e necessários para o desenvolvimento da pessoa portadora de Deficiência Intelectual e sua inclusão social.

2.1 DEFICIÊNCIA INTELECTUAL

Todas as pessoas são iguais. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009, p. 32) “Todas as pessoas devem ser reconhecidas como seres integrais, dignos, com direito à integridade física e moral”. O que diferencia as pessoas são suas histórias de vida, como nasceram; como cresceram e quais oportunidades tiveram para se desenvolver. A sociedade tem o dever de assegurar a todos a igualdade de oportunidades em todas as situações de vida, para que todos, sem distinção possam desenvolver seus potenciais (BRASIL, 2009).

Durante muito tempo; as pessoas consideradas diferentes da sociedade, ou seja, que possuíam algum tipo de deficiência; sofriam discriminações, eram isoladas e excluídas da sociedade. Esta situação começou a mudar quando o direito do homem a igualdade tornou-se motivo de preocupação. As pessoas portadoras de deficiência precisam freqüentar serviços de apoio para seu tratamento, mas a sociedade precisa se organizar de forma a garantir o acesso das pessoas aos serviços de saúde e conseqüentemente a inclusão social (GARGHETTI; MEDEIROS; NUERNBERG, 2013).

Sassaki (2005) afirma que entre década de 80 e 90, o termo utilizado para designar essas pessoas era deficiência mental. Antes disso, muitos outros termos já existiram. Atualmente há uma tendência de se usar o termo Deficiência Intelectual -

DI, sendo o termo mais apropriado por referir-se ao funcionamento do intelecto especificamente e não ao funcionamento da mente como um todo.

O conceito de DI mais divulgado tem como base o sistema de classificação da Associação Americana de Deficiência Intelectual e Desenvolvimento – AAIDD (sigla em inglês). Segundo essa definição, a DI é compreendida como uma condição caracterizada por limitações nas habilidades adaptativas, sociais e práticas, tanto no funcionamento intelectual, quanto no comportamento adaptativo, manifestando-se antes dos dezoito anos de idade (GARGHETTI; MEDEIROS; NUERNBERG, 2013). Logo, a DI deve ser compreendida como uma interação entre o funcionamento intelectual e as suas relações com o contexto social.

Com o passar dos anos, as concepções sobre as pessoas com deficiência foram se transformando e se ampliando, tanto nas mudanças ocorridas na sociedade quanto na evolução do campo científico (GARGHETTI; MEDEIROS; NUERNBERG, 2013). Os direitos de igualdade das pessoas com DI só foram proclamados em meados da década de 70 e, segundo Pedroso e Shinohara (2010, p. 140) “retratam o direito ao trabalho, e a necessidade de criação de políticas públicas para o exercício profissional, com igualdade e apoio às necessidades que o deficiente intelectual possa encontrar”.

O Brasil tem investido em vários projetos de acessibilidade para todos os tipos de deficiência, visando à superação dos preconceitos e da discriminação para promover a inclusão social. Para realizar o planejamento das ações necessárias à inclusão social faz-se importante o conhecimento das principais causas das deficiências, assunto que será abordado a seguir.

2.1.1 Principais Causas da Deficiência Intelectual

Um dos grandes desafios do diagnóstico da DI é identificar a causa da deficiência. Existem diversos fatores de risco que podem levar à deficiência. Estes fatores são compostos de quatro categorias: biomédicos, sociais, comportamentais e educacionais. Os fatores podem ser descritos de acordo com o momento de ocorrência, como: pré-natais (durante a gestação) incluindo síndromes genéticas, erros inatos do metabolismo, malformações encefálicas e influências ambientais (álcool, drogas, toxinas), perinatais que incluem diversos eventos no trabalho de

parto e no nascimento e pós- natais (após o nascimento) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2012).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência descreve as principais causas das Deficiências e um meio de evitá-la, através das políticas públicas, da promoção e prevenção da saúde, como demonstra o Quadro 1.

Quadro 1 – Principais Causas da Deficiência.

| Principais Causas das Deficiências | Descrição | Evitabilidade |
|---|---|---|
| As hereditárias Congênitas | Aparecem por questões genéticas (no feto) | Exames pré-natais específicos; e serviço de genética clínica para aconselhamento genético aos casais. |
| As decorrentes da falta de assistência. Assistência inadequada às mulheres durante a gestação ou parto. | Devido falta de informação das gestantes, ou falta de equipes adequadas à demanda do local. | Investimento e melhoria da qualidade do pré-natal, parto e pós-parto. |
| A desnutrição | Acomete famílias de baixa renda, especialmente crianças a partir de um ano de vida. | Políticas Públicas e Empresariais de distribuição de renda, criação de emprego e melhoria das condições gerais da vida da população. |
| As que são consequência de doenças transmissíveis | Como rubéola, o sarampo, paralisia infantil, as doenças sexualmente transmissíveis (como sífilis na gestação) | Ações de Proteção e Promoção da Saúde, como informação, vacinação e exames pré-natais |
| As doenças e eventos crônicos. | Hipertensão, diabetes, o infarto, o acidente vascular cerebral (AVC). | Incentivo a mudança de hábitos de vida e alimentares, diagnóstico precoce e tratamento adequado. |
| As perturbações psiquiátricas. | Podem levar a pessoa a viver situações de risco pessoal | Evitáveis por meio da proteção à infância, do diagnóstico precoce da assistência multiprofissional e do uso de medicamentos apropriados. |
| Os traumas e as lesões. | Associados ao abuso de álcool e drogas | Políticas Públicas integradas e multisetoriais para a redução da violência, melhoria das condições de vida (habitação, escolaridade, oportunidades, arte, lazer) e de mudanças de hábitos da população. |

Fonte: Adaptado de BRASIL (2010).

Essas informações servem como base para tomada de decisão do gestor, a partir do conhecimento destas causas é possível criar as estratégias necessárias a fim de promover a inclusão social da pessoa com DI. O conceito de inclusão social será abordado no item a seguir.

2.1.2 Inclusão Social do Deficiente Intelectual

A inclusão é um processo lento que acontece gradualmente, com avanços e retrocessos, porque os seres humanos são de diferentes naturezas, possuem preconceitos e maneiras diferentes de entender o mundo que os rodeia (Rocha, 2014). Incluir as pessoas portadoras de DI significa respeitar as necessidades de sua condição e possibilitar o acesso aos serviços públicos, aos bens culturais e artísticos e aos produtos decorrentes do avanço social (BRASIL, 2010).

Incluir significa inserir ou introduzir. Segundo Rocha (2014, p. 20): “Inclusão é o ato de incluir. Assim, a inclusão social das pessoas com deficiências significa torná-las participantes da vida social.” Conforme Rodrigues (2008, p. 25) a inclusão social “Implica em oferecer à pessoa com deficiência condições de vida tão normais quanto seja possível para todas as pessoas”. A sociedade e os profissionais da saúde devem agir de forma facilitadora para que possam eliminar as barreiras e oferecer as condições necessárias para que todas as pessoas desenvolvam suas potencialidades.

A inclusão social parte do mesmo pressuposto da integração, ou seja, do direito da pessoa com deficiência à igualdade de acesso ao espaço da vida em sociedade (Aranha, 2001). A ideia de inclusão reconhece e aceita a diversidade no mundo social, isto é, significa a garantia de acesso dos portadores de DI a todas as oportunidades (Rocha, 2014).

Para assegurar os direitos de inclusão das pessoas com deficiência foi criado a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência cujo conceito e suas diretrizes serão abordadas a seguir.

2.2 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência – PNSPD é o resultado de uma longa mobilização e movimentos institucionais que visa à busca

contínua da acessibilidade e da inclusão social das pessoas com deficiência. A Portaria MS/GM nº 1.060, de 5 de junho de 2002, instituiu a PNSPD a qual define um amplo leque de possibilidades que vai da prevenção de agravos à proteção da saúde, passando pela habilitação e reabilitação da pessoa com deficiência na sua capacidade funcional, contribuindo para a sua inclusão social (BRASIL, 2009).

O processo de reabilitação envolve o desenvolvimento da capacidade funcional e das habilidades de desempenho da pessoa, dos recursos pessoais e dos comunitários, visando o máximo de independência e a participação social das pessoas com DI (BRASIL, 2009). Faz-se necessário a distinção entre habilitação e reabilitação. A primeira visa ajudar os que possuem deficiências congênitas ou adquiridas na primeira infância a desenvolver sua máxima funcionalidade enquanto que a segunda visa ajudar aqueles que tiveram perdas funcionais a readquiri-las (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2012).

O desafio da PNSPD é a inclusão das pessoas com deficiências em toda a rede de serviços do Sistema Único de Saúde - SUS, e caracteriza-se por reconhecer a necessidade de implantar novos processos de resposta rápida às questões de atenção a saúde aos pacientes com deficiência (BRASIL, 2010). Neste seguimento, as ações de saúde visam integrar as pessoas com DI à sociedade.

A PNSPD traz as diretrizes a serem implantadas nas três esferas de gestão da saúde que servem como norteadores na criação de estabelecimentos de saúde que visem à habilitação e a reabilitação das pessoas com DI como se observa no Quadro 2.

Na diretriz “Capacitação de Recursos Humanos” observa-se a necessidade de profissionais habilitados para a realização do diagnóstico, bem como a conscientização de que as pessoas com DI possuem limitações dentro de seu diagnóstico faz-se necessária, para que estas limitações possam ser trabalhadas, desenvolvidas no momento correto para cada paciente, assegurando assim a sua participação na sociedade. No processo de diagnóstico é importante observar três critérios: o funcionamento intelectual, o comportamento adaptativo, e a idade de início das manifestações de atraso de desenvolvimento (RODRIGUES, 2008).

Outra diretriz da PNSPD, “a Organização e Funcionamento dos Serviços”, como se pode observar no Quadro 2, visa o fortalecimento dos movimentos institucionais voltados à busca contínua da ampliação da acessibilidade e da

inclusão. Assim como a melhoria do acesso as estruturas físicas, as informações e aos bens e serviços disponíveis aos usuários com deficiência no SUS.

Quadro 2 – Diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência.

| Diretrizes | Descrição | Ações na saúde |
|--|--|--|
| Promoção da Qualidade de Vida | A responsabilidade social deve ser compartilhada, visa assegurar a igualdade de oportunidade, a construção de ambientes acessíveis e a ampla inclusão sociocultural. | Busca tornar acessível, as unidades de saúde, assegurar a representação das pessoas com deficiência nos Conselhos de Saúde, avaliando as ações levadas a efeito nas esferas municipal, estadual e federal. |
| Prevenção de Deficiências | Alto grau de sensibilidade intersetorial, unindo esforços a outras áreas como: educação, segurança, trânsito, assistência social, direitos humanos, esporte, cultura, comunicação e mídia, entre outras, para atuação potencializada. | Busca implementar estratégias de prevenção, ações de imunização, acompanhamento as gestantes, exames para recém-nascidos, acompanhamento do crescimento infantil. |
| Atenção Integral a Saúde | Responsabilidade direta do Sistema Único de Saúde e sua rede de unidades, voltada aos cuidados que devem ser dispensados às pessoas com deficiência, assegurando acesso às ações básicas e de maior complexidade, à reabilitação e demais procedimentos que se fizerem necessários. | Devem-se trabalhar os processos de Acolhimento, Atenção Básica, Referência e Contra-referências, voltados às especificidades das pessoas com deficiência para que elas possam ter acesso às Unidades de Saúde. |
| Melhoria dos Mecanismos de Informação | Refere-se à melhoria necessária nos mecanismos de registro e coleta de dados sobre as pessoas com deficiências. | Aperfeiçoamento dos sistemas nacionais de informação do SUS e à construção de indicadores e parâmetros específicos para esta área, com o desenvolvimento de estudos epidemiológicos, clínicos e de serviços, e com estímulo às pesquisas em saúde e deficiência. |
| Capacitação de Recursos Humanos | Mostra-se de suma importância, tendo em vista que as relações em saúde são baseadas essencialmente na relação entre as pessoas. | Profissionais permanentemente atualizados, capacitados e qualificados tanto na rede básica quanto nos serviços de reabilitação potencializam os cuidados às pessoas com deficiência e usuários do SUS. |
| Organização e Funcionamento dos Serviços | Pretende-se que os serviços de atenção às pessoas com deficiência se organizem como uma rede de cuidados, de forma descentralizada, intersetorial e participativa, tendo as Unidades Básicas de Saúde como porta de entrada para as ações de prevenção e para as Intercorrências gerais da saúde da população com deficiência. | A inclusão da assistência aos familiares é essencial para um atendimento humanizado e eficaz; com ações de apoio psicossocial, orientações de vida diária e suporte especializado em situações de internamento (hospitalar/domiciliar). |

Fonte: Adaptado de BRASIL (2010).

