



**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO HUMANO E
TECNOLOGIAS**

**TELESSAÚDE EM TEMPOS DE PANDEMIA DA COVID 19: PERCEPÇÃO DE
FISIOTERAPEUTAS E DE TERAPEUTAS OCUPACIONAIS DO ESTADO DE
SÃO PAULO**

LARISSA DA SILVA LUZ

**RIO CLARO-SP
2022**



**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO HUMANO E
TECNOLOGIAS**

**TELESSAÚDE EM TEMPOS DE PANDEMIA DA COVID 19: PERCEPÇÃO DE
FISIOTERAPEUTAS E DE TERAPEUTAS OCUPACIONAIS DO ESTADO DE
SÃO PAULO**

LARISSA DA SILVA LUZ

Dissertação apresentada ao Instituto de Biociências do Câmpus de Rio Claro, Universidade Estadual Paulista, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestrado em Desenvolvimento Humano e Tecnologias.

Área de concentração: Tecnologias, Corpo e Cultura.

Orientadora: Profa Dra. Luciana Ramos Baleotti.

**Rio Claro – SP
2022**

L979t Luz, Larissa da Silva
Telessaúde em tempos de pandemia da covid 19: percepção de
fisioterapeutas e de terapeutas ocupacionais do estado de são paulo /
Larissa da Silva Luz. -- Rio Claro, 2022
109 p. : tabs.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista (Unesp),
Instituto de Biociências, Rio Claro
Orientadora: Luciana Ramos Baleotti
Coorientador: Fausto Orsi Medola

1. Telessaúde. 2. COVID-19. 3. Fisioterapia. 4. Terapia
Ocupacional. I. Título.

Sistema de geração automática de fichas catalográficas da Unesp. Biblioteca do Instituto de
Biociências, Rio Claro. Dados fornecidos pelo autor(a).

Essa ficha não pode ser modificada.

CERTIFICADO DE APROVAÇÃO

TÍTULO DA DISSERTAÇÃO: BENEFÍCIOS E LIMITES DA TELESSAÚDE EM TEMPOS DE PANDEMIA
PELA COVID 19: PERCEPÇÃO DE FISIOTERAPEUTAS E DE
TERAPEUTAS OCUPACIONAIS DO ESTADO DE SÃO PAULO

AUTORA: LARISSA DA SILVA LUZ

ORIENTADORA: LUCIANA RAMOS BALEOTTI

COORDENADOR: FAUSTO ORSI MEDOLA

Aprovada como parte das exigências para obtenção do Título de Mestra em DESENVOLVIMENTO
HUMANO E TECNOLOGIAS, área: Tecnologias nas Dinâmicas Corporais pela Comissão
Examinadora:



Profa. Dra. LUCIANA RAMOS BALEOTTI (Participação Virtual)

Departamento de Fisioterapia e Terapia Ocupacional / UNESP - Faculdade de Filosofia e Ciências de Marília -
SP



Prof. Dr. NILSON ROGÉRIO DA SILVA (Participação Virtual)

Departamento de Fisioterapia e Terapia Ocupacional / UNESP - Faculdade de Filosofia e Ciências de Marília -
SP



Prof(a). Dr(a). GERUSA FERREIRA LOURENÇO (Participação Virtual)

Departamento de Terapia Ocupacional / Universidade Federal de São Carlos

Rio Claro, 26 de agosto de 2022

**Título alterado para: TELESSAÚDE EM TEMPOS DE PANDEMIA DA COVID 19:
PERCEPÇÃO DE FISIOTERAPEUTAS E DE TERAPEUTAS OCUPACIONAIS DO ESTADO
DE SÃO PAULO**

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à Deus e Nossa Senhora, por
caminharem todos os dias ao meu lado.

AGRADECIMENTOS

A Deus por me conceder tantas graças ao longo do caminho, pela saúde, inteligência, sabedoria, prudência e a força necessária para me dedicar a este trabalho.

A minha querida e grande família, por cada cuidado durante estes anos, pela paciência, por toda palavra de incentivo e por todo amor. Obrigada aos meus queridos e amados irmãos, vocês me enchem de alegria! Sou grata pela vida de cada um de vocês! Eu amo vocês de todo meu coração, Yan, Arthur, Lorenzo, Alice, Benício e Thomás.

Aos meus amados avós (Maria, Dulce e Carlinhos) por serem minha inspiração e meu apoio!

Aos meus tios e tias, especialmente a tia Lu e tio Odair, obrigada por sempre me apoiarem no caminho dos estudos e por me acolherem como filha.

Aos meus queridos primos, especialmente ao Johan, Marina e Tete, por estarem sempre presentes.

Obrigada Anna Christina Barreto por me permitir fazer parte da sua família! Serei eternamente grata por tudo que você fez por mim, sem você essa conquista nunca seria realidade. Você me ensinou o real significado de resiliência e se tornou uma inspiração como profissional, mulher e mãe. Obrigada dona Maria por me acolher como neta, por cada ato de cuidado disfarçado no almoço do fim de semana. Obrigada Anna Carolina por compartilhar tantos pensamentos e momentos, você é um exemplo de mulher forte que sempre me inspira a voltar meu olhar para aquilo que realmente importa. Obrigada Thierry por trazer alegria nos dias nebulosos com suas piadas de humor duvidoso e pelos incontáveis sustos. Obrigada querida Carla, pelas melhores conversas e por sempre aceitar fazer coisas divertidas, você é uma mulher incrível. Obrigada Nique por me deixar limpar sua sujeira sem nunca ter me mordido. Obrigada Luís por me acolher tão bem e por me fazer sentir parte da família.

Ao meu bem, meu tão amado Vinícius. Me faltam palavras para agradecer por todo auxílio e companheirismo. Você esteve presente firmemente em todos os dias desde que chegou em minha vida. Este trabalho tem um pouco de você em cada porcentagem, número, fórmulas e nas inúmeras planilhas de Excel. Sempre voltarei meu olhar para este trabalho com muito carinho, pois ele nos fortaleceu e contribuiu para

nosso amadurecimento, serei eternamente grata por cada minuto que você se disponibilizou para me ajudar durante todo processo. Obrigada por ser meu apoio, por cuidar de mim com tanto amor e ternura.

A minha amiga mais que especial Julia, Obrigada por ser você, por sempre se fazer presente nos dias bons e nos dias não tão bons, pela sua sinceridade e pela sua lealdade! Seu apoio foi essencial para meu desenvolvimento pessoal, profissional e acadêmico.

Ao meu querido cunhado Felipe, pelas conversas acolhedoras, pelas comidas exóticas e pelo seu carinho nas palavras e no cuidado (nunca fiquei tão feliz por estar errada sobre alguém).

A família Machado por serem tão acolhedores. Vocês são incríveis!

A minha querida e admirável orientadora/amiga/conselheira/pseudo mãe/mentora Luciana, muito obrigada por aceitar caminhar comigo nos últimos cinco anos. Obrigada por me acolher como filha e como parceira profissional, seus ensinamentos e carinhos ficarão sempre marcados em mim. Que Nossa Senhora continue sempre com você, iluminando sua vida e sua família. Ao Wilson por todo acolhimento e cuidado, é sempre um prazer dividir uma cerveja com você. A querida Laura, sempre tão acolhedora e engraçada, obrigada por dividir sua amada mãe durante esses anos e por sempre me receber com um abraço generoso acompanhado de histórias engraçadas.

Ao professor Fausto por todo auxílio e parceria ao longo desse processo, obrigada por contribuir tanto para meu desenvolvimento, que Deus o abençoe!

A equipe LINTI por toda colaboração e auxílio durante esses anos, principalmente pela parceria diária! Esse time é incrível.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

"Persevera no cumprimento exato das obrigações de agora. - Esse trabalho - humilde, monótono, pequeno - é oração plasmada em obras que te preparam para receber a graça do outro trabalho - grande, vasto e profundo - com que sonhas"

São Josemaria Escrivá.

