

## ESTRUTURAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE UM PROTOCOLO OPERACIONAL PADRÃO DE APLICAÇÃO DO ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO FUNCIONAL-2020 E GERENCIAMENTO DE BANCO DE MONITORAMENTO DE COVID-19 NA APAE/CER II DE UNAÍ -MG

Uguiarlem Ribeiro Durães <sup>1</sup>

Éverton Luís Pereira <sup>2</sup>

**Resumo:** O recente cenário mundial nos coloca em posição de fragilidade e incerteza em função da pandemia de COVID-19, que terá implicações em longo prazo na saúde da população, em especial para as pessoas com deficiência, devido à invisibilidade sistemática. O presente relato apresenta a elaboração e a implementação de um Protocolo Operacional Padrão (POP) de Aplicação do Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-2020 e Gerenciamento de Banco de Monitoramento de COVID-19 na APAE/CER II de Unaí – MG. Foi desenvolvido um Protocolo Operacional Padrão e Banco de Monitoramento de Dados entre março e maio de 2021. A sua elaboração ocorreu entre equipe, pelas reuniões, diálogos e discussões, seguindo a linha construtiva da saúde, baseada em evidências, sendo apresentado e implementado em maio de 2021 em um processo de Educação Permanente. O POP, além de instruir a organização e a normatização dos procedimentos, permitirá mensurar o grau de vulnerabilidade clínico-funcional, avaliar o impacto da pandemia da COVID-19 e do isolamento social nos usuários já acompanhados, mensurar a vulnerabilidade clínico-funcional e, ainda, identificará se o usuário é uma pessoa com deficiência temporária ou permanente, bem com a sua funcionalidade. É essencial que os procedimentos de cuidado e atenção considerem que a abordagem da questão da deficiência deve ser global e integral. Os instrumentos propostos e em uso na APAE podem contribuir com a produção de dados que auxiliem na mudança das formas de encarar a deficiência, possibilitando um novo olhar sobre essa realidade pós COVID-19.

**Palavras-Chave:** Protocolo Operacional Padrão. Banco de Dados. Pessoas com Deficiência. COVID-19.

**Abstract:** The recent global scenario places us in a position of fragility and uncertainty because of the COVID-19 pandemic, which will have long-term implications for the health of the population that extends beyond the pandemic, especially for people with disabilities, because of systematic invisibility. This paper discusses the preparation and implementation of a

<sup>1</sup> Terapeuta ocupacional na APAE de Unaí-MG, especialista em direitos humanos e ressocialização. Fez Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade. Mestrando em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília (UnB). Link do Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4950-7705>. Link do Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4518496037087671>.

<sup>2</sup> Doutor em Antropologia Social (UFSC). Pós-doutorado no Medical Anthropology Research Centre da Universitat Rovira i Virgili (URV). Professor do Departamento de Saúde Coletiva (DSC), do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) e do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais - Estudos Comparados sobre as Américas (PPGECsA), da Universidade de Brasília (UnB). Link do lattes: <http://lattes.cnpq.br/5197309393076747>. Link do ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7771-1594>

Standard Operating Protocol (SOP) for the application of the Functional Clinical Vulnerability Index-2020 and COVID-19 Monitoring Bank Management at APAE/CER II in Unaí–MG. A Standard Operational Protocol and Data Monitoring Database were developed between March and May 2021. Its preparation took place among the team, through meetings and discussions, following the constructive line of evidence-based health, and it was presented and implemented on May 2021 in a Permanent Education process. The SOP, besides instructing the organization and standardization of procedures, will allow measuring the degree of clinical-functional vulnerability, assess the impact of the COVID-19 pandemic and social isolation on users already monitored, measure the user's clinical-functional vulnerability, and will also identify whether this user has a temporary or permanent disability, whether or not it is functional. Care and attention procedures must consider that the approach to a disability must be global. The instruments proposed and in use at APAE can contribute to creating data that help change the ways of facing disability, enabling a new look at this reality after COVID-19.

**Keywords:** Standard Operating Protocol. Database. People with disabilities. COVID-19.

## INTRODUÇÃO

A definição de deficiência e, conseqüentemente, a maneira como ela passa a ser abordada e tratada, tem passado por grandes transformações ao longo dos anos. A inclusão de um novo debate acadêmico e social, propiciado pelos estudos sobre deficiência, amplia a discussão e incorpora um conjunto de problematizações que até então não estavam na pauta internacional e nacional.