Os centros de habilitação e reabilitação devem ser multiprofissionais e trabalhar de forma interdisciplinar, envolvendo as famílias, as unidades básicas de saúde e as comunidades, buscando recursos que facilitem o processo de inclusão da pessoa com deficiência (BRASIL, 2010). O próximo item discorrerá sobre conceitos e considerações sobre o atendimento multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade, interdisciplinaridade e Transdisciplinaridade, para melhor compreender o caminho da construção das equipes de habilitação e reabilitação em saúde.

2.3 MULTI, PLURI, INTER E TRANSDISCIPLINARIDADE.

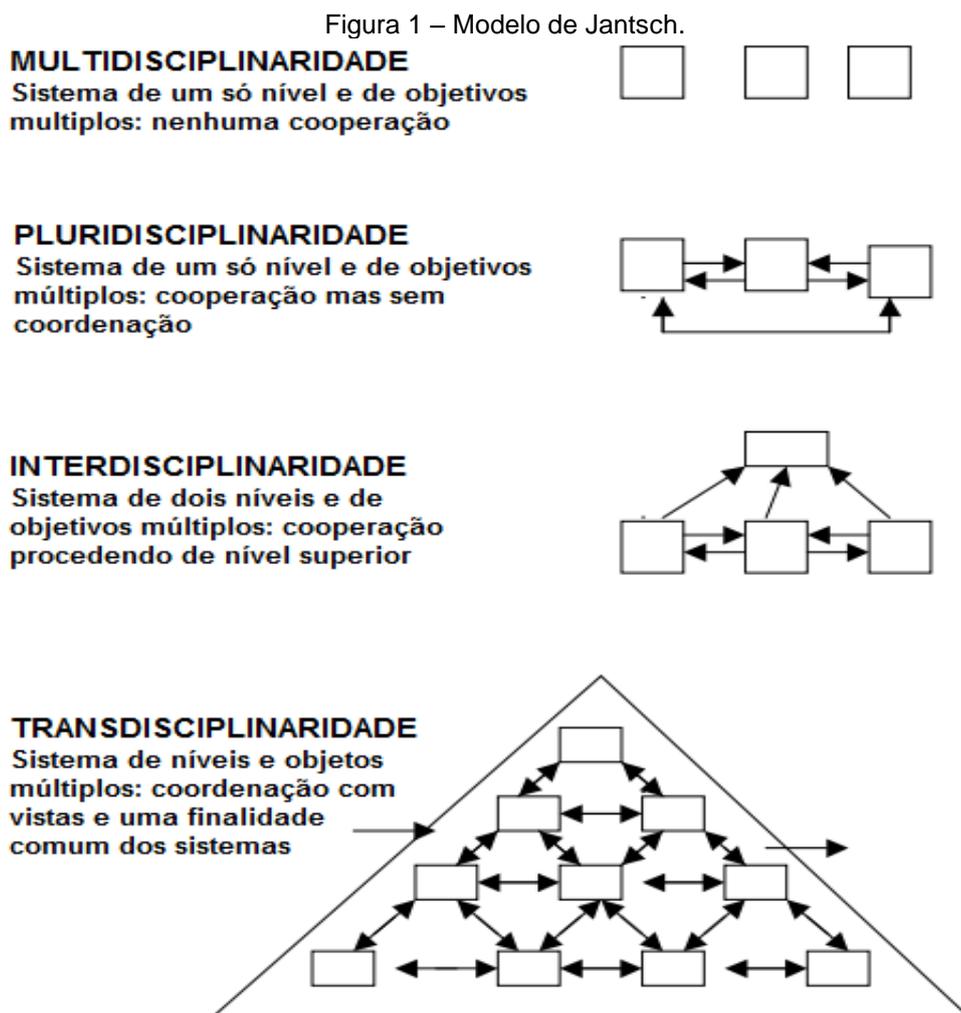
Para proporcionar os apoios necessários à pessoa com DI, surgiram os centros de habilitação e reabilitação. Nestes centros, equipes multidisciplinares, trabalham as dificuldades das pessoas com deficiência visando o desenvolvimento de habilidades e competências que valorizem os aspectos afetivos envolvidos no processo de inclusão, criando condições para que a pessoa possa integrar-se a sociedade (PEDROSO; SHINOHARA, 2010). De acordo com Severo e Seminotti (2010, p. 1693) “O trabalho em equipes multiprofissionais na saúde coletiva remete à complexidade e promove experiências que exigem o encontro com as fronteiras disciplinares, com as diferenças e com as vulnerabilidades”.

A assistência realizada nos centros de habilitação e reabilitação ocorre de forma multi, pluri, inter e transdisciplinar. Profissionais de diversas áreas como odontologia, medicina (pediátrica, neuropediatria, psiquiatria, clínica geral e ortopedia infantil), pedagogia, serviço social, terapia ocupacional, psicologia, fisioterapia, enfermagem e fonoaudiologia, direcionam seus trabalhos para assistir da melhor forma a pessoa com deficiência, visando cumprir a diretriz de Atenção Integral a Saúde. Os profissionais procuram desenvolver um plano terapêutico para desenvolver e melhorar sua autonomia e qualidade de vida de seus pacientes (BRASIL, 2010).

A equipe multidisciplinar da saúde deve ser como um elemento facilitador do processo de habilitação e reabilitação, através da prática de um trabalho interdisciplinar (SEVERO; SEMINOTTI, 2010).

Conforme Saar e Trevizan (2007, p. 2) “A multiprofissionalidade é considerada uma estratégia que orienta e possibilita a realização de assistência

integral.” Para Roquete *et al* (2012, p. 465) “ A multidisciplinaridade é caracterizada pela justaposição de várias disciplinas em torno de um mesmo tema ou problema, sem o estabelecimento de relações entre os profissionais representantes de cada área no plano técnico ou científico”. Esta definição assemelha-se ao modelo de Jantsch, como observamos na Figura 1.



Fonte: Silva (1999, p. 6).

Este modelo, da Figura 1, mostra a justaposição na multidisciplinaridade referindo-se a atuação de múltiplos profissionais isoladamente, sem cooperação enquanto que a pluridisciplinaridade possui multiprofissionais do mesmo nível e objetivos atuando com cooperação, porém sem coordenação (SILVA, 1999, p. 6). Essa idéia se assemelha a de Araujo e Rocha (2007, p. 461) “Multidisciplinaridade: refere-se basicamente à associação ou justaposição de disciplinas que abordam um

mesmo objeto a partir de distintos pontos de vista.” No trabalho multidisciplinar os profissionais, procuram atingir um objetivo pré-determinado no plano terapêutico.

No modelo de Jantsch, (Figura 1) pode-se perceber que a interdisciplinaridade atua em dois níveis com objetivo múltiplos, havendo cooperação para atingir seus objetivos. Tanto para Silva (1999) quanto para Araújo e Rocha (2007), a interdisciplinaridade não representa a anulação da multidisciplinaridade, nem a especificidade de cada saber, mas representa a possibilidade de uma compreensão integral do ser humano e do processo saúde-doença. Para Araujo e Rocha (2007, p. 456) “A ação interdisciplinar pressupõe a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos.” A interdisciplinaridade refere à troca de informações entre os profissionais, a partir das observações dentro de seus atendimentos não captadas em suas consultas, possibilitando um redirecionamento dentro do plano terapêutico.

O plano terapêutico pode ser realizado de maneira transdisciplinar, onde um profissional irá expor um determinado problema, para todos os profissionais e estes irão direcionar uma abordagem para cada situação. Conforme Araujo e Rocha (2007, p. 461) a “Transdisciplinaridade: indica uma integração das disciplinas de um campo particular para uma premissa geral compartilhada; estruturadas em sistemas de vários níveis e com objetos diversificados”. A transdisciplinaridade não procura o domínio sobre as outras disciplinas, mas sim, procura a abertura de todas, supondo não haver prevalência de uma única, mas a integração dos saberes (SEVERO; SEMINOTTI, 2010), enquanto para Silva (1999), o termo transdisciplinaridade refere-se a profissionais que atuam em vários níveis, com vários objetivos, cooperando com uma finalidade em comum.

O conhecimento das quatro modalidades de assistência a saúde: multidisciplinar, pluridisciplinar, interdisciplinar e Transdisciplinar facilitam a compreensão do caminho da construção das equipes de habilitação e reabilitação em saúde, sendo conceitos necessários para compreender os objetivos desde trabalho.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE PESQUISA

Este trabalho consiste em uma abordagem quantitativa, de modalidade documental e foi desenvolvida por meio de pesquisa bibliográfica, coleta de dados e observação participante de caráter descritivo.

A abordagem quantitativa considera tudo que é quantificável, traduzindo opiniões e números em informações as quais serão classificadas e analisadas. A pesquisa documental é aquela realizada a partir de documentos que não receberam um tratamento analítico e a pesquisa de caráter descritivo identifica as características da população ou fenômeno que está sendo estudado (GIL, 2006).

Esta pesquisa é quantitativa levando em consideração os dados coletados, é documental, considerando as fontes e os procedimentos de coleta de dados (foram analisados os prontuários dos pacientes) e, descritiva, considerando a maneira de como as variáveis foram correlacionadas. A escolha pela pesquisa quantitativa - documental - descritiva - neste trabalho se fez pela natureza do objeto pesquisado, que possibilitou responder ao problema e alcançar os objetivos propostos.

Para o embasamento teórico, utilizou-se a pesquisa bibliográfica. A pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído em livros e artigos científicos (GIL, 2006). A descrição da Instituição estudada desenvolveu-se a partir da observação participante, realizado durante estágio curricular durante o ano de 2015 e 2016, bem como durante a coleta de dados realizada em 2017. A Observação participante é quando o pesquisador entra em contato com os membros do grupo pesquisado e participa das atividades normais do mesmo (MARCONI; LAKATOS, 2011, p.79).

3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

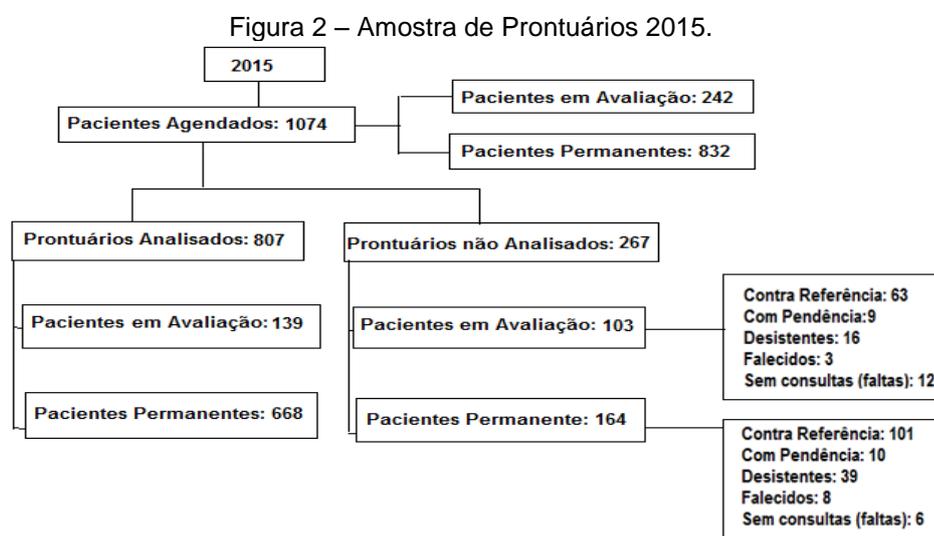
O estudo foi desenvolvido no Núcleo de Assistência Integral ao Paciente Especial – NAIPE, um serviço da Secretaria Municipal de Saúde - SMS de Joinville o qual é considerado uma referência nacional no atendimento à pessoa com Deficiência Intelectual - DI. O NAIPE realiza cerca de três mil atendimentos mensais

entre consultas com especialistas individuais e em grupo, tratamentos e oficinas laborais que prestam assistências à pessoa com deficiência.