RESUMO

Introdução. A literatura aponta que a Telessaúde (TS) é uma modalidade de prestação de serviço adequada e eficaz que viabiliza o processo de reabilitação remotamente por meio de tecnologias da informação e comunicação. No Brasil, a TS foi legalmente implantada nas áreas de Fisioterapia e Terapia Ocupacional em função da pandemia causada pela COVID-19, que acarretou o fechamento temporário de clínicas destinadas à reabilitação de pessoas com deficiência, incapacidades e/ou outras condições de saúde que requerem atendimento especializado em F e TO. Assim, compreender como o fisioterapeuta e terapeuta ocupacional perceberam a TS e implementaram suas intervenções para enfrentar o cenário pandêmico, nos parece um caminho importante para a promoção de discussões sobre as possibilidades que as práticas em TS oferecem ao campo da reabilitação. **Objetivo.** Investigar o conhecimento, benefícios e limites da prestação de serviço em TS, sob a perspectiva do fisioterapeuta (Ft) e do terapeuta ocupacional (TO). **Método.** Estudo transversal descritivo, com abordagens quantitativa e qualitativa. Participaram 110 profissionais, com experiência em TS, atuantes no estado de São Paulo (ESP). Para a coleta de dados elaborou-se um questionário na plataforma Google Forms, que possui questões fechadas e abertas, dividido em três partes. Na primeira, buscou-se caracterizar os participantes, na segunda, investigou-se o nível de conhecimento sobre as práticas em TS, e na terceira, investigou-se a concordância e satisfação frente a essa modalidade de prestação de serviço. O questionário foi enviado por e-mail a instituições de ensino e centros de reabilitação localizados no ESP, foi divulgado no site oficial do CREFITO-03 e, em redes sociais, além disso, utilizou-se o método *snowball*. Realizou-se análise descritiva e estatística dos dados. Os resultados das questões abertas foram submetidos à análise de conteúdo. **Resultados.** Dos 110 profissionais, 41 eram Ft e 69 TO, a maioria do sexo feminino, com mais de 10 anos de formação graduada (83,48%). A maior parte deles (TO=91,3%; Ft=87,8%) referiu conhecer a Resolução COFFITO Nº 516/2020 que legalizou o atendimento remoto; conhecer parcialmente aspectos relacionados a prática em TS (TO=66,67%; Ft=65,85%), e referiram que a intervenção foi realizada na forma de teleconsulta e telemonitoramento. A maioria considerou o smartphone o recurso mais viável para a realidade brasileira, e o seu uso predominou na prática destes profissionais (TO=92,75%; Ft=87,8%). As principais dificuldades encontradas dizem respeito à falta de capacitação em TS e o acesso à internet. As variáveis *formação graduada* e *população atendida* exerceram efeito significativo sobre a concordância com a TS, evidenciando que TO tendem a uma maior concordância do que Ft ($p=0,01$). Da mesma maneira, profissionais que atenderam somente crianças e adolescentes tendem a concordar mais com a TS ($p=0,005$). Com relação à satisfação com a TS, nenhuma das variáveis analisadas apresentou efeito significativo. A análise qualitativa revelou que os benefícios da TS referem-se à manutenção do processo terapêutico frente a doenças contagiosas; possibilidade de intervenção de qualidade; maior vínculo e engajamento da família. As limitações relacionam-se à ausência de contato físico; falta de acesso do paciente aos recursos tecnológicos e falta de capacitação profissional voltada às práticas em TS. **Conclusão.** Com este estudo, evidenciou-se que a TS possibilitou enfrentar o cenário pandêmico, e trouxe benefícios que se considerados podem colaborar para a implementação da TS como uma prática substitutiva, em alguns casos, ou como adicional ao atendimento remoto. Entretanto, considera-se necessária a ampliação da investigação em TS no Brasil, a fim de se ter subsídios, pautados em evidências científicas que sustentem a implementação desse modelo de prática em saúde, o qual pode contribuir para o acesso aos serviços em áreas remotas, minimizar custos de deslocamentos, dentre outros.

Palavras-chave. Telessaúde. COVID-19. Fisioterapia. Terapia Ocupacional.

ABSTRACT

Introduction. The literature points out that Telehealth (TH) represents a modality of adequate and effective service which enables the remote rehabilitation process through information and communication technologies. In Brazil, TH was implemented legally in the areas of Physiotherapy (PT) and Occupational Therapy (OT) due to the pandemic caused by COVID-19, which resulted in the temporary closure of clinics for the rehabilitation of people with disabilities, disabilities with or without other health conditions which require specialized care in PT and OT. Thus, understanding how PTs and OTs perceived TH and implemented their interventions to face the pandemic scenario seems to be a significant way to promote discussions about the possibilities TH practices offer to the field of rehabilitation. **Objective.** To investigate the knowledge, benefits, and limits of service provision in TH from the perspective of physiotherapists and occupational therapists. **Method.** Descriptive cross-sectional study, with qualitative and quantitative approaches. The research participants were 110 professionals with experience in TH working in São Paulo State (SPS). For data collection: a closed and open questions questionnaire divided into three sections on the Google Forms platform. The first section was for gathering professional information; The second was for investigating the knowledge about the practices related to TH, and the third was for the agreement and satisfaction with this type of service provision research. Educational institutions and rehabilitation centers in SPS received the questionnaire by e-mail. In addition, the snowball-method-based publication on the official website of CREFITO-03 and social networks. Descriptive and statistical analysis of the data was performed. The results of the open questions were submitted to content analysis. **Results.** Of the 110 professionals, 41 were PTs and 69 OTs, most female, with more than ten years of graduate training (83.48%). Most (TO=91.3%; PTs=87.8%) reported being aware of COFFITO Resolution No. 516/2020, which legalized remote service; more than half know aspects related to the practice in TH (OTs=66.67%; PTs=65.85%), and mentioned that they carried out the intervention in the form of teleconsultation and telemonitoring. Almost all considered the smartphone the most viable resource for Brazilian reality. Its use predominated in the practice of these professionals (OTs=92.75%; PTs=87.8%). The main difficulties encountered relate to the lack of training in TH and to access to the internet. According to the professionals, most patients adhered to the TH and felt satisfied and welcomed by the opportunity of remote care. The variables "graduation area" and "attended population" had a significant effect on the agreement with the TH, showing that OTs tend to agree more than PTs ($p=0.01$). Likewise, professionals who only cared for children and adolescents tend to agree more with the TH ($p=0.005$) than those who cared for adults and the elderly. Regarding TH satisfaction, none of the variables analyzed had a significant effect. The qualitative analysis revealed that the benefits of TS refer to the maintenance of the therapeutic process in the face of contagious diseases; possibility of quality intervention; greater family bonding and engagement. Limitations are related to the absence of physical contact; lack of patient access to technological resources and lack of professional training focused on ST practices. **Conclusion.** This study showed that TH was a great ally in the COVID-19 pandemic. It brought benefits that can collaborate for TH implementation as a substitutive practice or as an addition to remote care. However, it is critical to expanding research on TH in Brazil. It's urgent to have scientific evidence to support the implementation of this health model practice, which can contribute to access to services in remote areas and minimize travel costs, among others.