Problematizações sobre o capacitismo (GESSER; BLOCK; MELLO, 2020), funcionalidade e avaliações da deficiência (PEREIRA; BARBOSA, 2016; BARBOSA; PEREIRA; RODRIGUES, 2017), narrativas sobre os sentidos da deficiência em culturas de normalidade (DAVIS, 1995), interseccionalidades e marcadores sociais da diferença (MELLO; NUERNBERG, 2012), inclusão e transformação social, reservas de vagas para pessoas com deficiência no mercado de trabalho e nas universidades, são questões que foram incluídas pela academia e ganharam amplo debate. Somado ao debate realizado no âmbito acadêmico, as normativas também trouxeram abordagens mais progressistas da deficiência.

As discussões dos estudos da deficiência pontuam pelo menos dois modelos de definição da deficiência. O modelo médico, hegemônico, aborda a deficiência por um conjunto de teorias e práticas assistenciais em saúde que pressupõem relação de causalidade entre a lesão ou a doença e a experiência da deficiência. A deficiência, nesse modelo, é a expressão de uma limitação corporal do indivíduo para interagir socialmente (MEDEIROS; DINIZ; SQUINCA, 2006). Esse modelo considera exclusivamente questões biológicas e individuais e, por esse motivo, está unicamente centrado em reestabelecer um padrão “normal”.

Contrapondo o modelo médico e contribuindo com o modelo social, Diniz (2003) defende que a deficiência deve ser entendida como um conceito amplo e relacional. É deficiência

toda e qualquer forma de desvantagem resultante da relação do corpo, com lesões, e a sociedade. A proposta do modelo social coloca em evidência que a deficiência não deve ser pensada unicamente centrada no indivíduo e no corpo. O deslocamento desse olhar faz com que também políticas públicas e ações em saúde considerem questões estruturais e coletivas.

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, criada em 2007 pelas Nações Unidas, promulgada pelo Governo brasileiro pelo decreto legislativo n.º 6949 de 2009, assim define pessoas com deficiência: aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir a sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais (ONU, 2007; BRASIL, 2009).

Outro documento relevante para as ações para pessoas com deficiência é o Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei Brasileira de Inclusão - LBI), sancionado no dia 6 de julho de 2015. Ele é um dos mais importantes instrumentos de emancipação civil e social dessa parcela da sociedade. O documento consolida as leis existentes e avança nos princípios da cidadania, resultado de um enorme esforço coletivo (BRASIL, 2015).

Tanto a Convenção, quanto a LBI, ampliam a noção de deficiência e adotam perspectivas do modelo social para a discussão sobre inclusão social. Ambas reconhecem ser necessário superar situações de desigualdade e as barreiras vividas pelas pessoas com deficiência para a transformação da realidade desses sujeitos. Dessa forma, elas propõem ações e políticas públicas que possam ampliar a inserção social e transformar estruturalmente a vida das pessoas com deficiência.

Desde então, vários movimentos e políticas acerca desta população vêm sendo construídos. Vêras (2000) declara que um movimento pioneiro no Brasil para prestar assistência médico-terapêutica às pessoas com deficiência intelectual, resultou na criação da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais - APAE. A APAE é qualificada como uma Organização da Sociedade Civil (OSC), constituída por pais, amigos, pessoas com deficiência, voluntários, profissionais de saúde e instituições parceiras – públicas e privadas, cujo objetivo principal é promover a atenção integral à pessoa com deficiência neuropsicomotora, sociocomportamental, dentre outras (UNIDADE DE REABILITAÇÃO, 2019).

Com base no anterior mencionado, a Federação Nacional das APAES - FENAPAES (2020) elaborou a Política de Atenção Integral e Integrada da Rede APAE, que compreende a articulação das ofertas de assistência social, educação, saúde e inclusão no mundo do trabalho destinados ao público-alvo da Apae Brasil, de modo a assegurar-lhes pleno desenvolvimento, bem-estar e qualidade de vida. No mesmo documento, a APAE Brasil define estatutariamente seu público-alvo, que consiste, preferencialmente, em pessoas com deficiência com impedimentos de natureza intelectual e múltipla. Acrescenta-se a esses, as pessoas com Transtornos do Espectro Autista associados aos impedimentos intelectuais, devido à demanda crescente por atendimento na Rede Apaeana.