A fim de definir a amostra de dados foram utilizadas as agendas das consultas de todos os profissionais do NAIPE, do ano de 2015 e 2016. As agendas de atendimento do NAIPE apresentaram pacientes permanentes e pacientes em processo de avaliação e diagnóstico. Os pacientes permanentes possuem numeração de prontuário, já os pacientes em avaliação são distinguidos pelas letras AV (avaliação) antes da numeração de seu prontuário, após a definição de diagnóstico, os pacientes ganham a numeração permanente do prontuário. Os dados das agendas foram lançados no programa *Excell*[®], organizados e classificados, a fim de separar quais prontuários deviriam ser analisados.

A amostra de dados foi formada pelos prontuários dos pacientes atendidos no NAIPE durante os anos 2015 e 2016, incluindo, tanto pacientes permanentes quanto em avaliação. Foram excluídos os prontuários dos pacientes que foram contra referenciados, ou seja, pacientes que eram residentes em outra cidade, bem como dos pacientes que não foram diagnosticados com DI, descartaram-se também prontuários de pacientes que foram a óbito ou desistiram do tratamento; prontuários sem consulta registrada no período devido à falta do paciente nas consultas e prontuários que estavam com pendência de avaliação com os profissionais da instituição, durante a realização da coleta de dados.

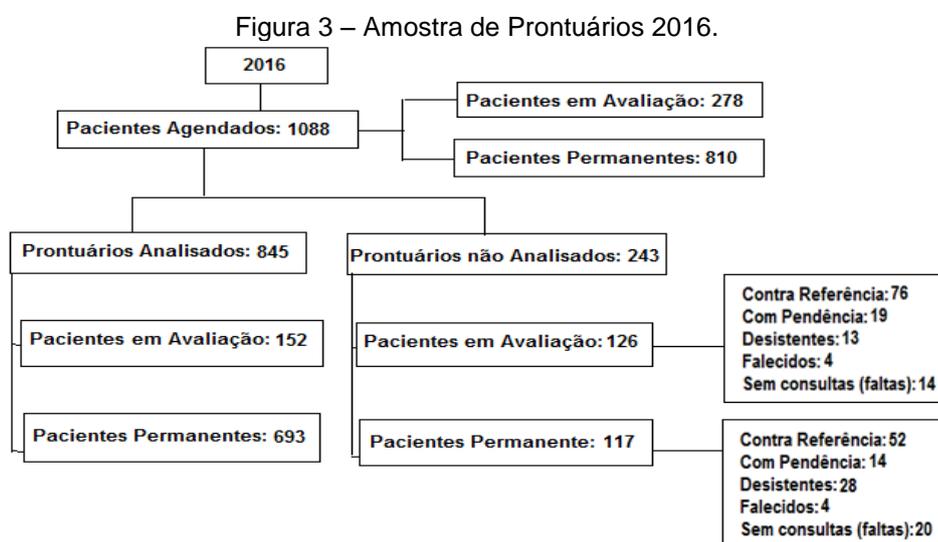
Durante o ano de 2015, 1074 pacientes foram atendidos, sendo que 832 eram pacientes permanentes e 242 eram pacientes em processo de avaliação.



Fonte: A autora (2017).

Como se pode observar na Figura 2, do total de 1074 de pacientes agendados, foram analisados 807 prontuários, sendo 668 prontuários de pacientes permanentes e 139 prontuários de pacientes em avaliação. Os prontuários descartados totalizaram 267.

Durante o ano de 2016, 1088 pacientes foram atendidos, sendo que 810 eram pacientes permanentes e 278 eram pacientes em processo de avaliação. Na Figura 3, verifica-se que do total de 1088 de pacientes agendados, foram analisados 845 prontuários, sendo 693 prontuários de pacientes permanentes e 152 prontuários de pacientes em avaliação. Os prontuários descartados totalizaram 243.



Fonte: A autora (2017).

3.3 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada nas dependências do NAIPE durante os meses de junho a setembro de 2017.

Em relação aos aspectos éticos, a pesquisa por ser de revisão de dados, foi dispensada da avaliação da Plataforma Brasil, no entanto, teve a preocupação de garantir o anonimato e privacidade dos pacientes, utilizando-se do número de prontuário para distinção dos dados, sendo coletados apenas os dados necessários para atingir os objetivos propostos de caracterização do perfil dos pacientes atendidos pelo NAIPE.

Ressalta-se que os dados só foram coletados após a aprovação do projeto pela Secretaria da Saúde de Joinville, o PROGESUS – Programa de Qualificação e

Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no Sistema Único de Saúde, conforme ofício no Anexo A e do consentimento da coordenação da Instituição em maio de 2017.

Inicialmente, foram verificadas as agendas de consultas de todos os profissionais nos anos 2015 e 2016, a fim de separar quais prontuários deveriam ser analisados. Na sequência, foram selecionadas as seguintes informações dos prontuários: faixa etária, gênero, bairro de residência, diagnóstico do paciente e especialidades das consultas realizadas.

3.4 ANÁLISE DE DADOS

Os dados obtidos foram registrados e tabulados em planilhas, editadas no programa Microsoft Excel[®] por se tratar de um programa de fácil acesso e que fornece um conjunto diversificado de ferramentas estatísticas.

Considerando que o NAIPE oferece aos seus pacientes planos de atendimento de acordo com a faixa etária e necessidade de cada um, tendo um total de quatro planos; a análise dos dados quanto à faixa etária foi realizada a partir da classificação do atendimento seguindo a faixa etária estabelecida para cada plano. Os dados referentes ao gênero foram comparados aos dados de Joinville, segundo o IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Quanto aos dados de bairro de residência foram classificados e analisados conforme as micro-regiões de Joinville. Os dados sobre o diagnóstico do paciente foram analisados de acordo com as causas dispostas na Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. Os dados foram dispostos em tabelas, demonstrando o perfil dos pacientes de acordo com as informações coletadas.

Por fim foram verificadas as consultas realizadas em 2015 e 2016; analisando-as por semestre, devido o planejamento dos planos de atendimento, ser elaborado para seis meses. Cada paciente deve ter no mínimo uma consulta com três profissionais das diferentes áreas para que atendimento do NAIPE pudesse ser considerado como multiprofissional.

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Nesse capítulo será abordada a estruturação dos serviços oferecidos pelo NAIPE, apresentando os dados coletados na pesquisa a fim de traçar o perfil dos pacientes atendidos pelo NAIPE nos anos 2015 e 2016. Por fim será realizada a apresentação e análise da multidisciplinaridade dos atendimentos durante 2015 e 2016, bem como uma possível sugestão de melhoria.

4.1 NÚCLEO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL AO PACIENTE ESPECIAL - NAIPE

Há 16 anos nascia o Núcleo de Assistência Integral ao Paciente Especial - NAIPE no dia 13 de março de 2002. Trata-se de um serviço de assistência integral a pessoa com Deficiência Intelectual, que promove a inclusão social, a qualidade de vida e cidadania. O NAIPE é um serviço de saúde pública, proporcionado pelo Sistema Único de Saúde - SUS pela Secretaria Municipal de Saúde - SMS de Joinville, Santa Catarina. Seus serviços são prestados na Casa 1 e Casa 2, como se pode ver nas imagens da Figura 4.

Figura 4- Casa 1 e Casa 2 – NAIPE.



Fonte: Adaptado de GOOGLE MAPA (2018).

O NAIPE possui em seu nome o termo “Paciente Especial” que, com o passar dos anos foi considerado impróprio, e confirma as palavras de Sassaki (2005) quanto à existência de vários termos para designar as pessoas portadoras de deficiência. Atualmente o termo mais apropriado é Deficiência Intelectual - DI, justamente por referir-se ao funcionamento do intelecto e não ao funcionamento da mente como um todo.

O compromisso assumido pela instituição, bem como pelos seus colaboradores, no que tange ao desafio da Política Nacional de Saúde da Pessoa

com Deficiência - PNSPD na inclusão das pessoas com DI vem trazendo resultados positivos para a sociedade. O NAIPE realiza cerca de três mil atendimentos mensais entre consultas com especialistas, individuais e em grupo, tratamentos e oficinas laborais com o objetivo de oferecer um serviço multi, inter e transdisciplinar a todos os seus usuários como se pode observar nas imagens da Figura 5.

Figura 5 - Colaboradores e Trabalhos Realizados pelo NAIPE.



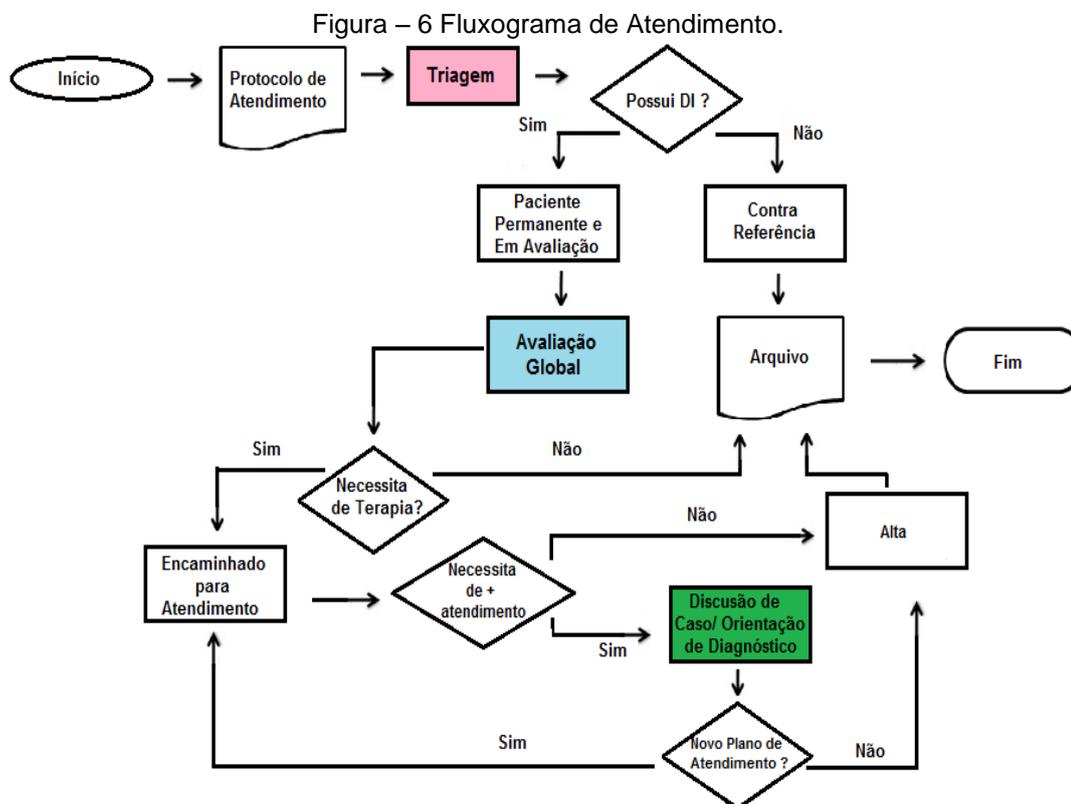
Fonte: Adaptado de ASSOCIAÇÃO CATARINENSE DE APOIO MULTIPROFISSIONAL AO PORTADOR DE NECESSIDADES ESPECIAIS (2016), JOINVILLE (2015), JOINVILLE (2017a), JOINVILLE (2017b).