Keywords. Telehealth. COVID-19. Physiotherapy. Occupational therapy.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Número de profissionais inscritos em cada CREFITO.....	42
Tabela 2- Dados sociodemográficos dos participantes.....	52
Tabela 3- Conhecimento sobre a resolução, práticas do atendimento remoto e recursos tecnológicos.....	52
Tabela 4- Frequência absoluta e relativa de graduação pelo grau de concordância	54
Tabela 5- Frequência absoluta e relativa de tempo de formação pelo grau de concordância	54
Tabela 6- Frequência absoluta e relativa de serviço em que atua pelo grau de concordância	54
Tabela 7- Frequência absoluta e relativa de população atendida pelo grau de concordância	54
Tabela 8- Caracterização do desenvolvimento da TS.....	55
Tabela 9- Dificuldades identificadas com recursos, ferramentas tecnológicas e na prática remota	56
Tabela 10. Percepção dos participantes em relação a aceitação e satisfação dos pacientes ao atendimento remoto	56
Tabela 11- Frequência absoluta e relativa de tempo de formação pelo grau de satisfação	57
Tabela 12- Frequência absoluta e relativa de serviço em que atua pelo grau de satisfação	57
Tabela 13- Frequência absoluta e relativa de população atendida pelo grau de satisfação	57
Tabela 14- Frequência absoluta e relativa de graduação pelo grau de satisfação	57
Tabela 15- Categorias e quantificação das opiniões acerca dos benefícios da TS	58
Tabela 16- Categorias e subcategorias relativas aos limites da prestação de serviço em TS.....	62

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Exemplo do material enviado aos juízes.....	48
Quadro 2- Categorias relativas aos benefícios da prestação de serviço em TS	49
Quadro 3- Categorias e subcategorias relativas aos limites da prestação de serviço por TS	50

LISTA DE SIGLAS

AOTA- Associação Americana de Terapia Ocupacional.
APTA- Associação Americana de Fisioterapia.
AVDs: Atividade de Vida Diária.
AVPs: Atividade de Vida Prática.
CAAE- Certificado de Apresentação para Apreciação Ética.
COFFITO- Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional.
COPM- Medida Canedence de Desempenho Ocupacional.
COVID-19 - Coronavírus.
CREFITO- Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional.
ESP- Estado de São Paulo.
ESPIN- Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional.
EUA- Estados Unidos da América.
Ft- Fisioterapeutas.
GAS- Escala de Objetivos Atingidos.
IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
LINTI- Laboratório de Investigação em Neuropediatria, tecnologia e Inclusão.
TO- Terapeutas Ocupacionais.
TR- Telerreabilitação.
OMS- Organização Mundial de Saúde.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
1.1 Questão da Pesquisa	22
1.2 Hipóteses.....	22
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	24
2.1 Telessaúde nas áreas de Fisioterapia e Terapia Ocupacional no contexto brasileiro.....	24
2.2 Telessaúde nas áreas de Fisioterapia e Terapia Ocupacional no contexto internacional.....	30
3 OBJETIVOS	39
3.1 Objetivo geral.....	39
3.2 Objetivos específicos.....	39
4 MÉTODO	41
4.1 Desenho do Estudo.....	41
4.2 Aspectos éticos.....	41
4.3 Participantes.....	41
4.4 Instrumento de coleta de dados.....	42
4.5 Procedimento de coleta de dados	43
4.6 Procedimento de análise de dados.....	44
5 RESULTADOS	52
6 DISCUSSÃO	67
7 CONCLUSÃO.....	81
REFERÊNCIAS.....	85
ANEXO.....	95
APÊNDICE A- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	99
APÊNDICE B- RECORTE DO MATERIAL SUBMETIDO PARA ANÁLISE DOS JUÍZES	107
APÊNDICE C- LISTA PARA CONSULTA.....	110

APRESENTAÇÃO

Assuntos relacionados à tecnologia sempre me encantaram, os quais me levaram à formação de Técnica em Eletrônica e, no decorrer do curso, estive em contato com o desenvolvimento de equipamentos e recursos tecnológicos. Após ingressar no curso de graduação em Terapia Ocupacional pela UNESP de Marília, tive a oportunidade de desenvolver pesquisa na área de Tecnologia Assistiva, com orientação da Profa Dra Luciana Baleotti, buscando investigar as emoções desencadeadas por distintos modelos de cadeira de rodas em universitários e crianças. Estar envolvida com cada detalhe da elaboração de um projeto acadêmico me motivava cada vez mais a compreender e procurar estar em contato com grupos de estudos destinados à pesquisa científica.

Logo após minha formação como terapeuta ocupacional, ingressei no ano de 2020, no Mestrado junto ao programa de Pós Graduação em Desenvolvimento Humano e Tecnologias pela UNESP de Rio Claro, com o objetivo de dar continuidade ao projeto de pesquisa com cadeira de rodas a fim de me aprofundar nessa temática. Entretanto, a pandemia causada pela COVID-19 surpreendeu a todos nós, de uma forma devastadora e alarmante. Muitos tiveram perdas avassaladoras, a taxa de desempregados subiu de uma maneira expressiva rapidamente, muitos perderam entes queridos e enfrentamos um colapso no sistema de saúde. O cenário acadêmico não foi isento desta situação global, muitas pesquisas de campo tiveram que ser interrompidas e a minha foi uma delas, pois a coleta de dados se daria em escolas do Ensino Fundamental, as quais estavam fechadas e as aulas canceladas por tempo indeterminado.

Diante deste cenário incerto e com tantas perdas, tive então que decidir se esperaria pelo retorno das atividades presenciais para continuar o trabalho que havia desenvolvido com tanto carinho, ou se me arriscaria para iniciar um novo projeto. Foi assim que vi a possibilidade de poder contribuir de modo efetivo para este momento difícil, e decidi pesquisar sobre a Telessaúde.

A Telessaúde me surpreendeu de todas as formas possíveis, eu que até então achei que não havia a possibilidade de me apaixonar por outra linha de pesquisa, aos poucos fui me encantando com essa temática, a qual surgiu como um sopro de esperança diante de tantas restrições acontecendo ao mesmo tempo. Tive a oportunidade de ver meu trabalho sendo interrompido, e o mesmo retornar pela Telerreabilitação. Hoje, após concluir esta pesquisa tão rica e encantadora, tenho certeza que tomei a melhor decisão.

1 INTRODUÇÃO

A COVID-19 é uma doença causada pelo coronavírus, uma família de vírus que causa infecções respiratórias, conhecida desde a década de 60. Um novo coronavírus foi descoberto em 31 de dezembro de 2019, após casos registrados em Wuhan, na China, e a doença foi chamada de Covid-19 ou Sars-Cov-2 (BRASIL, OMS, 2020).

A COVID-19 manifesta-se por um quadro clínico que varia de infecções assintomáticas a quadros respiratórios graves. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a maioria dos pacientes com COVID-19 (cerca de 80%) pode ser assintomáticos, e aproximadamente 20% dos casos podem requerer atendimento hospitalar devido à dificuldade respiratória.

Em 11 de março de 2020, a OMS declarou a pandemia do novo coronavírus, considerando a transmissão geográfica rápida da doença e os níveis alarmantes de contaminação (BRASIL, EBC, 2020).

Na mesma data, no Brasil haviam 52 casos de COVID-19 confirmados e nenhum óbito. O primeiro caso foi registrado no dia 26 de fevereiro de 2020, na cidade de São Paulo (BRASIL, 2020). Após uma semana, no dia 5 de março, São Paulo tinha dez dos treze casos de Covid-19 no Brasil, quando foi notificado o primeiro caso no Rio de Janeiro (GANDRA, 2020). Em 17 de março, registrou-se o primeiro óbito, em 23 de março, evidenciou-se um aumento exponencial de casos confirmados, bem como de óbitos (1891 e 34, respectivamente), concentrando-se a maioria dos casos de COVID-19 na cidade de São Paulo (BRASIL, PAINEL CORONAVÍRUS, 2020).

Frente ao quadro alarmante instaurado vários governos brasileiros, inclusive o Governo do Estado de São Paulo, anunciaram quarentena e orientações de isolamento social. Tal medida apoiou-se na Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020, por meio da qual o Ministro de Estado da Saúde decretou Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo Novo Coronavírus. Da mesma maneira, apoiou-se na Lei Federal nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que dispõe sobre medidas para o enfrentamento de tal emergência, incluindo a quarentena como maneira para evitar possível contaminação ou propagação do coronavírus.

No estado de São Paulo o início do isolamento social se deu no dia 17 de março de 2020 (ESTADÃO, 2020), por meio da adoção de medidas como fechamento de escolas, universidades e templos religiosos, proibição de realização de eventos das mais variadas

espécies, proibição de viagens interestaduais e até intermunicipais (CARVALHO et al., 2021).