O CER, conforme estabelecido na Portaria de Consolidação n.º 3 de 28 de setembro de

2017, anexo VI, é um ponto de atenção ambulatorial especializada em reabilitação que realiza diagnóstico, avaliação, orientação, estimulação precoce e atendimento especializado em reabilitação, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva. Dessa forma, o CER se constitui como uma referência para a rede de atenção à saúde no território, podendo ser organizado das seguintes formas: CER II – composto por duas modalidades de reabilitação; CER III – composto por três modalidades de reabilitação e CER IV – composto por quatro modalidades de reabilitação, que atendem as deficiências auditiva, física, intelectual e visual.

Uma das formas de considerar o conceito de deficiência e os direitos propostos pela Convenção e LBI e ampliar a capacidade de resposta da rede CER, conforme as normativas atuais, é utilizar instrumentos que avaliem não apenas os impedimentos biológicos e físicos, mas também aqueles que ampliam o olhar para a questão da relação biopsicossocial. Nesse sentido, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), bem como instrumentos derivados ou relacionados, podem contribuir para o olhar mais qualificado e global para a questão da deficiência do ponto de vista biopsicossocial.

Assim como o modelo de deficiência foi se reformulando temporalmente, o cenário da pandemia de COVID-19 nos põe a repensar sobre os modelos de reabilitação, refletir sobre cuidado além do corpo em toda sua totalidade física e biológica e ir para a totalidade intencional - o corpo vivido (TOOMBS, 1995), proporcionando ampliar o olhar sobre os desafios das práticas de reabilitação. A pandemia do Coronavírus não apenas está provocando grandes transformações sociais e sanitárias em nível internacional, ela também vem exigindo que sejam repensadas práticas profissionais e de cuidado em saúde. Entre elas, é preciso pensar e consolidar serviços de reabilitação que possam dar conta das novas demandas trazidas pela pandemia.

O recente cenário mundial nos coloca em posição de fragilidade e incerteza. A COVID-19 vem promovendo reestruturações em todos os âmbitos: emocionais, sociais, físicos, ambientais e profissionais. O isolamento social e a perduração da pandemia terão implicações em longo prazo para a saúde da população que se estende para além da pandemia de COVID-19, em especial para populações vulneráveis: os idosos, as gestantes, população empobrecida, bem como as pessoas com deficiência - por causa das condições de saúde, moradia, mobilidade, educação, ausência de acessibilidade aos transportes, entre outros aspectos (UN, 2020; MACIEL, 2020).

Maciel, Melo e Delcarro e et al. (2020) destacam que as pessoas com deficiência continuam sendo vistas como incapazes pela maioria da população. Durante a pandemia de COVID-19, essa situação se agravou. Além das vulnerabilidades sociais, outro sinal foi a falta de inclusão, nos dados oficiais, de informações relativas às pessoas com deficiência infectadas, ou que foram a óbito pela COVID-19. Essa ausência de informações e diagnósticos específicos dificulta consideravelmente a realização de pesquisas e análise de dados; além da elaboração de políticas públicas direcionadas. Além do apagamento nas bases de dados, a crescente ausência dessa população nas agendas públicas, gera o que Pereira et al. (2021) chamaram de invisibilidade sistemática.

O Governo de Minas Gerais, pela Secretaria de Estado de Saúde (SES - MG), elaborou

uma Nota Informativa (2020), com recomendações sobre a organização das redes de atenção à saúde para promover reabilitação dos usuários com sequelas de COVID-19 no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa rede de atenção à saúde tem o objetivo de possibilitar a reabilitação aos pacientes, que após infecção pelo SARS-CoV-2 necessitam da continuidade dos cuidados, e apresentar algumas recomendações para atuação resolutiva e eficiente com vistas à recuperação clínica-funcional e melhoria da qualidade de vida desses pacientes.