4.1.1 Serviços Oferecidos pelo NAIPE

Os serviços oferecidos pelo NAIPE têm foco no desenvolvimento global para a melhora do comportamento adaptativo. Este foco pode ser comparado aos princípios da PNSPD, esta é voltada para a inclusão social das pessoas com deficiência em toda rede de serviços do SUS, assim como o serviço oferecido pelo NAIPE. A fim de compreender o atendimento realizado pelo pela instituição, o fluxo de entrada, avaliação, tratamento e alta do paciente criou-se o fluxograma que podem ser observados na Figura 6.

Para ingresso na instituição, a pessoa com DI, ou suspeita, precisa de um protocolo de encaminhamento, o qual está disponível no *site* da SMS de Joinville ou que pode ser retirado diretamente no NAIPE (Anexo B). Este deve ser preenchido e

assinado por profissionais da área de saúde e entregue na sede do NAIPE, localizada na Rua Dr. Plácido Olímpio de Oliveira, 676 no bairro Bucarein.



Fonte: A autora (2017).

Legenda: DI= Deficiência Intelectual.

Depois de entregue o protocolo de encaminhamento, o paciente entra em uma fila de espera. O tempo de espera varia de acordo com a sua idade, devido o atendimento ser realizado por planos de atendimento formados de acordo com a faixa etária dos pacientes.

Como se pode observar na Figura 6, a primeira etapa do atendimento realizado pelo NAIPE é uma Triagem, em destaque na cor rosa. Neste primeiro contato do paciente com a instituição já se observa a preocupação com o atendimento multiprofissional, pois o mesmo é realizado por três profissionais: assistente social, médico e psicólogo. Os profissionais realizam a triagem do paciente coletando informações através de uma entrevista com os pais ou responsável com o intuito de verificar se o paciente possui ou não DI. Em caso afirmativo, o paciente continuará recebendo assistência do NAIPE. Em caso negativo, o paciente será contra referenciado para o serviço mais adequado à sua necessidade.

Em alguns casos o diagnóstico da DI é mais difícil, fazendo-se necessária a aplicação de testes para certificação da DI, que para ser efetiva é realizado quando o paciente possui mais de seis anos de idade. Os pacientes com o diagnóstico fechado possuem numeração permanente de prontuário. Os pacientes em avaliação são distinguidos pelas letras AV (avaliação) antes da numeração de seu prontuário, ganhando sua numeração permanente após a definição do diagnóstico.

O segundo contato do paciente com o NAIPE consiste na etapa da Avaliação Global como se pode observar na Figura 6, em destaque na cor azul. Esta é realizada por meio de uma reunião entre os profissionais (Fisioterapeuta, Terapeuta ocupacional, Fonoaudióloga, Psicologia, Pedagogia e Enfermagem), o paciente juntamente com os pais ou responsáveis, para conhecimento sobre o histórico do paciente relatado pelo médico no prontuário. A equipe multidisciplinar avalia o estágio social através de escalas de avaliação de habilidades e atividades funcionais de acordo com a faixa etária do paciente e defini o Plano Terapêutico, com os objetivos de curto, médio e longo prazo, encaminhando o paciente para o plano de atendimento de acordo com sua faixa etária de cada paciente.

Ressalta-se que para cada Plano de atendimento há um Líder que tem como principal função organizar e conduzir as avaliações globais, reuniões de reavaliação de plano e trabalhar com a equipe para atingir os objetivos, tanto geral como individual. A Avaliação Global exemplifica o atendimento interdisciplinar, de acordo com o modelo de Jantsch, relatado por Silva (1999) onde a interdisciplinaridade representa a possibilidade de uma compreensão integral do ser humano e do processo saúde doença.

O plano de atendimento realizado pelo NAIPE inclui o atendimento transdisciplinar o qual fica evidenciado quando ocorrem as reuniões para troca de informações sobre os pacientes. Conforme Araujo e Rocha (2007), a transdisciplinaridade indica uma integração dos profissionais para uma premissa geral compartilhada. Na reunião de discussão de casos, em destaque na cor verde na Figura 6, cada profissional indica os pacientes que notaram ter maiores necessidades de atendimento. No dia da reunião todos recebem os prontuários para trocar informações com a equipe do plano correspondente.

Conforme a Figura 6, o atendimento aos pacientes inclui a realização de reunião de orientação de diagnóstico, onde os médicos, juntamente com outras especialidades que acompanham o paciente, fazem uma reunião com os familiares/

cuidadores ou responsável do paciente para explicar e esclarecer dúvidas sobre o diagnóstico e prognóstico.

Como se pode constatar, o fluxo dos atendimentos aos pacientes realizado pelo NAIPE demonstra uma preocupação da instituição em proporcionar, não somente o atendimento multidisciplinar, mas também o interdisciplinar e transdisciplinar. A assistência do NAIPE compreende atendimento nas áreas de odontologia, medicina (pediátrica, neuropediatria, psiquiatria, ginecologista e ortopedia infantil), pedagogia, serviço social, terapia ocupacional, psicologia, fisioterapia, enfermagem e fonoaudiologia. Toda equipe multidisciplinar desempenha diversos programas para habilitar e/ou reabilitar o deficiente, promovendo sua inclusão social e melhorando sua qualidade de vida.

Ponderando a proposta de atendimento oferecido pelo NAIPE pode-se afirmar que a mesma contempla as diretrizes da Política Nacional da Saúde da Pessoa com Deficiência, visando o atendimento multidisciplinar, o atendimento integral assim como promovendo a qualidade de vida dos pacientes agindo como um agente de inclusão, trabalhando com programas individuais ou em grupo, dispendo de várias oficinas e programas além de Laboratórios de Teatro, Fotografia e o Jardim Sensorial, garantindo o atendimento multi, inter e transdisciplinar como pode se observar nas imagens da Figura 7.

Figura 7 – Laboratório de Teatro e Jardim Sensorial.



Fonte: Adaptado de JOINVILLE (2014a), JOINVILLE (2014b), SINDICATO DOS SERVIDORES PÚBLICOS MUNICIPAIS DE JOINVILLE E REGIÃO (2017).

4.2 PERFIL DOS PACIENTES ATENDIDOS PELO NAIPE EM 2015 E 2016

A fim de caracterizar o perfil dos pacientes atendidos pelo NAIPE, foram coletados os dados: faixa etária, gênero, bairro de residência, diagnóstico do paciente, como será disposto nos itens a seguir.

4.2.1 Faixa Etária

Os pacientes do NAIPE são atendidos conforme os Planos de Atendimento delimitados por faixa etária assim como as escalas para avaliação global e inclusão social conforme apresenta o Quadro 3. Esta delimitação por faixa etária se fez com base nas diretrizes do Ministério da Saúde, levando em consideração as fases da vida: infância, pré-adolescência, adolescência e adulto, bem como os objetivos propostos para cada faixa etária (BRASIL, 2002).

Quadro – 3 Planos de Atendimento do NAIPE.

| Plano | Faixa Etária | Objetivos |
|---------|------------------|--|
| Plano 1 | 0 a 5 anos | Estimulação Global; Inclusão; Aceitação Familiar. |
| Plano 2 | 6 a 11 anos | Preparar; desenvolver o paciente para a inclusão Social e/ou em outros grupos voltadas para o ensino/ aprendizado. |
| Plano 3 | 12 a 17 anos | Preparação/ desenvolvimento do indivíduo para o meio (sociedade), para seu inter-relacionamento e descoberta de habilidades, autonomia, etc. |
| Plano 4 | Acima de 18 anos | Oportunizar a Inclusão Laboral e/ ou adaptação do paciente ao meio |

Fonte: A autora (2017).

Cada plano de atendimento tem seu objetivo de acordo a faixa etária do paciente objetivando a habilitação ou reabilitação e a inclusão social. Com a finalidade de traçar o perfil dos pacientes atendidos pelo NAIPE, os dados coletados na pesquisa referente à faixa etária foram dispostos pelos planos de atendimento, considerando ainda os Pacientes Permanentes – PP (que já possuem diagnóstico fechado) e os Pacientes em Avaliação – PA (que não possuem diagnóstico fechado).

Dos 807 prontuários avaliados no ano de 2015, 668 eram de Pacientes Permanentes e 139 eram de Pacientes em Avaliação. No ano de 2016, foram avaliados 845 prontuários sendo 693 Pacientes Permanentes e 152 de Pacientes em Avaliação, como se pode observar na Tabela 1:

Tabela 1 - Distribuição de Pacientes Atendidos por Planos de Atendimento em 2015 e 2016.

| Ano | | 2015 | | | | 2016 | | | |
|--------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|--|
| Plano | PP | PA | Total | % | PP | PA | Total | % | |
| 1 | 64 | 54 | 118 | 14,6 | 57 | 65 | 122 | 14,4 | |
| 2 | 112 | 64 | 176 | 21,8 | 114 | 60 | 174 | 20,6 | |
| 3 | 157 | 16 | 173 | 21,4 | 138 | 21 | 159 | 18,8 | |
| 4 | 335 | 5 | 340 | 42,2 | 384 | 6 | 390 | 46,2 | |
| Total | 668 | 139 | 807 | 100 | 693 | 152 | 845 | 100 | |

Fonte: A autora (2017).

Nota: PP: Paciente Permanente; PA: Paciente em Avaliação.

Observa-se que tanto em 2015, quanto em 2016, a porcentagem dos Pacientes em Avaliação no Plano 1 é considerável baixa. Este plano contém a faixa etária na qual o diagnóstico da DI nem sempre é conclusivo. Contudo, o número de pacientes em atendimento indica que os diagnósticos estão sendo realizados precocemente. O diagnóstico precoce é de suma importância para elaboração das intervenções necessárias para pacientes com DI.

Outro ponto que ganha destaque é a maior parte dos atendimentos realizados pela instituição serem de pacientes do Plano 4, ou seja, maiores de 18 anos, o que evidencia que os diagnósticos já estão definidos nesta faixa de idade, justificando assim a necessidade de abordagens e intervenções diferenciadas de atendimento.

4.2.2 Gênero

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2010) mostram que Joinville apresenta uma população de 515.288 mil habitantes no ano de 2010, porém vem apresentando contínuo crescimento populacional. No ano

2015, o censo apresentou o 562.151 mil habitantes e em 2016 apresentou 569.645 mil habitantes. De 2016 para 2017 a cidade cresceu 1,30%, o que representa 7.432 de pessoas a mais no município.

Conforme o Censo do IBGE do ano de 2010; 100.185 mil pessoas se consideraram com algum tipo de deficiência. Esse número representa 23,9% da população sendo que o grupo dos deficientes intelectuais contabiliza 4.827 de pessoas, representando 1,37% da população joinvilense (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Ao relacionarmos o grupo de deficientes intelectuais da cidade de Joinville com os dados coletados na pesquisas, obtêm-se o perfil de cerca de 20 % dos 4.827 pessoas que se declararam como deficientes intelectuais, como se observa na Tabela 2.

Tabela 2 – Porcentagem de Pacientes com DI Avaliados na Pesquisa.

| | Prontuários Avaliados | % | Pacientes declarados Deficientes Intelectuais |
|------|-----------------------|------|---|
| 2015 | 807 | 16,7 | 4.827 * |
| 2016 | 845 | 17,5 | 4.827 * |

Fonte: A autora (2018).

Nota: * dados referentes ao IBGE 2010.