No entanto, em 06 de abril de 2020, no Brasil havia 12.056 casos de COVID-19 e 553 óbitos confirmados, a maioria concentrando-se na região Sudeste, o que fez com que o Governo do Estado de São Paulo e outros governos estaduais brasileiros prorrogassem a medida de quarentena. Em 26 de abril, o Brasil registrou 61.888 casos de COVID-19 confirmados, com 4.205 óbitos, de maneira assustadora, dados epidemiológicos continuaram a mostrar aumento exponencial de casos confirmados. Em 05 de maio de 2020, registrou-se 114.715 casos, com 7.921 óbitos, sendo que a região Sudeste continuou a predominar no número de casos (52.298) representando 45,6% dos casos de COVID-19 no Brasil (BRASIL, OMS, PAINEL CORONAVÍRUS, 2020).

Além do fechamento do comércio, escolas, universidades, entre outros, ocorreu o fechamento temporário de clínicas destinadas à reabilitação de pessoas com deficiência, incapacidades e/ou outras condições de saúde que requerem atendimento especializado nas áreas de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Prevvia-se desde o início que tais medidas acarretariam impacto negativo na população, desde crise econômica até repercussões na esfera da saúde.

Esse cenário fez com que todos os estados brasileiros elaborassem um Plano de Flexibilização para a retomada gradual de espaços de convívio. O Plano São Paulo, divulgado no dia 01 de junho de 2020 definiu o processo de isolamento e flexibilização em cinco fases: vermelha – “alerta máximo, fase de contaminação, com liberação apenas para serviços essenciais”; laranja - “controle, fase de atenção, com eventuais liberações”; amarela- “flexibilização, fase controlada com liberação de mais atividades”; verde- “abertura parcial, fase decrescente com menos restrições”; azul- “normal controlado, fase de controle da doença, liberação de todas as atividades, com adoção de protocolos de segurança” (SÃO PAULO, 2020).

O número de infectados e óbitos continuou a crescer no país, em janeiro de 2021, o balanço epidemiológico emitido pelo Plano São Paulo divulgou que o estado atingiu o número de 1.679.759 de casos confirmados e 51.192 óbitos, impossibilitando o término do isolamento social. (BRASIL, 2021). Assim, o Brasil estava diante de um quadro atípico e temeroso causado pela pandemia do coronavírus, havia incertezas e até uma ausência de perspectiva sobre quando finalizariam as medidas de isolamento social.

Tal fato, trouxe repercussões negativas no campo da reabilitação, ocasionando a suspensão repentina dos atendimentos de fisioterapia e de terapia ocupacional que estavam

em andamento, sabe-se que esse tipo de medida brusca pode acarretar sérios prejuízos na evolução e quadro clínico do paciente. Frente a esse cenário, o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO, desde março de 2020 se viu diante da necessidade iminente de revogar os efeitos do artigo 15, inciso II das Resoluções COFFITO nº 424 e nº 425, ambas de 08 de julho de 2013, que estabelecem o Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia (FI) e da Terapia Ocupacional (TO), respectivamente. Tais Resoluções explicitam no artigo e inciso supracitados que é proibido aos fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais a realização de consulta ou prescrição de tratamento de forma não presencial, salvo em casos regulamentados pelo COFFITO. A revogação das Resoluções COFFITO nº 424 e nº 425 se deu por meio da criação da Resolução nº 516, de 20 de março de 2020, a qual passou a permitir o atendimento não presencial, nas modalidades teleconsulta (TC) e telemonitoramento (TM) (BRASIL, 2020).

O parágrafo segundo, do Artigo 2º esclarece que

Teleconsulta consiste na consulta clínica registrada e realizada pelo Fisioterapeuta ou Terapeuta Ocupacional à distância (BRASIL, 2020).

O Telemonitoramento consiste no acompanhamento à distância, de paciente atendido previamente de forma presencial, por meio de aparelhos tecnológicos. Nesta modalidade o Fisioterapeuta ou Terapeuta Ocupacional pode utilizar métodos síncronos e assíncronos, como também deve decidir sobre a necessidade de encontros presenciais para a reavaliação, sempre que necessário, podendo o mesmo também ser feito, de comum acordo, por outro Fisioterapeuta ou Terapeuta Ocupacional local. (BRASIL, 2020).

As duas modalidades acima trouxeram a possibilidade concreta de os profissionais retomarem os atendimentos com respaldo Legal e, com isso, propiciaram a continuidade de intervenções direcionadas aos pacientes e familiares. Entretanto, a Resolução COFFITO nº 516/2020 teve que ser implementada de forma emergencial, com isso, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais brasileiros enfrentaram o desafio de garantir que as pessoas com alterações de ordem físicas, sensoriais, mentais e/ou sociais fossem incluídas em uma dessas modalidades de atendimento. Historicamente essas pessoas eram atendidas presencialmente, em 2020, estabeleceram-se as bases legais para o atendimento remoto, mas os desafios foram muitos, dentre eles rever práticas e adotar recursos tecnológicos sem embasamento teórico e prático para isso e, em um país em que o *smartphone* é o recurso mais utilizado para acesso à internet pela maioria da população (98,6%) acima de 10 anos de idade. (BRASIL, 2019). Desafio de igual importância diz respeito à população atendida, estabelecer meios para que se sentissem satisfeitos e aderissem ao atendimento remoto, garantir atendimento de qualidade,

ético, enfim, foram muitos os desafios impostos aos profissionais por essa nova modalidade de atendimento.

A TC e o TM como formas de prestação de serviços à distância estão inseridos na prática denominada Telessaúde, entendida como o uso de tecnologias de informação e telecomunicação (TIC) para apoiar serviços, atividades de treinamento e de informação em saúde para provedores assistenciais multidisciplinares e para pacientes de forma remota (BASHSHUR et al., 2011). No Brasil, o campo da Medicina foi pioneiro em atendimento remoto, teve início na década de 80, com relatos mais estruturados na década de 90, tanto no setor público quanto privado. (EL-KHOURI, 2003; WEN, 2008). O atendimento se dava por meio da denominada telemedicina que se concentrava em interações tradicionais de médico para paciente (e de médico para médico) aprimorada pelo recurso de vídeo e áudio, posteriormente, o uso de TIC e a ampliação de funções relacionadas com a saúde, como a educação e administração possibilitou um campo mais abrangente denominado telessaúde (BASHSHUR et al., 2011; FATEHI; WOOTTON, 2012)

A telessaúde inclui, mas não se restringe apenas ao campo da Medicina, outros profissionais se utilizam da telessaúde em terapias como TC, TM e telerreabilitação (TR) para esta utilizam-se, por exemplo, plataformas *on-line* baseada em jogos para idosos, crianças e adolescentes (CAETANO et al., 2020). A TR tem atendido a demanda de diversas áreas da reabilitação, como terapia fonoaudiológica, fisioterapia e terapia ocupacional e, tem evidenciado benefícios a pacientes com diferentes condições de saúde, como reabilitação cardiopulmonar, neurocognitiva, alterações musculoesqueléticas (BLOCK et al., 2016; ZAMPOLINI et al., 2008).

De acordo com a Federação Mundial de TO, na prestação de serviços de TO, o termo telessaúde é o que melhor se alinha com a nomenclatura abrangente usada na área da saúde e por legisladores de políticas em saúde, e descreve adequadamente todo o escopo da prática de TO e, neste modelo de prestação de serviços inclui-se a teleconsulta, telemonitoramento, telerreabilitação, telecuidado, entre outros (WFOT, 2021). A telessaúde é um modelo de prestação de serviços apropriado e eficaz para serviços de TO diante de circunstâncias em que o presencial não é possível, prático ou ideal, ou mesmo como parte de um modelo de prestação de serviços híbrido, em que alguns atendimentos são presenciais e outros remotos (WFOT, 2021). O termo telessaúde é compreendido de forma semelhante na área da Fisioterapia e, as práticas em telessaúde têm se mostrado viáveis na prática clínica, evidenciando resultados clínico-funcionais satisfatórios e atendendo às expectativas dos pacientes e dos fisioterapeutas (FRAGA-MAIA et al., 2020).

Na Telessaúde utiliza-se um conjunto de recursos e tecnologias de informação e comunicação que possibilitam o processo de reabilitação à distância com o objetivo de melhorar os serviços, aumentar a capacidade e a acessibilidade aos tratamentos de reabilitação (COOPER et al., 2001). Os equipamentos utilizados são diversos, variando de *smartphone* (AZMA et al, 2017; BENNELL et al., 2016) a tecnologias complexas como equipamento especializado instalado em um ambiente clínico e no domicílio do paciente (RUSELL, 2007; SEIDMAN et al., 2017).