A mesma Nota Informativa da SES - MG (2020) “recomenda o Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional - 2020 (IVCF-20) para mensurar o nível de funcionalidade do usuário”. As sequelas da COVID-19 vêm gerando demandas aos serviços de reabilitação e eles terão que se adequarem a uma nova rotina, a gestão deverá entender a importância de planejar, padronizar e monitorar suas ações, de modo a promover práticas assistenciais permeadas pela visão integral dos pacientes. Essas demandas inserem nos serviços sujeitos que não necessariamente vivenciavam as situações de deficiência ou perda de funcionalidade. Isso exige um olhar para a complexidade desse fenômeno e a elaboração de instrumentos de acompanhamento que consigam ampliar o olhar para além da questão puramente biológica.

Uma ferramenta gerencial baseada em evidências no campo da saúde que o gestor pode utilizar para melhorar a qualidade da assistência prestada é a padronização das intervenções de sua equipe de saúde, pelos Procedimentos Operacionais Padrão (POP). O POP é uma ferramenta de qualidade que traz satisfação para todos os envolvidos no processo, orientando por uma sequência detalhada das atividades desenvolvidas, garantindo uma padronização com resultados esperados. Define-se, segundo Kurcgant (2008, p. 69), que o POP consiste em descrever o procedimento realizado, e “geralmente é uniforme para toda a organização, pois está baseado em princípios científicos e, assim, não se modifica, independente de quem o realiza”.

A Prática Baseada em Evidências (PBE) tem sido considerada uma importante mudança de paradigma na educação e no âmbito da saúde moderna (EBELL et al., 2017). Ela é definida como uma abordagem que associa a melhor evidência científica disponível, com a experiência clínica e a escolha do paciente para auxiliar na tomada de decisão (SACKETT et al., 2003).

Mediante o exposto, o objetivo deste relato prático é apresentar a elaboração e implementação de um Protocolo Operacional Padrão de Aplicação do Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional - 2020 e o Gerenciamento de Banco de Monitoramento de COVID-19 na APAE/CER II de Unaí - MG.

## **METODOLOGIA**

O presente relato prático se baseia na experiência da construção de um Protocolo Operacional Padrão de aplicação do Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional - 2020 e do Banco de Monitoramento dos casos e demandas de COVID-19 na APAE de Unaí - MG, realizado entre os meses de março e maio de 2021.

Considerando que a COVID-19 pode afetar os usuários atendidos pela instituição e que

as sequelas dela irão gerar novas demandas de reabilitação no CER II, realizou-se uma criação e implementação de um POP e um Banco de Dados, de modo a quantificar as demandas, gerar relatórios situacionais e mensurar se as práticas de reabilitação diminuem o índice de vulnerabilidade clínico-funcional dos indivíduos atendidos na APAE/CER II.

A implementação de um POP garante a padronização e uniformidade das atividades, objetivando garantir índices de segurança e qualidade de práticas assistenciais e gerenciais no atendimento ao usuário e no desempenho profissional, não só na parte da saúde, mas em todos os outros setores que compõem a instituição.

A elaboração do POP ocorreu entre equipe, por reuniões, diálogos e discussões entre os setores de terapia ocupacional, enfermagem e a coordenação do CER II. A linha construtiva se fundamentou no modelo de saúde baseada em evidências, considerando a segurança, a ética e as intervenções em saúde voltadas ao público atendido na instituição, promovendo a integração da experiência clínica e as melhores evidências disponíveis. As ferramentas utilizadas como base foram da Estatística, Metodologia Científica e da Informática para trabalhar a pesquisa, conhecimento e a atuação em Saúde, visando oferecer a melhor informação disponível para a tomada de decisão.

O POP foi apresentado e implementado no dia 13 de maio de 2021 em uma Educação Permanente, que tratava sobre a temática de Diálogos Prospectivos, em que os profissionais do CER II foram convidados a pensar, a debater e a buscar soluções diante os impactos da Pandemia de COVID-19 na APAE.

Atualmente (maio de 2021), o CER II da APAE de Unaí conta com 29 profissionais de saúde, entre fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, nutricionista, psicopedagogos, assistente social, técnico em higiene dental e cirurgião dentista, além de médicos especialistas. É referência em ostomia, reabilitação física, intelectual e referente ao Transtorno do Espectro Autista (TEA). Conforme Nota Informativa da SES - MG (2020), agora é referência para reabilitação de sequelas pós-COVID-19. A unidade atende, em média, 503 usuários da Microrregião de Saúde do Noroeste de Minas, composta por 11 municípios (Ariños, Uruana de Minas, Riachinho, Bonfinópolis de Minas, Natalândia, Dom Bosco, Paracatu, Cabeceira Grande, Buritis, Formoso e Chapada Gaúcha).