Destaca-se que das 4.827 mil pessoas que se declararam portadoras de Deficiência Intelectual, 2.530 são do gênero masculino e 2.296 são do gênero feminino. Observa-se a prevalência do gênero masculino entre o grupo de Deficiência Intelectual, enquanto se considerado a população geral de Joinville nos anos de 2015 e 2016, observa-se a predominância do gênero feminino como se pode observar na Tabela 3.

Tabela 3– População de Joinville 2015 e 2016.

| | Feminino | Masculino | Total |
|------|----------|-----------|---------|
| 2015 | 282.947 | 279.204 | 562.151 |
| 2016 | 286.133 | 283.512 | 569.645 |

Fonte: Adaptado de IBGE (2010).

A prevalência do gênero masculino no grupo declarado como deficiente intelectual se confirma nos dados da pesquisa, dos prontuários avaliados durante a pesquisa, observa-se uma discreta prevalência do gênero masculino (52,7%), quando comparados ao feminino (47,3%) quando analisado o número total de prontuários analisados em 2015, como apresenta os dados da Tabela 4.

Tabela 4 - Distribuição de Pacientes Atendidos por Gênero em 2015 e 2016.

| | Feminino | Masculino | Total | % Feminino | % Masculino |
|-------------|----------|-----------|-------|------------|-------------|
| 2015 | 382 | 425 | 807 | 47,3 | 52,7 |
| 2016 | 391 | 454 | 845 | 46,3 | 53,7 |

Fonte: A autora (2018).

Como se pode observar a prevalência do gênero masculino permanece no ano de 2016, onde os pacientes do gênero masculino representam 53,7% enquanto o feminino representa 46,3.

4.2.3 Distribuição dos Pacientes por Região

Por se tratar de um serviço público de saúde, o NAIPE trabalha com processos de Referência e Contrarreferência voltadas às especificidades das pessoas com Deficiência Intelectual para que essas possam ter acesso a todos os serviços de saúde. Para tanto é necessário trabalhar em conjunto com as Unidades Básicas de Saúde – UBS, bem como serviços de média e alta complexidade. Assim fez-se necessário o levantamento dos bairros dos pacientes, para que o NAIPE em conjunto com as Unidades Básicas de Saúde possa oferecer um serviço qualificado e completo ao paciente, bem como consiga realizar planos de ação em conjunto com a comunidade.

O município de Joinville possui 41 bairros e duas zonas industriais os quais são classificados em oito sub-regiões (JOINVILLE, 2017c). Com o intuito de caracterizar os bairros destacou-se a população total de cada bairro e o percentual da população com renda até um Salário Mínimo. De acordo com a Quadro 4 observa-se que os bairros mais populosos apresentam o maior percentual de pessoas com renda até 1 salário mínimo.

Quadro 4 – Bairros e Sub-regiões.

| Sub-região | Bairros | População Total | Renda até 1 Salário Mínimo |
|----------------------|-----------------------|------------------------|-----------------------------------|
| Centro- Norte | América | 12451 | 5,9 % |
| | Anita Garibaldi | 9016 | 9,3 % |
| | Atiradores | 5528 | 7,9 % |
| | Bom Retiro | 13015 | 16,9 % |
| | Bucarein | 5998 | 16,9 % |
| | Centro | 5483 | 4,2 % |
| | Costa e Silva | 30313 | 18,1 % |
| | Glória | 11414 | 10,2 % |
| | Saguaçu | 14465 | 11,8 % |
| | Santo Antônio | 7246 | 9,6 % |
| Leste | Boa Vista | 18390 | 27,8 % |
| | Comasa | 21664 | 38,4 % |
| | Espinheiros | 9216 | 35,9 % |
| | Iriirú | 24696 | 21,8 % |
| | Jardim Iriirú | 25153 | 38,1 % |
| | Zona Industrial Tupy | 50 | 14,3 % |
| Pirabeiraba | Dona Francisca | 584 | 21,5 % |
| | Pirabeiraba | 4586 | 24,5 % |
| | Rio Bonito | 6893 | 42 % |
| Sudoeste | Morro do Meio | 10859 | 49,8 % |
| | Nova Brasília | 14158 | 33,1 % |
| | São Marcos | 2928 | 23,3 % |
| Sul | Boehmerwaldt | 17932 | 37,3 % |
| | Floresta | 19881 | 20,2 % |
| | Itaum | 15790 | 30,7 % |
| | Itinga | 7032 | 43,7 % |
| | Parque Guarani | 11753 | 44,9 % |
| | Petrópolis | 14776 | 39,5 % |
| | Profipo | 4885 | 40,4 % |
| | Santa Catarina | 6695 | 28,8 % |
| Sudeste | Adhemar Garcia | 10255 | 34,2 % |
| | Fátima | 15508 | 42,9 % |
| | Guanabara | 12547 | 25,4 % |
| | Jarivatuba | 13614 | 42 % |
| | João Costa | 13883 | 37,5 % |
| | Paranaguamirim | 30648 | 54 % |
| | Ulisses Guimarães | 10350 | 57 % |
| Nordeste | Aventureiro | 38587 | 35,4 % |
| | Jardim Paraíso | 18559 | 55,5 % |
| | Jardim Sofia | 4665 | 35,5 % |
| | Vila Cubatão | 1097 | 56,9 % |
| Oeste | Vila Nova | 24325 | 31,6 % |
| | Zona Industrial Norte | 3384 | 43,3 % |

Fonte: Adaptado de JOINVILLE (2017d).

A fim de destacar a região das quais se originam os pacientes do NAIPE, os bairros foram agrupados por sub-região. Para realizar este agrupamento seguiu-se a mesma classificação utilizada para criação das sub-regiões no município de Joinville (JOINVILLE, 2017d) como podemos observar na Tabela 5.

Tabela 5 - Distribuição de Pacientes Atendidos por Região em 2015 e 2016.

| Regiões | Total 2015 | % 2015 | Total 2016 | % 2016 |
|----------------------|-------------------|---------------|-------------------|---------------|
| Centro- Norte | 87 | 11 | 100 | 12 |
| Leste | 146 | 18 | 153 | 18 |
| Nordeste | 157 | 19 | 93 | 11 |
| Oeste | 27 | 3 | 38 | 4 |
| Pirabeiraba | 24 | 3 | 28 | 3 |
| Sudeste | 153 | 19 | 193 | 23 |
| Sudoeste | 44 | 5 | 49 | 6 |
| Sul | 169 | 21 | 191 | 23 |
| Total | 807 | 100 | 845 | 100 |

Fonte: A autora (2017).

Os dados coletados demonstram que tanto no ano de 2015, como 2016 as regiões que tiveram maior número de pacientes são Leste, Sudeste e Sul. Ao correlacionar os dados coletados durante a pesquisa com os dados do Quadro 4, se pode observar que estas regiões estão compostas por bairros da periferia da cidade, onde existe o maior número de residentes com a maior porcentagem de pessoas que possuem renda até um salário Mínimo, podendo-se dizer que existe uma tendência da população com menor renda procurar pelos serviços do Sistema Único de Saúde.

4.2.4 Diagnóstico dos Pacientes

O diagnóstico de Deficiência Intelectual realizado pelo NAIPE baseia-se tanto em avaliação clínica quanto em testes padronizados das funções: adaptativa e intelectual.

Nas palavras de Carvalho e Maciel (2013) são muitas as causas e os fatores de risco que podem levar à instalação da deficiência mental. Um dos desafios no diagnóstico da Deficiência Intelectual é identificar a causa da Deficiência, devido à existência de diversos fatores de risco que podem levar à Deficiência. A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência descreve as principais causas das Deficiências. Usando esta linha de pensamento, os dados da pesquisa foram classificados através dos fatores de cada patologia, conforme as causas destacadas na Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência como se observa na Tabela 6.

Tabela 6 - Distribuição de Pacientes Atendidos nos anos de 2015 e 2016 por Causas Segundo o Diagnóstico.

| Ano | 2015 | | 2016 | | Total | | % | |
|---|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| | PP | PA | PP | PA | 2015 | 2016 | 2015 | 2016 |
| Hereditária ou congênita | 320 | 65 | 339 | 69 | 385 | 408 | 47,7 | 48,3 |
| Falta de assistência a gestante ou ao recém nascido | 117 | 28 | 112 | 27 | 145 | 139 | 18 | 16,4 |
| Desnutrição | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0,1 | 0,1 |
| Conseqüência de doenças transmissíveis | 33 | 4 | 40 | 3 | 37 | 43 | 4,6 | 5,1 |
| Doenças e eventos crônicos | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0,1 | 0,1 |
| Perturbações psiquiátricas | 195 | 42 | 200 | 53 | 237 | 253 | 29,4 | 29,9 |
| Traumas e lesões | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0,1 | 0 |
| Total | 667 | 140 | 693 | 152 | 807 | 845 | 100 | 100 |

Fonte: A autora (2017).

Nota: PP: Paciente Permanente; PA: Paciente em Avaliação.

Observa-se que tanto em 2015 como em 2016, cerca da metade das causas estão relacionadas a doenças Hereditárias ou Congênicas, sendo necessário a melhorias dos exames pré-natais e aconselhamento genético para os casais. De

acordo com Vieira (2012, p. 16) “As causas das doenças genéticas são numerosas e variadas, portanto abordagens múltiplas são necessárias para a prevenção e o melhor cuidado dos pacientes e suas famílias”.

Algumas estratégias na área da genética foram implantadas no Sistema Único de Saúde (SUS) nas últimas décadas, objetivando prevenção, monitoramento, manejo e tratamento de doenças geneticamente determinadas. Dentre elas, destacam-se o Programa Nacional de Triagem Neonatal, o Programa de Fortificação das Farinhas com Ácido Fólico, a Implantação do Campo 34 na Declaração Nacional de Nascidos Vivos (relativo às anomalias congênitas, passíveis de detecção no momento do nascimento) e o tratamento das doenças de Gaucher e da Osteogênese Imperfeita (VIEIRA, 2012).

No entanto, os dados obtidos pela pesquisa mostram a necessidade de maior acompanhamento destes fatores, já que representam metade do atendimento realizado pela instituição. Para o NAIPE essa porcentagem representa pacientes que demandam planos a médio e longo prazo, por toda a equipe multidisciplinar.

Observando a Tabela 6, nota-se que a segunda maior causa está relacionada com Perturbações Psiquiátricas, representando cerca de 30% dos atendimentos. Esta elevada prevalência torna a perturbação psiquiátrica um importante problema de saúde pública.

É fundamental o desenvolvimento de programas que permitam que as crianças atinjam o seu máximo potencial. Devido a sua complexidade, a abordagem deverá ser efetuada por uma equipe multidisciplinar com um pediatra, geneticista, neuropediatra, psicólogo, terapeuta ocupacional, técnicos de psicomotricidade, fisioterapeutas, professores de ensino especial e assistentes sociais, entre outros, de modo a definir o perfil funcional da criança, identificar a etiologia e determinar as estratégias de intervenções mais adequadas (PEREIRA *et al*, 2017).

Este público requer atenção por meio da proteção à infância e exige da Instituição a assistência multidisciplinar focada no paciente, além do uso de medicamentos apropriados para que este possa ser incluído na sociedade. Cabe salientar que o NAIPE dispõe de uma equipe multidisciplinar capacitada para desenvolvimento desta parcela da população, bem como foi criado e desenvolvido com o intuito de habilitar e reabilitar o paciente, promovendo a sua inclusão social.

Destaca-se ainda, na Tabela 6, que 16,4% das causas são decorrentes da falta de assistência ou assistência inadequada às mulheres durante a gestação ou

parto. Existem diversos problemas que acarretam estes fatores assim como a quantidade inadequada de consultas especializadas disponíveis, a centralização dos serviços em grandes centros urbanos, as dificuldades de acesso aos serviços especializados, as dificuldades na referência e na contra-referência.