A TR é uma das formas de prestação de serviço remoto mais frequentemente encontrada em pesquisas nas áreas de fisioterapia e terapia ocupacional em âmbito internacional, de longa data, e com resultados promissores. Já no Brasil, as pesquisas envolvendo a TC, TM e a TR começaram a se tornar mais evidentes a partir da pandemia da COVID-19, que impôs a dinâmica de um trabalho remoto como possibilidade para manutenção de vínculo entre o terapeuta, o paciente e sua família e, para a continuidade do serviço de reabilitação, o que justifica e reforça a necessidade de investimento em pesquisas envolvendo essa temática. Essas iniciativas recentes desencadeadas no país oferecem a oportunidade de se investigar os possíveis facilitadores e barreiras encontradas pelos Ft e TO diante da modalidade de prestação de serviço de forma remota, como esses profissionais estão implementando os serviços e quais recursos utilizam.

Nesse contexto, nos parece um momento oportuno para a investigação sobre a prestação de serviço em telessaúde (TS) por Ft e TO atuantes no estado de São Paulo. Discutir a TS no estado brasileiro que possui o maior número de profissionais constitui elemento relevante na busca de fontes para a discussão relativa à viabilidade da implementação dessa modalidade de prestação de serviço. Constituir parte dessas fontes é o que se espera com a realização desta pesquisa, de forma a contribuir para as discussões a respeito das possibilidades e limitações da TS, em especial no âmbito do ESP.

1.1 Questão da Pesquisa

Embora a prestação de serviço via TS esteja consolidada em nível mundial, no Brasil este tema é recente e ainda existem questionamentos sobre tal possibilidade no campo da reabilitação. Com isso, a presente pesquisa pretende responder às questões: qual a opinião dos Ft e TO do ESP sobre a possibilidade do atendimento em TS em situações como a causada pela COVID-19? Quais ferramentas são mais frequentemente utilizadas para a sua implementação? Quais os facilitadores e barreiras encontradas? Quais variáveis influenciam na satisfação e na concordância dos profissionais frente a prestação de serviço em TS?

1.2 Hipóteses

- ✓ A TS pode ser uma modalidade de prestação de serviço viável nas áreas de Fisioterapia e Terapia Ocupacional durante a pandemia.
- ✓ O acesso aos recursos tecnológicos pode influenciar a percepção de barreiras e facilitadores em TS.
- ✓ O smartphone é o recurso mais frequentemente utilizado por Ft e TO na intervenção em TS.
- ✓ Variáveis como tempo de atuação, serviço em que atua, população atendida e formação influenciam na satisfação e concordância com a TS.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A seguir, apresenta-se a revisão de literatura que fundamentou a presente pesquisa. Inicialmente são apresentados os achados relativos a *Telessaúde nas áreas de Fisioterapia e Terapia Ocupacional no contexto brasileiro*, evidenciando resultados acerca da caracterização da prática, dando enfoque às barreiras socioeconômicas, digitais, físicas, ambientais e cognitivas, que geram limitações e dificuldades para atuação dos profissionais brasileiros que enfrentaram o processo inicial de implementação da TS, seguidas das recomendações para as intervenções práticas à distância. Posteriormente, evidenciam-se as estratégias de intervenção para a aplicação efetiva da TS, bem como a descrição do planejamento e processos de implementação desta modalidade de prestação de serviço, além disso, apresentam-se os recursos e ferramentas utilizados e os benefícios obtidos com a TS.

Posteriormente, no item *Telessaúde nas áreas de Fisioterapia e Terapia Ocupacional no contexto internacional*, evidenciam-se os benefícios e as limitações identificados na literatura internacional, bem como diferentes estratégias de intervenção que subsidiam a prática desses profissionais em TS.

2.1 Telessaúde nas áreas de Fisioterapia e Terapia Ocupacional no contexto brasileiro.

O Brasil está no processo inicial de discussão e implementação da prestação de serviço remoto nas áreas de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, é uma prática recente e mais fortemente evidenciada a partir da pandemia da COVID-19, a qual marca um momento profícuo de expansão e uso das TIC como forma de fornecer serviços de reabilitação à população que necessita de assistência nessa área. Além disso, possibilita o fortalecimento de reflexões sobre o processo de implementação da TS na prática de profissionais brasileiros. A partir de uma publicação editorial na Revista Brasileira de Fisioterapia (2020), os autores afirmam que foram percebidas barreiras pela ausência de recursos especializados na prática da TS, esta falta resulta na carência de responsabilidade legal e ética dos dados de usuários, e a infraestrutura limitada. Percebe-se frequentemente a utilização de plataformas de comunicação de fácil acesso para a realização de intervenções clínicas em TS por profissionais e pacientes, entretanto é perceptível o movimento de empresas para o desenvolvimento de software especializado em TS, a fim de oferecer equipamentos adequados e assertivo para reabilitação a distância e para o monitoramento do paciente. No

entanto, este desenvolvimento só é possível com o amparo de leis e diretrizes que asseguram informações particulares de usuários (DANTAS; BARRETO; FERREIRA, 2020).

No Brasil, o desenvolvimento de regulamentações que sustentam a proteção do usuário tais como a Lei Federal nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 tem auxiliado o processo inicial de utilização de recursos tecnológicos na prática clínica, isso porque esta lei estabelece o ambiente online como um espaço de liberdade de expressão, privacidade e proteção de honra e acesso às informações pessoais. Mesmo não sendo uma lei específica em TS possibilita que usuários saibam como seus dados são usados e viabiliza a exclusão dos mesmos em provedores de serviços online (BRASIL, 2018).

Outras barreiras associadas à implementação da TS estão relacionadas à escassez de instruções que norteiam o uso de recursos e ferramentas disponíveis para a prestação de serviço remoto no Brasil. Nesse sentido, Fioratti e seus colaboradores (2021), a partir de um estudo de revisão de literatura, elencaram uma série de orientações para intervenções práticas à distância direcionadas aos fisioterapeutas brasileiros. Os resultados dessa revisão evidenciaram diversas estratégias para facilitar o uso de tecnologias junto a pacientes com dor musculoesquelética, dor lombar e osteoartrite, entretanto, os autores sugerem que as recomendações podem ser aplicadas em diversas áreas de atuação da Fisioterapia. Os autores identificaram cinco estratégias norteadoras para a intervenção remota, a prática baseada em evidência, que busca facilitar o compartilhamento de informações em diversos meios de comunicação, a saber: a escolha da melhor forma de comunicação, que se caracteriza pela adaptação de uma linguagem compreensível, a fim de evitar mal entendidos; conceder atenção às preferências do paciente, objetivando selecionar recursos que possuem familiaridade e ferramentas que o mesmo deseja utilizar; deve-se também evitar a desmotivação, destacando a necessidade de alinhar as expectativas do paciente com o programa de intervenção; e certificar que o paciente tenha acesso a todos os recursos e ferramentas que serão utilizados durante o processo de intervenção, se atentando às condições sociodemográficas, experiências anteriores com a tecnologia e avaliação do nível de alfabetização digital de seu paciente (FIORATTI et al., 2021).