As avaliações físicas (modalidade na qual se encaixam os usuários com sequelas de COVID-19) são realizadas todas as sextas-feiras, de forma multiprofissional e, em alguns casos, são efetuados mutirões de avaliações para diminuir a fila de espera de usuários na regulação. É realizada uma anamnese, avaliação e testes específicos, que cada profissional aplica para triagem dos usuários.

Além disso, é aplicado o IVCF -20, desenvolvido e validado no Brasil em 2016 por componentes do Núcleo de Geriatria e Gerontologia da Universidade Federal de Minas Gerais - UFGM a partir de outros instrumentos de triagem rápida amplamente citados na literatura. A proposta era definir um instrumento de triagem multidimensional objetivo, simples e de rápida aplicação, que pode ser realizada por qualquer profissional de saúde da equipe (MORAES, et al.

2016). O IVCF - 20 é composto por 20 questões. Ele avalia a idade, a autopercepção da saúde, as atividades de vida diária, a cognição, o humor, a mobilidade, a comunicação e as comorbidades múltiplas, que totalizam um score de 40 pontos. Quanto maior o score, mais vulnerável o usuário se encontra. Se o usuário apresentar dificuldades em responder, é recomendado utilizar as respostas do cuidador.

Após os passos anteriores, a equipe multiprofissional se reúne para fazer o estudo de caso, no qual elaboram o Projeto Terapêutico Individualizado, Relatório Simplificado e o Relatório Situacional. Ambos são construídos a partir da anamnese, avaliação e testes específicos aplicados. Nesse momento, também, o usuário recebe os qualificadores de “desempenho” e “capacidade” de acordo com Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).

Os documentos são impressos, assinados e carimbados pelos profissionais que avaliaram o usuário. Por fim, é marcada uma data com o usuário e responsável (quando necessário) para devolutiva do estudo de caso realizado, se ele será acompanhado ou não pela instituição, por quais categorias e horários. Esse processo é registrado em ata e assinado pelos participantes.

## RESULTADOS

A elaboração do POP de Aplicação do Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional - 2020 e o Gerenciamento de Banco de Monitoramento de COVID-19 têm como propósito instruir a organização e a normatização dos procedimentos executados relativos às demandas de reabilitação de sequelas pós-COVID-19, bem como monitorar e quantificar as demandas de reabilitação já atendidas no CER II.

Os materiais necessários para sua aplicação são: Questionário padrão do Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional 2020 (IVCF-20); Planilhas de Monitoramento de COVID-19 na APAE/CER II de Unaí - MG; Caneta e Computador de uso interno da instituição (para que os dados não sejam publicizados sem autorização).

Os objetivos do POP são:

- a) - Aplicar o questionário IVCF - 20 nos usuários que estão chegando para serem avaliados após serem diagnosticados com COVID-19 e usuários acompanhados pelo serviço diagnosticados com COVID-19;
- b) - Organizar e quantificar as demandas de reabilitação no CER II executadas pela APAE de Unaí - MG;
- c) - Alimentar as planilhas de monitoramento de COVID-19 na APAE/CER II de Unaí - MG, gerando relatórios situacionais, quando solicitado.

Os procedimentos adotados serão apresentados e explicitados abaixo:

- a) - Aplicação do IVCF - 20 com os usuários que já são acompanhados pela insti-

tuição e com o usuário novo que está chegando para ser avaliado - a nutricionista realiza a primeira aplicação do IVCF - 20 com o usuário no dia em que é efetuada a avaliação física da equipe multiprofissional. A aplicação com o usuário que já é acompanhado pelo serviço é realizada pelo primeiro profissional que estiver em contato com ele. Essa aplicação permitirá mensurar o grau de vulnerabilidade clínico-funcional, avaliar o impacto da pandemia da COVID-19 e do isolamento social nos usuários então já acompanhados, se houve regressão no processo de reabilitação e/ou habilitação, bem como verificar a vulnerabilidade clínico-funcional do usuário que está chegando para ser avaliado. Isso permite, ainda, identificar se esse usuário tem uma deficiência temporária ou permanente, bem como avaliar questões de funcionalidade;