A fim de reduzir estes problemas criou-se a Rede Cegonha. A portaria nº 1.459 do Ministério da Saúde, que instituiu a Rede Cegonha no âmbito do SUS, descreve o programa como uma rede de cuidados que assegura à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério, e à criança garante o direito ao nascimento, crescimento e desenvolvimento saudáveis e seguros. Este programa organiza-se a partir de quatro componentes: o pré-natal, o parto e nascimento, o puerpério e a atenção integral à saúde da criança e o sistema logístico: transporte sanitário e regulação (BRASIL, 2011a).

Em Joinville, a implantação da Rede Cegonha iniciou em 2007 e, segundo estudo desenvolvido por Silva (2017, p. 36) “A média do período de 2012 a 2016 de cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica foi de 51,14% representando um aumento considerável quando comparado ao período antes da implantação da rede, em que a cobertura era de 32%”.

Nota-se que desde a implantação da Rede Cegonha houve um crescimento na cobertura de atendimento. Ao correlacionarmos os dados obtidos pela pesquisa com a cobertura da Rede Cegonha, se observa que ainda existe a necessidade da ampliação dos cuidados durante a gestação e parto e maior cobertura da Rede Cegonha. Para o NAIPE, esse percentual de pacientes requer um trabalho voltado tanto com o paciente quanto para com a sua família, a fim de garantir a aceitação familiar, promover a habilitação e promover a inclusão social.

4.3 MULTIDISCIPLINARIDADE DO ATENDIMENTO

Para averiguar a multidisciplinaridade dos atendimentos realizados pelo NAIPE, foram verificadas as consultas realizadas por cada paciente, através das agendas de atendimento do NAIPE.

O número de consultas foi contabilizando na planilha do programa Microsoft Excel[®], analisando-as por semestre, devido o planejamento ser elaborado por seis meses, sendo marcado um (1) para cada profissional que registrou o atendimento em prontuário e zero (0) para os que não tinham nenhum registro, sendo assim o

número obtido por esta coleta de dados não representa o número total de consultas realizadas pelo NAIFE, como se pode observar no modelo do Quadro 5:

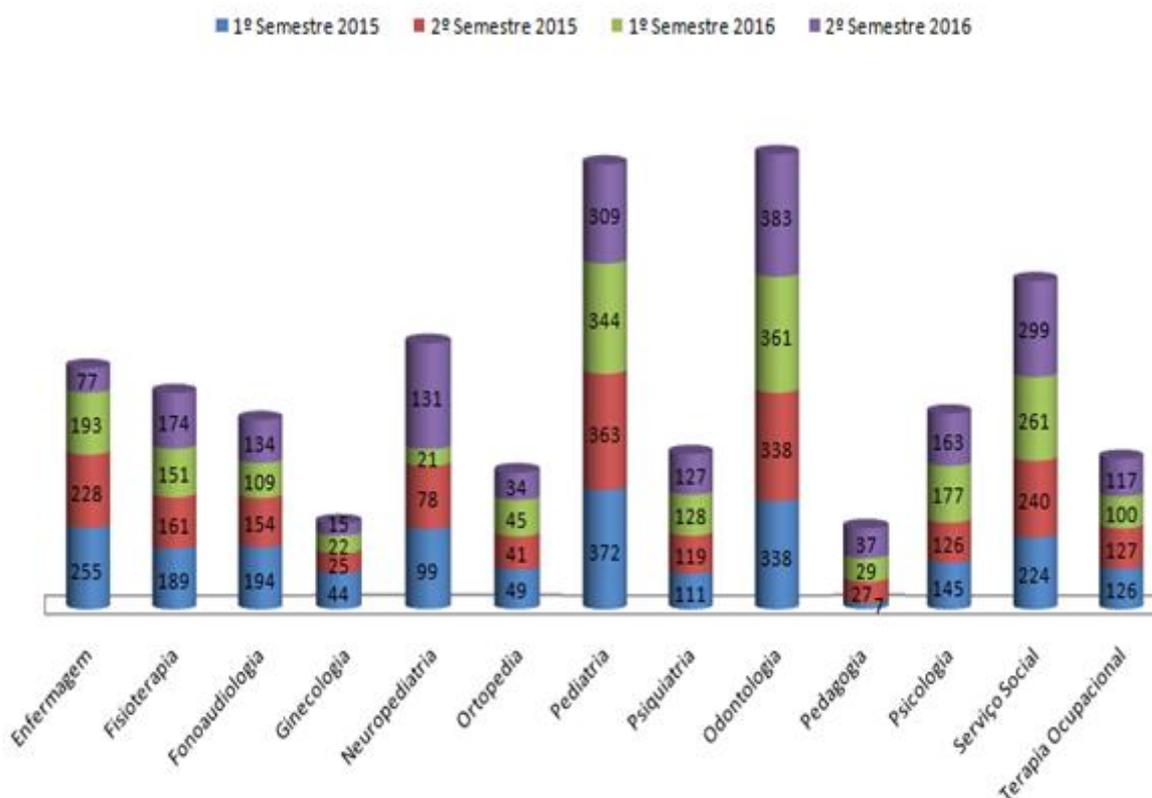
Quadro 5 – Modelo da Planilha de Dados.

| Prontuário | Enfermagem | Fisioterapia | Fonoaudiologia | Ginecologia | Neuropediatria | Ortopedia | Pediatria | Psiquiatria | Odontologia | Pedagogia | Psicologia | Serviço Social | Terapia Ocupacional | Total |
|------------|------------|--------------|----------------|-------------|----------------|-----------|-----------|-------------|-------------|-----------|------------|----------------|---------------------|-------|
| XXX | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 8 |

Fonte: A autora (2017).

O número total obtido pela coleta de dados representa o número de pacientes que cada profissional atendeu durante os semestres de 2015 e 2016, como observado na Figura 8.

Figura 8 – Gráfico: Distribuição de Pacientes Atendidos nos anos de 2015 e 2016 por Profissional.



Fonte: A autora (2017).

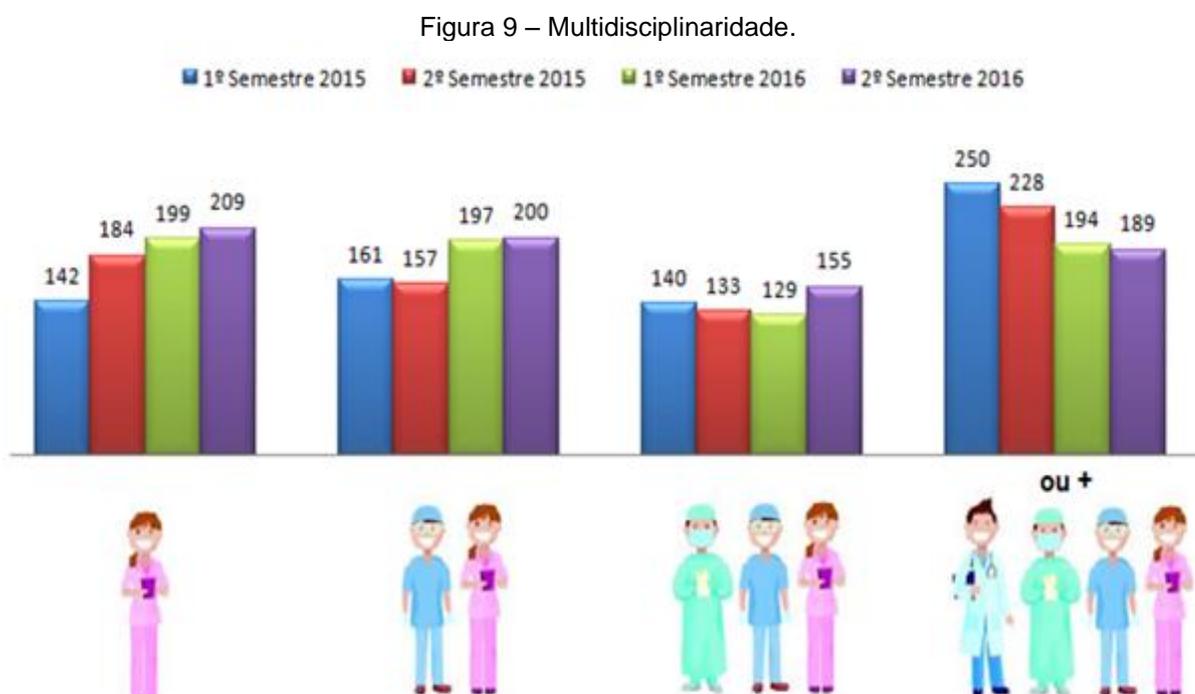
Destaca-se que os profissionais que possuem maior demanda para atendimento permeiam a área da Pediatria, a Odontologia, Neuropediatria e o

Serviço Social. No entanto, estas profissões realizam no máximo um atendimento mensal, tendo capacidade de atender um maior número de pacientes.

A segunda maior demanda de atendimento da Instituição, incluem a Fisioterapia, a Fonoaudiologia e a Terapia Ocupacional. Estes por sua vez, necessitam de no mínimo um atendimento semanal, sendo necessário um número maior de profissionais para atender a demanda. O gestor deve estar atento a estas questões a fim de disponibilizar o número de profissionais necessários para o atendimento de seus pacientes.

De acordo com Brasil (2011b) As Equipes Multiprofissionais de Apoio - EMAP serão constituídas por no mínimo três profissionais de saúde de nível superior. Considerando como as EMAP devem ser constituídas, as consultas por paciente foram quantificadas e classificadas onde cada paciente deveria ter no mínimo uma consulta com três profissionais das diferentes áreas para que o atendimento possa ser considerado como multiprofissional.

O número de atendimentos realizados pelo NAIPE vem crescendo a cada semestre, como se pode observar na Figura 9.



Fonte: A autora (2017).

Como exposto no item 4.1.1 deste trabalho, cada paciente passa por uma triagem realizada por três profissionais, configurando o atendimento multiprofissional de cada paciente.

A Figura 9 nos mostra a continuidade deste atendimento multiprofissional. No 1º Semestre de 2015 têm-se 140 atendimentos com três diferentes profissionais e 250 atendimentos com quatro ou mais diferentes profissionais, sendo que a soma destes dados representam 56% do atendimento sendo realizado de modo multidisciplinar. No segundo semestre de 2015 têm-se 133 atendimentos com três profissionais diferentes e 228 atendimentos com quatro ou mais diferentes profissionais, a soma destes dados representam 51% do atendimento sendo realizado de modo multidisciplinar.

Já no 1º semestre de 2016 têm-se 129 atendimentos com três diferentes profissionais e 194 atendimentos com quatro ou mais diferentes profissionais, a soma destes dados representam 45% do atendimento sendo realizado de modo multidisciplinar. No segundo semestre de 2016 têm-se 155 atendimentos com três diferentes profissionais e 189 atendimentos com quatro ou mais diferentes profissionais sendo que a soma destes dados representam 46% do atendimento sendo realizado de modo multidisciplinar.

Observa-se que a porcentagem de atendimento multidisciplinar obteve uma redução de 5% do ano de 2015 para 2016. Esta redução pode ser explicada pelo fato da gestora da Instituição estar desenvolvendo programas como o de Contra-referencia, ou seja, pacientes que eram residentes em outra cidade, foram contra-referenciados, bem como dos pacientes que não foram diagnosticados com Deficiência Intelectual.

Cabe salientar que estes dados foram retirados de prontuários de papel, os quais são escritos a mão, e sua disponibilização a todos os profissionais durante a consulta, muitas vezes se torna impossível, já que muitas consultas são marcadas no mesmo dia para a comodidade das pacientes, levando em consideração que muitos são de famílias de baixa renda, tendo poucos recursos para estar se locomovendo até a Instituição. Lembrando que esta se localiza no bairro Bucarein, um dos bairros centrais da cidade de Joinville.