Outras estratégias encontradas são apresentadas em uma pesquisa desenvolvida em um Centro Especializado em Reabilitação de Recife em Pernambuco (SANTOS et al., 2021), que buscou investigar os procedimentos de intervenção adotados por TO que realizaram TM no cenário da pandemia junto a pacientes com idade a partir de 14 anos, diagnosticados com doenças neurológicas que apresentavam comprometimento motor, sensorial e/ou cognitivo e, seus cuidadores. Os autores realizaram intervenções longitudinais, as quais aconteceram

semanalmente, com duração de 30 minutos, com um período de intervenção estabelecido para cada paciente, contando com intervenções acerca de ajustes ambientais para preparação do espaço físico, acolhimento dos sentimentos em relação a pandemia, encaminhamento de pacientes à outros serviços da rede de saúde, estruturação de rotina, estimulação cognitiva, orientação para uso de órtese e outros produtos de Tecnologia Assistiva. As intervenções ocorreram de maneira síncrona e assíncrona, utilizando plataforma de vídeo, com disponibilização e elaboração de materiais audiovisuais, como fotos e vídeos explicativos da atividade proposta. Foram utilizados computadores e smartphones como principais recursos tecnológicos para o desenvolvimento da intervenção. Inicialmente os profissionais identificaram as demandas dos pacientes a partir da avaliação Medida de Independência Funcional e desenvolveram o plano terapêutico para alcançar uma intervenção eficiente. Algumas das intervenções e suas estratégias estabelecidas foram: treino de utilização da plataforma digital, para isso, foram enviados vídeos explicativos das etapas de utilização da plataforma e orientações verbais síncronas; preparação do espaço físico para o TM, a partir da concessão de orientações quanto aos ajustes de iluminação local, posicionamento da câmera e som do dispositivo utilizado, selecionar um ambiente com mínimo de interferência externas, posicionamento do paciente e do cuidador frente à câmera durante a intervenção. Orientação para uso de órteses e similares tais como uso e higienização das mesmas, além de sugestões de objetos que podem ser utilizados como substitutos temporários de órteses e auxiliares no posicionamento adequado dos membros e/ou corpo. Os resultados desse estudo mostraram que o TM permitiu o desenvolvimento de habilidades, possibilitou adaptações ambientais e de tecnologia assistiva, organização e estruturação de rotina, além de aprimorar a atuação profissional dos terapeutas ocupacionais (SANTOS et al., 2021). Este estudo traz informações relevantes que denotam cuidado dos autores com as estratégias prévias para o TM e, de certa maneira, trazem evidências que podem direcionar a prática de TM aos TO, tais como atenção ao espaço físico necessário, o conhecimento prévio aos pacientes sobre os recursos tecnológicos, além de orientações clínicas ofertadas remotamente que podem ser eficazes.

A TS possibilita a ampliação e a evolução das práticas profissionais em diversos contextos, como aqueles relacionados à restrição social, assim como destaca os resultados de uma pesquisa realizada por Chalegre e Melo (2021). Esse estudo foi desenvolvido em um hospital universitário de Pernambuco e buscou descrever o planejamento e os procedimentos implementados para a estruturação da prática em TS junto a paciente adulto cardiopata hospitalizado, em meio ao pico de contaminação da COVID-19 no Brasil. A intervenção foi realizada por meio de atividades síncronas, utilizando smartphone e tablet para chamada de

voz e vídeo. A seleção dos pacientes se deu por meio de prontuário eletrônico para captar pacientes elegíveis ao atendimento remoto. O primeiro contato com os pacientes foi realizado no leito a fim de avaliar e identificar o tipo de recursos tecnológicos que o paciente tinha familiaridade. Além disso, com base em um roteiro de avaliação desenvolvido pelos autores, avaliou-se aspectos físicos, cognitivos e sensoriais, e aplicou-se escala de dor e o índice de Katz que rastreia a independência ou dependência no desempenho de atividades de vida diária em idosos. Os resultados desse estudo apontaram que os principais objetivos da TS junto a pacientes cardiopatas foram reorganizar a rotina ocupacional hospitalar; oferecer estratégias para higiene do sono; orientar a realização das atividades de vida diária; promover conservação de energia; oferecer estratégias para prevenir e/ou atenuar ansiedade e depressão. Após a implantação da TS os autores constataram impacto positivo em relação à ampliação da produtividade e diversidade do meio digital, permitindo a concessão de orientações adequadas aos pacientes e familiares a serem seguidas no ambiente hospitalar (CHALEGRE; MELO, 2021).

Dentre as estratégias expostas anteriormente, percebe-se que o atendimento remoto tem sido desenvolvido, sobretudo, por meio de recursos tecnológicos de uso cotidiano tais como smartphones, tablets e computadores. A utilização desses recursos tem se mostrado eficaz, o que sugere a possibilidade de intervir de modo eficiente por meio de tecnologias que mais se encaixam na realidade do paciente. Há também relatos sobre recursos adicionais utilizados junto a população idosa que se mostraram eficientes e foram introduzidos a fim de equiparar os recursos de intervenção às habilidades e preferências do paciente para o desenvolvimento de uma prática efetiva e motivadora.

Corroborando a informação acima, Aily e colaboradores (2020) realizaram um estudo junto a 23 pacientes idosos, com idade média de 62 anos e diagnóstico de osteoartrite de joelho, o estudo tinha como objetivo investigar se os mesmos aderem ou não ao programa de TS em FI. Os autores possibilitaram aos pacientes a escolha do recurso para acessar o material de atividade, as opções de escolhas foram Digital Vertile Disc (DVD), site da internet e panfleto com descrição dos exercícios a serem realizados. As opções oferecidas continham exemplos de atividades para fortalecimento e alongamento de membros inferiores, exercício para tronco e exercícios globais. As intervenções aconteceram durante doze semanas, com três encontros semanais, de modo assíncrono, contatos semanais foram realizados por ligações telefônicas para todos pacientes, por pelo menos 10 minutos a fim de sanar dúvidas, identificar a frequência e intensidade da realização dos exercícios, e conferir possíveis dificuldades. Os resultados evidenciaram que panfletos foram os recursos de maior

índice de escolha pelos participantes dessa pesquisa, seguidos de DVD e site da internet. A escolha de panfleto foi justificada pela falta de familiaridade com recursos tecnológicos da população idosa, a qual percebeu o panfleto como o meio mais rápido e fácil para compreender os exercícios, tendo em vista que o site ou DVD necessitaria do auxílio de cuidadores ou familiares, condição que limita a autonomia do paciente. Além disso, foi identificado alto nível de aderência dos pacientes ao programa de atendimento remoto, grande parte afirmou se sentirem satisfeitos e seguros com as intervenções realizadas (AILY et al., 2020).

Além da variedade de recursos que podem ser selecionados para a prática em TS, a modalidade de atividade desenvolvida também deve ser ponderada, bem como as atividades síncronas e assíncronas, as quais podem ser exercidas de modo singular ou em conjunto, possibilitando aos profissionais a experiência de modelos distintos de intervenção em TS. Diante do exposto, percebe-se que os profissionais transitam entre as atividades assíncronas e síncronas, assim como apresenta o resultado obtido por Pacheco e seus colaboradores (2021), que objetivaram descrever a experiência de fisioterapeutas na prestação de serviço em TC durante a pandemia da COVID-19. Os autores identificaram que a TC é uma estratégia de continuidade de tratamento, na qual a consulta virtual pode ser caracterizada como síncrona ou assíncrona. Para isto foi desenvolvido um relato de caso, o qual descreve a intervenção junto a quatro pacientes atendidos de modo presencial anteriormente a imposição do distanciamento social, os quais passaram a receber atendimento em TS durante a pandemia. Participaram do estudo pacientes com diagnósticos de doença de Parkinson, Acidente Vascular Cerebral (AVC), paralisia facial periférica e fratura do platô tibial. As ferramentas utilizadas variaram entre áudios, vídeos explicativos, imagens e vídeochamada, o recurso foi escolhido considerando a facilidade de acesso de cada paciente. A intervenção iniciou em março de 2020 com total de 10 sessões distribuídas em uma frequência que variou de uma a três vezes na semana, de acordo com a demanda e disponibilidade de cada paciente. Os resultados desse estudo evidenciaram a prevalência de atividades assíncronas (50%), seguida de atividades síncronas (25%) e síncrona/assíncrona (25%). Os autores ressaltaram que a implementação da TS contribuiu para a continuidade do tratamento fisioterápico durante o isolamento social, além disso possibilitou a adesão ao tratamento facilitada pelo acesso à tecnologia (PACHECO et al., 2021).