b) - Alimentação das Tabelas de Monitoramento - é o segundo passo, no qual o profissional que aplicou o IVCF - 20 alimentará as planilhas (existe uma específica para os usuários já acompanhados pela instituição e outra para os usuários que chegam para ser avaliados) com os dados do usuário, o mês do diagnóstico da COVID-19, se houve internações, se apresenta sequelas, quais categorias que é ou será acompanhado, Score IVCF - 20 inicial e data da aplicação, assim como o CID-10 do usuário. A execução dessa etapa oportuniza a criação de um perfil dos usuários do serviço;

c) - Retroalimentação das Tabelas de Monitoramento - é o terceiro passo, no qual os usuários, em processo de alta, deverão passar pela reaplicação do IVCF - 20. O último profissional a dar alta ao usuário ficará responsável pelo processo de aplicação. Após aplicação, ele deverá ir novamente nas planilhas e preencher somente as abas Score IVCF - 20 final e data da aplicação. Esse procedimento permite mensurar a variação no Score do IVCF - 20 de quando o usuário foi (re)admitido e recebeu alta;

d) - Relatórios - é o último passo do POP e, quando solicitado, permite aos profissionais e ao gestor da instituição traçar um perfil epidemiológico dos usuários atendidos na instituição, por período, idade, sexo, CID-10; gerar relatórios situacionais para verificar se o processo de reabilitação do serviço diminuiu ou não o grau de vulnerabilidade clínico-funcional dos usuários e os apresentar para Secretaria de Estado de Saúde local ou regional; além da possibilidade de poder publicar esses resultados em revistas, congressos e na própria instituição.

As planilhas de alimentação e retroalimentação de dados (Banco de Dados) foram construídas no programa Microsoft Excel entre os meses de abril e maio de 2021. No processo de elaboração, pretendeu-se abarcar o que o ARGUS - Prontuário Eletrônico (PEC) da instituição - no qual já havia dados sendo acrescentados outros que não eram abarcados pelo PEC (por exemplo, mês do diagnóstico da COVID-19, internação, sequelas, Score IVCF-20 Inicial e

Final, e data de aplicação). O Banco de Dados permitirá levantar evidências acerca do comportamento da pandemia de COVID-19 entre os usuários atendidos na instituição, quanto à temporalidade, sequela, se essa sequela deixou a pessoa com deficiência temporária ou permanente, se os usuários já acompanhados foram infectados por Coronavírus, dentre outros aspectos. A seguir, apresenta-se um esquema ilustrativo dos procedimentos adotados no POP (Figura 1), bem como duas planilhas ilustradas na Figura 2 e 3, que serão utilizadas para alimentação e armazenamento do Banco de Dados.

Figura 1: Procedimentos Adotados



Fonte: Elaborado pelos Autores no Canva (2021)

Figura 2: Monitoramento de Usuários - pacientes atendidos na APAE/CER II de Unai - MG que contraíram COVID-19

MONITORAMENTO DE USUÁRIOS/PACIENTES ATENDIDOS NA APAE/CER II DE UNAI - MG QUE CONTRAÍRAM COVID-19														
QUANT.	NOME	DATA DE NASCIMENTO	IDADE	SUS	CÓDIGO	MÊS QUE TEVE COVID-19	INTERNAÇÃO	SEQUELAS	ACOMPANHADO/CATEGORIAS	SCORE IVCF INICIAL	DATA DE APLICAÇÃO	SCORE IVCF FINAL	DATA DE APLICAÇÃO	TIPO DE DEFICIÊNCIA/DIAGNÓSTICO
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														
21														
22														
23														
24														

Fonte: Elaborada pelos Autores no Microsoft Excel® (2021)

Figura 3: Usuários/pacientes avaliados na APAE/CER II de Unai - MG pós-COVID-19

USUÁRIOS/PACIENTES AVALIADOS NA APAE/CER II DE UNAI - MG PÓS COVID-19														
QUANT.	NOME	DATA DE NASCIMENTO	IDADE	SUS	CÓDIGO	MÊS QUE TEVE COVID-19	INTERNAÇÃO	SEQUELAS	ACOMPANHADO/CATEGORIAS	SCORE IVCF INICIAL	DATA DE APLICAÇÃO	SCORE IVCF FINAL	DATA DE APLICAÇÃO	TIPO DE DEFICIÊNCIA/DIAGNÓSTICO
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														
21														
22														
23														
24														

Fonte: Elaborada pelos Autores no Microsoft Excel® (2021)

## CONCLUSÕES

O Protocolo Operacional Padrão de Aplicação do Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional - 2020 e Gerenciamento de Banco de Monitoramento de COVID-19 na APAE/CER II de Unaí - MG foi implementado no dia 13 de maio de 2021 em uma Educação Permanente com os profissionais de saúde do CER II.