4.4 SUGESTÕES DE MELHORIA

O prontuário é um documento único, que tem por objetivo o registro de todos os acontecimentos e situações referentes ao atendimento prestado, de forma a possibilitar a continuidade da assistência e a troca de informações entre os

profissionais de saúde. Sua guarda é de responsabilidade da Instituição, os dados registrados pertencem ao usuário, são sigilosos e conferem respaldo legal para a instituição, o profissional e para o usuário atendido (FUZIGER, 2012).

Todo atendimento deve ser registrado em prontuário, no entanto faz-se necessário, o monitoramento e a supervisão contínua, para a operacionalização do trabalho da equipe, de forma a garantir a qualidade das ações.

Uma possibilidade de melhoria no registro dos prontuários para acompanhamento da multidisciplinaridade do atendimento é prontuário eletrônico, já que este permite o cruzamento de dados facilitando a coleta de dados e a obtenção dos resultados. Segundo Martins e Lima (2014, p. 62) “O prontuário eletrônico proporciona inúmeras vantagens, entre as quais: agilidade no acesso à informação, intercâmbio de informações, economia de espaço, redução de consumo com impressos, informações gerenciais rápidas e precisas e aumento de tempo para os profissionais se dedicarem aos pacientes”.

No entanto essa realidade ainda se encontra longe de algumas organizações públicas de saúde. São vários os fatores que dificultam a implantação do prontuário eletrônico e estão relacionados tanto ao profissional de saúde como: a resistência em operar o computador, a alteração do processo de trabalho como no impacto no relacionamento com o paciente (MARTINS; LIMA, 2014).

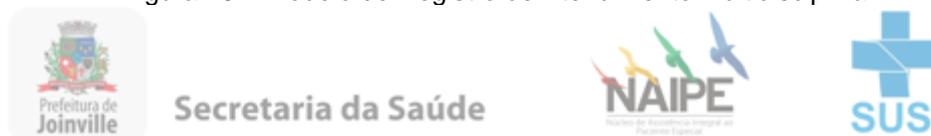
Considerando as dificuldades de implantação do prontuário na rede pública de saúde, uma possibilidade mais próxima a realidade, seria incluir uma planilha no prontuário, para preenchimento dos profissionais que realizarem o atendimento. Assim os líderes de cada plano de inclusão, ao terem acesso ao prontuário, conseguirão distinguir aqueles pacientes que estão tendo atendimento multiprofissional.

Para tanto foi realizado um modelo como sugestão para melhorar o Registro de Atendimento Multidisciplinar, com base na experiência adquirida durante estágio curricular na Instituição, levando em conta a rotina dos profissionais que atuam no estabelecimento.

Como se pode notar na Figura 10, foi montada uma planilha com três colunas, uma coluna com as áreas dos Profissionais que atuam na Instituição; uma coluna com espaço para preenchimento do atendimento que foi planejado para o paciente para o semestre correspondente e uma última coluna para o atendimento que foi executado, assim os líderes de cada plano podem observar, além da

multidisciplinaridade do atendimento, se o planejamento do semestre foi realizado como planejado.

Figura 10 – Modelo de Registro de Atendimento Multidisciplinar.



Nome: _____ Prontuário: _____

Registro de Atendimento Multidisciplinar

| Ano | 1º Semestre | |
|---------------------|-------------|-----------|
| | Planejado | Executado |
| Profissional | | |
| Enfermagem | | |
| Fisioterapia | | |
| Fonoaudiologia | | |
| Ginecologia | | |
| Neuropediatria | | |
| Ortopedia | | |
| Pediatria | | |
| Psiquiatria | | |
| Odontologia | | |
| Pedagogia | | |
| Psicologia | | |
| Serviço Social | | |
| Terapia Ocupacional | | |

Fonte: A autora (2018).

5 CONCLUSÃO

O propósito deste trabalho foi realizar um estudo abrangente sobre o atendimento realizado ao paciente do Núcleo de Assistência Integral ao Paciente Especial - NAIPE, abordando o número de pacientes atendimentos por profissional, traçando o perfil de seus usuários e averiguando a multidisciplinaridade dos atendimentos.

A fim de se obter o embasamento teórico foi realizada uma revisão bibliográfica, identificando os principais conceitos de Deficiência Intelectual, suas principais causas segundo a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, bem como revisado os conceitos de inclusão social, multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade, interdisciplinaridade e a transdisciplinaridade. Mediante estes conhecimentos pôde-se compreender a organização do processo de trabalho realizado pelo NAIPE, correlacionando a teoria com a descrição de seus serviços prestados.

Por intermédio dos dados coletados durante a pesquisa foi possível atingir os objetivos propostos, identificando o perfil dos pacientes atendidos pelo NAIPE em 2015 e 2016. No quesito faixa etária pode-se destacar que a maior parte dos atendimentos pertence ao Plano 4, ou seja, pacientes da faixa etária superior a 18 anos. Quanto ao gênero constatou-se que há prevalência do sexo masculino tanto nos dados coletados, quanto nos dados relatados no censo do IBGE. No que diz respeito aos bairros e sub-regiões concluiu-se que os pacientes demandam em sua maioria das regiões Leste, Sudeste e Sul, regiões estas composta com maior número de residentes com a maior porcentagem de pessoas com renda de até um salário mínimo.

Um ponto de grande importância para a definição do perfil dos pacientes atendidos pelo NAIPE ocorreu por meio da coleta de dados referente ao diagnóstico a qual demonstrou que cerca de 50% dos pacientes possuem diagnósticos com causas relacionadas a doenças Hereditárias ou Congênitas, aproximadamente 30% possuem causas relacionadas a Perturbações Psiquiátricas e em torno de 15% possuem causas relacionadas à falta de assistência a gestante ao recém nascido.

O NAIPE é um serviço de saúde pública, que trabalha com processo de Referência e Contrarreferência voltadas às especificidades das pessoas com Deficiência Intelectual para que essas possam ter acesso a todos os serviços de

saúde. Destaca-se a necessidade da ampliação dos cuidados de atenção básica, bem como a integração dos serviços de saúde oferecidos pelo Sistema Único de Saúde através das políticas públicas, da promoção e prevenção da saúde e da criação de estratégias necessárias a fim de promover a inclusão social da pessoa com Deficiência Intelectual.

Os dados obtidos na pesquisa auxiliarão na elaboração do Plano de Saúde anual da instituição, norteados as ações a serem desenvolvidas para a melhoria dos serviços prestados. Ressalta-se ainda, que os serviços oferecidos pelo NAIPE apresentam a preocupação tanto para ofertar o atendimento multidisciplinar, quanto para ofertar o atendimento interdisciplinar e transdisciplinar. Por meio deste trabalho observou-se que ambos os tipos de atendimento são oferecidos pela instituição estudada, comprovou-se, conforme a descrição do Fluxograma de atendimento, que todos os pacientes atendidos pelo NAIPE podem ser considerados como atendimento Multidisciplinar. Por meio da coleta de dados obteve a confirmação de que, aproximadamente 50% dos pacientes atendidos nos anos de 2015 e 2016 continuam tendo atendimento multidisciplinar.

No que diz respeito à multidisciplinaridade constatou-se que, tendo em vista a necessidade de sugestões e ideias de ações que busquem a melhoria do registro de prontuários para acompanhamento da multidisciplinaridade do atendimento, foi possível elaborar uma planilha a qual se deve incluir ao prontuário do paciente, para que cada profissional possa anotar quando tiver atendimento com o paciente, assim os líderes de cada plano de inclusão, ao terem acesso ao prontuário, conseguirão distinguir aqueles pacientes que estão tendo atendimento multidisciplinar.

Além disso, entende-se a necessidade de incluir os prontuários eletrônicos na rede de atenção a saúde do SUS, devido a sua facilidade de acesso e pelo fato de tornar o processo de aquisição de dados estatísticos mais ágeis, auxiliando o gestor da instituição no planejamento de suas atividades.

Percebeu-se a necessidade do desenvolvimento de novos estudos que objetivem analisar a porcentagem da população usuária dos serviços de saúde de acordo com a sua renda, visto que os dados deste trabalho revelaram uma tendência dos usuários com menor renda em procurar os serviços do Sistema Único de Saúde. Durante a realização do trabalho, surgiu a demanda de pesquisa para determinar o tempo de aguardo do atendimento em uma fila de espera conforme o plano de atendimento, o qual não foi contemplado neste trabalho.

Este trabalho buscou analisar o atendimento multidisciplinar dos atendimentos do NAIPE, porém, na busca pelos dados constatou-se que a instituição tem a preocupação em oferecer o atendimento interdisciplinar e transdisciplinar em seu protocolo de atendimento, trabalhando em planos por faixa etária, o qual possui um líder técnico que gerencia as ações a serem desenvolvidas, que condiz com a definição de atendimento interdisciplinar, e também realiza reuniões de discussão de casos e diagnóstico que tem como objetivo a interação de vários profissionais e vários objetivos integrando os saberes e as ações, que condiz com a definição de atendimento transdisciplinar. No entanto este trabalho não contemplou a averiguação destes serviços, necessitando de novos estudos para averiguar o atendimento interdisciplinar e transdisciplinar da instituição.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO CATARINENSE DE APOIO MULTIPROFISSIONAL AO PORTADOR DE NECESSIDADES ESPECIAIS (Joinville). **Bom dia segunda feira linda!** 2016.

Disponível em:

<<https://www.facebook.com/photo.php?fbid=174747689583364&set=a.165993747125425.1073741829.100011444034301&type=3&theater>>. Acesso em: 14/03/2017.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5-TR**: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, p. 992, 2014.

ARANHA, M. S. F.. Paradigmas da relação da sociedade com as pessoas com deficiências. **Revista do Ministério Público do Trabalho**, Marília, v. 21, p.160-173, mar. 2001. Disponível em: <<http://www.adiron.com.br/arquivos/paradigmas.pdf>>. Acesso em: 16/04/2017.

ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M.. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**: Temas Livres, Natal, v. 2, n. 12, p.455-467, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a22v12n2.pdf>>. Acesso em: 16/04/2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Comitê da Primeira Infância. **Políticas intersetoriais em favor da infância: guia referencial para gestores municipais**. Editora do Ministério da Saúde, Brasília, (Série B. Textos Básicos de Saúde) p. 149, 2002

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa com deficiência no Sistema Único de Saúde SUS**. Editora do Ministério da Saúde, Brasília, (Série F. Comunicação e Educação em Saúde) p. 36, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_pessoa_deficiencia_sus.pdf>. Acesso em 16/04/2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência**. Editora do Ministério da Saúde, Brasília, (Série B. Textos Básicos de Saúde) p. 24, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_pessoa_com_deficiencia.pdf>. Acesso em 16/04/2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459**, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial República Federativa do Brasil, 27 jun. 2011; Seção 1:109. 2011a
Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em 04/02/018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.527**, de 27 de outubro de 2011. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo normas para cadastro dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), a habilitação dos estabelecimentos de saúde no qual estarão alocados e os valores do incentivo para o seu funcionamento. 2011b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html> Acesso em 04/02/18.

CARVALHO, E. N. S.; MACIEL, D. M. M. A.. Nova concepção de deficiência mental segundo a American Association on Mental Retardation - AAMR: sistema 2002. **Temas em Psicologia da Sociedade Brasileira de Psicologia**, Florianópolis, v. 11, n. 2, p.147-156, 2003. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v11n2/v11n2a08.pdf>>. Acesso em: 16/04/2017.

FUZIGER, H. C.. **Registros de Enfermagem: Análise de Prontuários de Uma Estratégia Saúde da Família**. 2012. 43 f. Monografia (Especialização) - Curso de Bacharel em Enfermagem, Centro Universitário Univates, Lajeado, 2012. Disponível em: <<https://www.univates.br/bdu/bitstream/10737/482/1/2012HemilyCenciFuziger.pdf>>. Acesso em: 04/02/2017.