Resultados positivos também foram evidenciados em uma pesquisa que utilizou a TR em fisioterapia com o objetivo de avaliar os efeitos de um programa de exercícios sobre a qualidade de vida de dezessete pacientes com Doença de Parkinson, bem como a adesão ao

atendimento remoto durante o isolamento social causado pela COVID-19. A intervenção foi desenvolvida logo após o início do período de isolamento no Brasil e teve duração de três semanas. Para avaliação da qualidade de vida foi utilizada a Parkinson's Disease Questionary (PDQ-8). O principal recurso de comunicação entre o fisioterapeuta e pacientes foi o smartphone, o qual permitiu o acesso aos pacientes em um grupo do WhatsApp, com o propósito de facilitar o fornecimento de orientações sobre os exercícios. Para o desenvolvimento da TR foi utilizado um aplicativo chamado *Vedius®*, que disponibiliza vídeos explicativos sobre a forma correta de execução dos exercícios, além da amplitude de movimento indicada, carga e intensidade dos exercícios. Os resultados encontrados evidenciam diferenças significativas na autopercepção da qualidade de vida, quando comparado com a avaliação anterior às três semanas de intervenção, além disso, os pacientes aderiram positivamente ao programa de exercícios por TR (SILVA et al., 2020).

Os programas de exercícios em TR estão sendo aprimorados e estudos evidenciam a efetividade da realidade virtual como aliada na intervenção de pacientes assistidos pela TR durante a pandemia da COVID-19. Assim como apresentam os dados de uma pesquisa realizada no estado de São Paulo (SILVA et al., 2021) que objetivou avaliar a viabilidade do uso de jogos de realidade virtual em um programa de TR junto a 44 participantes, sendo 22 participantes com desenvolvimento típico e outros 22 diagnosticados com Paralisia Cerebral, estes durante as intervenções receberam auxílio de seus familiares na realização dos jogos. O período de intervenção ocorreu entre março a junho de 2020 por meio de contato telefônico, aplicativo de comunicação (WhatsApp) e software MoveHero, um jogo desenvolvido pelo Laboratório de Pesquisa e Aplicação Tecnológica em Reabilitação da Universidade de Paulo-EACH- UPS, que permite a realização de exercícios de reabilitação motora e cognitiva em qualquer lugar com acesso à internet. A intervenção foi conduzida pela pesquisadora por meio de videochamada e adotou-se as seguintes medidas avaliativas: Avaliação do Esforço Percebido (PSE), escala visual analógica (VAS) para avaliação de satisfação e motivação e avaliação do desempenho motor, para isso adotou-se a avaliação por meio do número de acertos e erros durante o jogo. Para a realização da atividade os pacientes com Paralisia Cerebral foram posicionados em frente ao computador com webcam para capturar os movimentos do participante e transformá-los em movimentos de um avatar. O objetivo do jogo era que o participante com Paralisia Cerebral fosse capaz de interceptar todas as esferas em queda utilizando movimentos ondulatórios de membros superiores, atingindo o alvo fixo na parte inferior da tela. Os resultados mostraram que na comparação de desempenho entre os grupos, o grupo de desenvolvimento típico apresentou melhor desempenho apenas nos alvos

laterais (direita e esquerda) quando comparado com o grupo de Paralisia Cerebral, ao passo que nas outras posições não houve diferença significativa entre os grupos. Sobre a percepção de esforço, o grupo de Paralisia Cerebral identificou maior taxa de esforço quando comparado com o grupo de desenvolvimento típico. Em relação à motivação, os pacientes com Paralisia cerebral destacaram que a música e as cores das esferas foram assertivas, pois contribuíram para que eles se sentissem engajados no jogo. Desde modo, o estudo evidencia que a realidade virtual é uma ferramenta poderosa a ser utilizada por terapeutas e famílias no decorrer da TR (SILVA et al., 2021).

Mediante ao exposto, ressalta-se a relevância de os profissionais compreenderem o contexto físico e social em que se inserem os pacientes, bem como a preferência deles na utilização dos recursos tecnológicos como formas de favorecer a adesão e satisfação em relação ao tratamento remoto. Conjuntamente, percebe-se que as diferentes práticas em TS tem possibilitado resultados clínicos positivos, organização da rotina do paciente, atuação em diferentes contextos como domiciliar e hospitalar, a melhora da percepção de qualidade de vida e a participação da família no processo de intervenção. Os estudos apresentados alertam também para a atenção aos fatores relacionados à falta de infraestrutura, nível de escolaridade, familiaridade com recursos tecnológicos e a escassez de leis e diretrizes que assegurem a confidencialidade de informações pessoais dos usuários, destacando que tais fatores necessitam de atenção e prudência no processo de intervenção em TS.

2.2 Telessaúde nas áreas de Fisioterapia e Terapia Ocupacional no contexto internacional

Como mencionado anteriormente, diferentemente do Brasil, práticas em TS não é algo novo em diversos países, não foi impulsionada a partir da pandemia causada pela COVID-19, na verdade, vem se efetivando de longa data e, seus benefícios, desafios e limitações têm sido discutidos na literatura internacional. Pesquisas realizadas em diferentes países há mais de dez anos evidenciaram diversos benefícios para uma variedade de pacientes, mostrando que a TR impactou na melhoria ou, pelo menos, na manutenção da continuidade dos cuidados e serviços de reabilitação à medida que foram reorganizados, pois foi capaz de aumentar a eficiência dos serviços e, ao mesmo tempo, conter custos (THEODORO; RUSSEL, 2008). Da mesma maneira, por meio de uma revisão sistemática evidenciou-se que

a TR resultou em desfecho tão eficaz quanto os tratamentos convencionais (ROGANTE; GIACOMOZZI; GRIGIONE, 2015).

Atualmente, constata-se que a TR tem mantido resultados similares em termos de benefícios e representado uma modalidade de atendimento importante no campo da reabilitação. Revisão sistemática com meta-análise que objetivou identificar sua eficácia em pacientes com diagnóstico de Acidente Vascular Encefálico e outras populações neurológicas revelou ganhos comparáveis às intervenções presenciais (TCHERO; TABUE-TEGUI; LANNUZEL; RUSCH, 2018). Na mesma direção, porém na área pediátrica, um estudo de revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados publicados entre 2007 e 2018, que objetivou descrever a eficácia das intervenções em TS oferecidas a crianças de 0 a 12 anos e suas famílias, verificou que a maioria dos estudos foi publicado após 2016 e que as intervenções mais eficazes tinham como alvo os pais, centradas em um programa de exercícios, usavam uma abordagem de *coaching*, focada em melhorar o funcionamento comportamental das crianças, duravam mais de oito semanas e eram oferecidas pelo menos uma vez por semana (CAMDEN et al., 2019). Entretanto, os autores alertam para a relevância de ensaios clínicos futuros que comparem intervenções em TS com intervenções presenciais, de forma a evidenciar sua efetividade e documentar a relação custo-benefício.

Estudos recentes apresentam a TR como uma alternativa eficiente e viável em diversos contextos, além de possibilitar a ampliação da prática, a qual gera benefícios significativos aos pacientes assistidos por essa modalidade de prestação de serviço. Assim como mostra um estudo realizado por Palm e colaboradores (2021) nos Estados Unidos, com objetivo de avaliar a viabilidade, eficácia e satisfação de trinta pacientes assistidos em TR, após procedimento cirúrgicos de artroplastia total do ombro e artroplastia metacarpofalangeana do polegar. Fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, iniciaram intervenções distintas, duas semanas após a cirurgia, com encontros presenciais e virtuais. Os atendimentos foram alternados entre presencial e virtual, uma vez por semana durante oito semanas consecutivas. Os encontros virtuais foram realizados de maneira síncrona, em uma plataforma de videoconferência integrada ao prontuário eletrônico do próprio hospital, que forneceu documentação completa dos dados clínicos de cada paciente, materiais de educação para melhorar a experiência clínica, além de conter protocolos pós operatórios padronizados de atendimentos a fim de avaliar a segurança do paciente remotamente. Os profissionais realizaram os encontros virtuais com técnicas de avaliação e tratamento adaptado para o ambiente virtual, incluindo reeducação visual, orientação verbal, modificações de atividades para serem realizadas em casa e medidas de goniometria obtidas por meio de captura de tela,

as quais foram feitas dos pacientes durante demonstração de amplitude de movimento. Os autores do estudo afirmaram que as intervenções tiveram início antes do decreto de distanciamento social gerado pela COVID-19, este fato possibilitou a análise da eficácia da TR em situações distintas. Além disso, destacaram que ter uma plataforma em TR já instalada preparou os profissionais para atenderem as necessidades emergenciais impostas pela pandemia. Os resultados da pesquisa indicaram que a TR gerou a redução de custos de transporte e de tempo, favoreceu a ampliação de atendimento especializado, possibilitou a continuidade de intervenção e conteve a disparidade de saúde (PALM et al., 2021).