Essa padronização permitirá a garantia da continuidade do serviço, a melhoria da eficácia e da eficiência dos processos operacionais e a impessoalidade nos procedimentos de rotinas internas. Além disso, devido ao momento de crise pandêmica, este procedimento é de suma importância, pois os dados permitem monitorar os casos de COVID-19 entre os profissionais de saúde atuantes na APAE, entre os pacientes que já são acompanhados pela instituição e entre os pacientes que já vêm para serem avaliados pelo serviço com a demanda de sequela pós-COVID-19.

Futuramente, os dados poderão ser consultados, de modo a construir evidências, executar os procedimentos de rotina relativos à sua área de atuação, bem como para gerar relatórios situacionais pertinentes à gestão, quantificando as demandas de reabilitação do CER II, comparar pelo IVCF - 20 se a reabilitação diminuiu as sequelas de COVID-19 e o nível de vulnerabilidade clínico-funcional dos usuários atendidos no serviço.

Com as novas discussões trazidas pelo modelo social da deficiência e os avanços propostos pela Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência e a Lei Brasileira de Inclusão, é essencial que os procedimentos de cuidado e atenção levem em consideração que a abordagem da questão da deficiência deve ser global e integral. Os procedimentos nos serviços precisam considerar a multiplicidade de experiências no mundo.

A pandemia do Coronavírus ampliou essa demanda e exigiu adaptações das rotinas e dos protocolos utilizados. Os instrumentos propostos e em uso na APAE - Unaí podem contribuir também para a produção de dados que auxiliem na mudança das formas de encarar a deficiência, possibilitando um novo olhar sobre essa realidade pós-COVID-19.

## **AGRADECIMENTOS**

Às enfermeiras Ana Cristina Resende dos Santos Rates e Bárbara Aparecida Rodrigues Silva Ribeiro, à terapeuta ocupacional Ana Cleonice Bispo, à psicóloga Cláudia Garcia Parente e ao fisioterapeuta Ruiteir de Oliveira Resende, coordenador do CER II da APAE de Unaí.

## **REFERÊNCIAS**

BARBOSA, Livia; PEREIRA, Éverton Luís; RODRIGUES, Daniela da Silva. LC 142: desafios da avaliação da deficiência em um marco de justiça. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, São Carlos, v. 25, n. 4, p. 909-915, 2017. Disponível em: <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/1702/924>. Acesso em: 31 out. 2021.

BRASIL. Decreto nº 7.612, de 17 de Novembro de 2011. Institui o Plano Nacional dos Direitos

da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite. **Diário Oficial da União** de 18/11/2011, p. 12, Brasília, 2011. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7612.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7612.htm) Acesso em: 12/05/2021.

BRASIL. Decreto Legislativo nº 186 de 9 julho de 2009. Nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. **Diário Oficial da União**, Seção 1 - 26/8/2009, p. 3, Brasília. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 793, de 24 de Abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**; Poder Executivo, Seção 1, p. 94-95, Brasília, DF, 25 abr. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, n. 190 - Suplemento, de 03 de outubro de 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003\\_03\\_10\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html) Acesso em: 12 maio 2021.

BRASIL. Lei n. 13.146, de 6 de jul. de 2015. Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência. **Diário Oficial da União** - Seção 1, p. 2, 2015.

DAVIS, Lennard. **Enforcing normalcy: disability, deafness and the body**. Nova York: Verso, 1995.

DINIZ, Débora. O modelo social da deficiência: a crítica feminista. **Série Anis**, Brasília, n. 28, 2003. Disponível em: [http://www.anis.org.br/serie/artigos/sa28\(diniz\)deficienciafeminismo.pdf](http://www.anis.org.br/serie/artigos/sa28(diniz)deficienciafeminismo.pdf) Acesso em: 15 maio 2021.

EBELL, Mark H. et al. How good is the evidence to support primary care practice? **BMJ Evidence-Based Medicine**., v. 22, p. 88-92, 2017.