GARGHETTI, F. C.; MEDEIROS, J. G; NUERNBERG, A. H.. Breve História da Deficiência Intelectual. **Revista Eletrônica de Investigation y Docencia**, Florianópolis, n. 10, p.101-116, 2013. Disponível em: <<https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/reid/article/viewFile/994/820>>. Acesso em 15/04/2017.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2006.

GOOGLE MAPS. **NAIPE – Núcleo de Assistência Integral ao Paciente especial**. [2018]. Disponível em: <<https://www.google.com.br/maps/place/NAIPE>>. Acesso em: 14/03/2018.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (Brasil) **Joinville Santa Catarina**. 2010. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/joinville/panorama>>. Acesso em: 15/04/2017.

JOINVILLE. Prefeitura de Joinville. **Fórum encerra comemorações dos 12 anos do Naipe**. 2014a. Imagem. Disponível em: <<https://wwwold.joinville.sc.gov.br/noticia/6846-F%C3%B3rum+encerra+comemora%C3%A7%C3%B5es+dos+12+anos+do+Naipe.html>>. Acesso em: 14/03/2018.

_____. Prefeitura de Joinville. **Mostra Comunidade no Teatro reúne trabalhos de oficinas Casa da Cultura** 2014b. Imagem. Disponível em: <<https://wwwold.joinville.sc.gov.br/noticia/8678-Mostra+Comunidade+no+Teatro+re%C3%BAne+trabalhos+de+oficinas+Casa+da+Cultura.html>>. Acesso em: 14/03/2018.

_____. Prefeitura de Joinville. **Naípe é homenageado pela Câmara de Vereadores**. 2015. Imagem. Disponível em: <<https://wwwold.joinville.sc.gov.br/noticia/imprimir-noticia/codigo/1670>>. Acesso em: 14/03/2018.

_____. Prefeitura de Joinville. **Conheça o trabalho do Núcleo de Assistência Integral ao Paciente Especial (Naípe)**. 2017a. Imagem. Disponível em: <<https://www.joinville.sc.gov.br/noticias/conheca-o-trabalho-do-nucleo-de-assistencia-integral-ao-paciente-especial-naipe/>>. Acesso em: 14/03/2018.

_____. Prefeitura de Joinville. **Núcleo ao Paciente Especial de Joinville comemora 15 anos de atividades**. 2017b. Imagem. Disponível em: <<https://www.joinville.sc.gov.br/noticias/nucleo-ao-paciente-especial-de-joinville-comemora-15-anos-de-atividades/>>. Acesso em: 14/03/2018.

_____. Secretaria de Planejamento Urbano e Desenvolvimento Sustentável – SEPUD. Prefeitura Municipal Joinville. **Joinville Bairro a Bairro 2017**. Joinville, p. 188, 2017c. Disponível em: <<https://www.joinville.sc.gov.br/wp-content/uploads/2017/01/Joinville-Bairro-a-Bairro-2017.pdf>>. Acesso em 04/02/2018.

_____. Secretaria de Planejamento Urbano e Desenvolvimento Sustentável – SEPUD. Prefeitura Municipal Joinville. **Joinville Cidade em Dados 2017**. Joinville, p. 73, 2017d. Disponível em: <<https://www.joinville.sc.gov.br/wp-content/uploads/2016/01/Joinville-Cidade-em-Dados-2017.pdf>>. Acesso em 04/02/2018.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados**. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MARTINS, C.; LIMA, S.M.. Vantagens e desvantagens do prontuário eletrônico para instituição de saúde. **Revista de Administração em Saúde**. v. 16, n. 63 – Abr-Jun, 2014. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-771428>> Acesso em 04/02/2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, São Paulo, Secretaria dos Direitos da Pessoa com Deficiência. **Relatório Mundial sobre a Deficiência** - São Paulo: SEDPcD, 334 p., 2012. Disponível em: <https://prosas.com.br/system/arquivos/arquivos/000/045/313/original/RELATORIO_MUNDIAL_COMPLETO.pdf?1506357360>. Acesso em 16/04/2017.

PEDROSO, C.; SHINOHARA, M. H.. Educação para e pelo Trabalho: A inclusão da Pessoa com Deficiência Intelectual no Mercado de Trabalho. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, São Paulo, v. 10, n. 1, p.138-145, 2010.

PEREIRA, C. et al. Perturbação do Desenvolvimento Intelectual / Incapacidade Intelectual: Experiência de um Centro de Neurodesenvolvimento de um Hospital de Nível III. **Acta Pediatrica Portuguesa**, Portugal, v. 48, p. 304-11, 2017. Disponível

em: <<https://pt.scribd.com/document/364623944/Perturbacao-Do-Desenvolvimento-Intelectual-atas-Pediatria>>. Acesso em 10/03/2018.

ROCHA, C. M. B.. **Educação inclusiva: Uma questão de responsabilidade Social**. Conhecimento Interativo, São José dos Pinhais, PR, v. 8, n.2, p. 17-18, jul./dez. 2014.

RODRIGUES, O. M. P. R.. Educação especial: história, etiologia, conceitos e legislação vigente in CAPELLINI/ V. L. M. F. C. (org.) **Práticas em Educação Especial e Inclusiva**. Bauru: MEC/FC/SEE, 2008.

ROQUETE, F. F.; et al. Multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade: Em busca de diálogo entre saberes no campo da saúde pública. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**. Minas Gerais, v. 2, n. 3, p. 463-474, 2012. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/245>>. Acesso em 15/04/2017.

SAAR, S. R. C.; TREVIZAN, M. A.. Papéis Profissionais de uma Equipe de Saúde: Visão de seus Integrantes. **Revista Latino- Americano de Enfermagem**, São Paulo, v. 1, n. 15, p.1-7, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt_v15n1a16.pdf>. Acesso em: 15/04/2017.

SASSAKI, R. K.. Atualizações semânticas na inclusão de pessoas: Deficiência mental ou intelectual? Doença ou transtorno mental? **Revista Nacional de Reabilitação**, v. 9, n. 43, p. 9-10, mar./abr. 2005. Disponível em: <https://acessibilidadedecultural.files.wordpress.com/2011/09/atualizac3a7c3b5es-semc3a2nticas-na-inclusc3a3o-de-pessoas_-deficic3aancia-mental-ou-intelectual_-doenc3a7a-ou-transtorno-mental_.pdf>. Acesso em: 15/04/2017.

SEVERO, S. B.; SEMINOTTI, N.. Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, p. 1685 – 1698, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/080.pdf>>. Acesso em: 15/04/2017.

SILVA, D. J.. **Marcos Conceituais para o Desenvolvimento da Interdisciplinaridade**. In: O Paradigma Transdisciplinar: Uma Perspectiva Metodológica para a Pesquisa Ambiental, 1999, São José dos Campos. Programa de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico – PADCT, São José dos Campos: Ministério da Ciência e Tecnologia, 1999, p. 1 - 30. Disponível em: <<http://www.gthidro.ufsc.br/arquivos/transdisciplinaridade.pdf>>. Acesso em: 15/04/2017.

SILVA, H. K.. **Organização e funcionamento do programa rede cegonha no sistema único de saúde de Joinville**. 2017. 47 f. TCC (Graduação) - Curso de Gestão Hospitalar, Instituto Federal de Santa Catarina, Joinville, 2017. Disponível em: <<http://joinville.ifsc.edu.br/~bibliotecajoi/arquivos/tcc/gh2017/183613.zip>>. Acesso em: 5/03/2018.

SINDICATO DOS SERVIDORES PÚBLICOS MUNICIPAIS DE JOINVILLE E REGIÃO. Joinville. **A falta de acessibilidade no NAIPE**. 2017. Imagem. Disponível em: <<https://www.joinville.sc.gov.br/noticias/nucleo-ao-paciente-especial-de-joinville-comemora-15-anos-de-atividades/>>. Acesso em: 14/03/2018.

VIEIRA, T.. **Genética Comunitária A inserção da genética Médica na Atenção Primária à saúde em Porto Alegre**. 2012. 105 f. Tese (Doutorado) - Curso de Programa de Pós- Graduação em Medicina: Ciências Médicas, Faculdade de Medicina, Genética Comunitária A Inserção da Genética Médica na Atenção Primária À Saúde em Porto Alegre, Porto Alegre, 2012. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/52944>>. Acesso em: 5/03/2018.

ANEXO A – Autorização de Pesquisa pelo ProgeSUS.**Secretaria da Saúde**

Ofício nº 080/2017/SMS/GAB/NARAS

Joinville, 25 de maio de 2017.

Assunto: **Autorização de pesquisa**

Prezada Senhora,

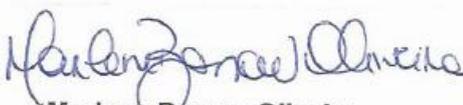
Em resposta à solicitação de autorização para realização de pesquisa por parte da aluna do Curso de Gestão Hospitalar **Jenifer de Melo**, para compor dados ao trabalho intitulado: "Multiprofissionalidade nos atendimentos realizados pelo Núcleo de Assistência Integral ao Paciente Especial – NAIPE durante os anos de 2015 e 2016" informamos:

A Secretaria Municipal da Saúde **autoriza** a realização da pesquisa no Núcleo de Atenção Integral ao Paciente Especial (NAIPE) e solicita que após a sua conclusão, a aluna socialize os resultados com a equipe deste Serviço.

Atenciosamente,



Jean Rodrigues da Silva
Diretor Executivo



Marlene Bonow Oliveira
Núcleo de Apoio à Rede de Atenção à Saúde

Ilma. Sra.
Prof. Caroline Orlandi Brilinger
Docente do CST em Gestão Hospitalar
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Santa Catarina
Campus Joinville

vclm

ANEXO B - Protocolo de Encaminhamento ao NAIPE.

Protocolo de Encaminhamento ao NAIPE

O NAIPE – Núcleo de Assistência Integral ao Paciente Especial; é uma Unidade de Referência da Secretaria Municipal da Saúde de Joinville na assistência integral a pessoas com deficiência intelectual e casos associados.

Para tanto conta com uma equipe multidisciplinar que atende interdisciplinar, formada por: Cirurgião-Dentista, Médicos (pediatra, psiquiatra, neuropediatra), Psicólogo, Terapeuta Ocupacional, Pedagogo, Enfermeiro, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo e Assistente Social.

Este protocolo de encaminhamento tem por objetivo o fornecimento de informações necessárias para que a equipe de diagnóstico do NAIPE possa avaliar se o usuário enquadra-se nos segmentos que o NAIPE realiza assistência e só deverá ser preenchido por profissionais da área da saúde.

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/_____ Sexo: Masculino Feminino

Endereço: _____

CEP: _____ Cidade: _____ UF: _____

Telefones: _____ / _____ / _____

| | | | |
|----------------------|-----------------------------------|-----------|-----------------------------------|
| Tipo de Deficiência: | Física | Cognitiva | |
| | <input type="checkbox"/> Motora | | <input type="checkbox"/> Leve |
| | <input type="checkbox"/> Auditiva | | <input type="checkbox"/> Moderada |
| | <input type="checkbox"/> Visual | | <input type="checkbox"/> Grave |

| | | |
|----------------------|---|---|
| Diagnóstico Clínico: | <input type="checkbox"/> Síndrome de Down | <input type="checkbox"/> Cardiopatia |
| | <input type="checkbox"/> Hipotireoidismo | <input type="checkbox"/> Autismo |
| | <input type="checkbox"/> Paralisia Cerebral | <input type="checkbox"/> Outra síndrome congênita: Qual? _____ |

| | | |
|------------------------|--|---|
| Diagnóstico Funcional: | <input type="checkbox"/> Diplegia / Diparesia | <input type="checkbox"/> Paraplegia / Paresia |
| | <input type="checkbox"/> Tetraplegia / Paresia | <input type="checkbox"/> Hemiplegia / Paresia |
| | <input type="checkbox"/> Outros. Qual _____ | |

Data: ____/____/_____

Carimbo e assinatura: _____