FEDERAÇÃO NACIONAL DAS APAES - FEAPAE. APAE BRASIL. Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão da Rede APAE. Instituto de Ensino e Pesquisa Uniapae São Paulo/FEAPAES-SP, 2020. **Política de Atenção Integral e Integrada da Rede APAE**. Disponível em: <https://media.apaebrasil.org.br/FENAPAES-CARTILHA-POLITICA-DE-ATENCAO-INTEGRAL-E-INTEGRADA-DA-REDE-APAE-Web.pdf> Acesso em: 26 out. 2021.

GESSER, Marivete; BLOCK, Pamela; MELLO, Anahí Guedes. Estudos da deficiência: interseccionalidade, anticapacitismo e emancipação social. In: GESSER, Marivete; BÖCK, Geisa Letícia Kempfer e LOPES, Paula Helena (org.). **Estudos da deficiência: anticapacitismo e emancipação social**. Curitiba: CRV, 2020. p. 17-36

KURCGANT, Paulina et al. **Administração em Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991. p. 237

MACIEL, Ethel; MELO, Douglas; DELCARRO, Jéssica et al. **Pessoas Com Deficiência e COVID-19 no estado do Espírito Santo**: entre a invisibilidade e a falta de Políticas Públicas. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.1540>. Acesso em: 12 maio 2021.

MEDEIROS, Marcelo; DINIZ, Débora; SQUINCA, Flávia. **Estudo do Programa Brasileiro de Transferências de Renda para a População com Deficiência e suas famílias no Brasil**: uma análise do Benefício de Prestação Continuada. Brasília: IPEA, 2006.

MELLO, Anahi Guedes; NUERNBERG, Adriano Henrique. Gênero e deficiência: interseções e perspectivas. **Revista Estudos Feministas.**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 635-655, mês set./dez. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/rDWXgMRzzPFVtTQDLxr7Q4H/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 01 nov. 2021.

MINAS GERAIS. Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais. **Nota informativa**. Recomendações sobre a organização das redes de atenção à saúde para promover a reabilitação dos usuários que após infecção pelo Sars-Cov-2 apresentam sequelas funcionais e necessitam da continuidade dos cuidados, no âmbito do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2020.

MORAES, Edgar Nunes de et al. Clinical-Functional Vulnerability Index-20 (IVCF-20): rapid recognition of frail older adults. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, p. 1 - 9, ago. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/HMMB75NZ93YFBzyysMWYgWG/?lang=en>. Acesso em: 18 maio 2021.

PEREIRA, Éverton Luís; BARBOSA, Livia. Índice de Funcionalidade Brasileiro: percepções de profissionais e pessoas com deficiência no contexto da LC 142/2013. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 21, n. 10, p. 3017-3026, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Tjf4FFjr-jWQmpwwt4KwCZJC/abstract/?lang=pt> Acesso em 01 nov. 2021.

PEREIRA, Éverton Luís et al. Invisibilidade sistemática: pessoas com deficiência e Covid-19 no Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. v. 25, supl 1, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2021.v25suppl1/e200677/> . Acesso em: 12 maio 2021.

UNIDADE DE REABILITAÇÃO. **Movimento APAEANO**: a maior rede à pessoa com deficiência. 2019. Disponível em: <https://apae.com.br/>. Acesso em: 23 maio 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CRPD)**. Nova York: United Nations; 2007. Disponível em: <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html> Acesso em: 17 maio 2021.

UNITED NATIONS (UN). **Policy brief**: a disability-inclusive response to Covid-19 [Inter-

net]. Nova York: United Nations; 2020. Disponível em: <https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-05/Policy-Brief-A-Disability-Inclusive-Response-to-COVID-19.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2021.

SACKETT, David L. et al. **Medicina Baseada em Evidências**: prática e ensino. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

TOOMBS, S. Kay. The lived experience of disability. **Hum Stud**, n. 18, p. 9-23, 1995. Disponível em: <https://philpapers.org/rec/TOOTLE> Acesso em: 20 de junho de 2021.

VÉRAS, Vera Lúcia de Araújo. **APAE Inclusão/Transformação**: Uma análise do desenvolvimento histórico e pedagógico do movimento apaeano de Caicó (RN). 2000. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Caicó, 2000.