O estudo retratado acima apresenta aspectos interessantes, um deles diz respeito à possibilidade de atendimento híbrido, com a combinação de atendimentos presenciais e remotos, o que denota que um tipo de atendimento não exclui o outro, mas podem se complementar. E, ambos, a partir de suas particularidades, podem gerar resultados efetivos, não apenas em situações de pandemia. Outro aspecto que merece destaque é a forma objetiva de documentar os resultados das avaliações, como relatado pelos autores acima no que se refere às medidas de goniometria por meio de captura de telas. Em contexto de atendimento remoto, essa possibilidade é relevante uma vez que possibilita resultados fidedignos e resposta ao cliente e ao familiar sobre a eficácia da intervenção remota. Sabe-se que o estudo em epígrafe de Palm e colaboradores (2021), evidencia realidade diferente da do Brasil, a TR se efetivou por profissionais provavelmente já familiarizados com essa modalidade de atendimento, uma vez que o estudo iniciou antes da pandemia. Por outro lado, mostra que é uma possibilidade de ser implantada, talvez a longo prazo considerando a realidade brasileira, não como substitutiva às práticas presenciais, mas como um recurso adicional eficaz de forma a potencializar a intervenção terapêutica.

Nessa direção, Suso-Martí e seus colaboradores (2021), realizaram uma revisão sistemática com meta-análise a partir da síntese de outras de revisões de literatura, com o objetivo verificar se a TR pode ser uma alternativa eficaz à reabilitação convencional na prática do fisioterapeuta, junto a pacientes de ambos os sexos, maiores de 18 anos, com diagnósticos como doenças musculoesqueléticas, cardíacas, respiratórias e neurológicas. Foram selecionados artigos publicados entre os anos de 1950 a 15 de abril de 2020, totalizando 23 artigos selecionados. Foi considerada TR qualquer tecnologia que permitisse o acompanhamento ou a realização da reabilitação, bem como dispositivos variados como internet, realidade virtual e smartphone. As terapias tiveram foco no aumento da função motora e da capacidade funcional, as intervenções se desenvolveram por meio de exercícios de equilíbrio, reeducação motora e exercícios aeróbicos, além de trabalhos de educação para

estimular mudanças no estilo de vida ou hábitos saudáveis. Os autores evidenciaram que os benefícios da TR junto ao paciente pós AVC expandiram com o passar do tempo. Esse achado foi destacado na análise de um estudo de revisão realizado no ano de 2011, o qual evidenciou que a principal vantagem da TR foi a de facilitar o contato com o paciente, Johansson e Wild (2011 apud SUSO-MARTI et al., 2021) consideram que a reabilitação presencial exigia grande disponibilidade de tempo para o deslocamento até o serviço. Nove anos depois, em 2020 Gorman e Gustafsson (2020 apud SUSO-MARTI et al., 2021) afirmam que a TR foi percebida, sobretudo, como possibilidade efetiva para o treino de habilidades funcionais no ambiente domiciliar do paciente, na qual o uso de tecnologias de imagem favoreceu o desenvolvimento das intervenções. A partir do exposto, nota-se que ao longo dos anos a TR vem se desenvolvendo e ampliando a possibilidade das práticas de atuação dos profissionais da reabilitação.

A TR confirma a possibilidade de ampliar as práticas dentro da dinâmica de atendimento remoto para além dos ganhos motores e de habilidades funcionais, sendo possível intervir em diversas realidades e contextos. Estudos recentes evidenciaram a efetividade da intervenção remota nas mais amplas especialidades de atuação, como a eficácia do serviço da Prática Centra na Família. Esse serviço mostra-se eficiente em intervenções remotas, assim como evidencia o estudo de Vilaseca e seus colaboradores (2021), que identificaram as percepções de famílias e profissionais de fisioterapia, fonoaudiologia e psicologia sobre a TR na intervenção precoce, a fim de desenvolver um modelo de práticas centradas na família. A intervenção se deu com 81 famílias de crianças atendidas pelo programa de intervenção precoce na Espanha, com frequência de uma a duas vezes na semana e duração de 60 minutos. A partir de um questionário aplicado por e-mail aos pais, percebeu-se que os achados da pesquisa identificaram que os profissionais mais jovens tiveram percepção mais positivas da intervenção precoce na prática centrada na família quando comparado com profissionais de idade mais avançada, além disso percebeu a participação da família mais ativa durante o processo terapêutico do que nas intervenções presenciais (VILASECA et al., 2021)

Nota-se que a prática em TS possibilita atuação em diversas especialidades da prática profissional, o contexto social vem sendo beneficiado de modo similar por esta modalidade de atendimento, principalmente após a pandemia da COVID-19, na qual foi notório os prejuízos de papéis ocupacionais em toda faixa etária mundial (HLUBOCKY et al., 2021). Assim como apresenta os resultados de um estudo desenvolvido na Turquia, por Belhan Çelink e seus colaboradores em 2022, o qual teve por objetivo avaliar os efeitos de um

programa em TS de treinamento de papéis ocupacionais (bem-estar, qualidade de vida, motivação e o papel ocupacional) em adolescentes refugiados da Síria, acolhidos pela Turquia durante a pandemia da COVID-19. A pesquisa randomizada, contou com a participação de 52 adolescentes de 13 a 15 anos que frequentavam o ensino fundamental II, participaram 26 adolescentes em cada grupo, intervenção e controle. Para avaliação, foram utilizados Questionário de Equilíbrio Ocupacional (OBQ11), Escala Well-Star (WSS), Escala de Funcionalidade (IMS) e Inventário Pediátrico de Qualidade de vida (PedsQL). Os adolescentes do grupo controle permaneceram participando do plano de educação normalmente, enquanto o grupo intervenção além do plano educacional realizaram cinco sessões de intervenção semanais, com duração de 60 minutos, durante três semanas, os encontros foram desenvolvidos pelo aplicativo Zoom, os participantes utilizaram smartphone e computadores com câmera de vídeo. As atividades foram desenvolvidas em grupos, por meio da plataforma de vídeo, a qual incluiu pintura, leitura, culinária, atividades esportivas a serem realizadas simultaneamente com a terapeuta ocupacional, jogos de memória e jogos com temáticas diversificadas, todas atividades aconteceram de maneira síncrona entre terapeuta e participantes. Os achados da pesquisa evidenciaram que a média do OQB11 melhorou mais no grupo de intervenção (aumento de $3,31 \pm 7,38$ pontos) em comparação ao grupo controle (aumento de $0,19 \pm 2,93$ pontos). Similaridade foi percebida no bem estar dos adolescentes, a escala Well-Star apresentou aumento de 13,5 pontos no grupo de intervenção e 1 ponto no grupo controle. A IMS, o mesmo, aumento de 17 pontos na intervenção, enquanto no grupo controle foi observado uma diminuição de 2,5 pontos na média. E sobre a PedsQL, aumento de $12,7 \pm 5,7$ pontos, em comparação com $-1,7 \pm 5,2$ pontos na média do grupo controle. (BELHAN ÇELIK; ÖZKAN; BUMIN, 2022). Diante destes achados observa-se que a TS é uma prática eficaz no contexto social, capaz de gerar melhorias significativas dentre a população jovem, vale destacar que os resultados positivos advindos deste estudo se deu a partir da utilização de recursos e materiais presentes no cotidiano de pacientes e terapeutas.

A literatura aponta que a TS mostra-se eficaz mesmo com o uso de equipamentos de uso comum entre terapeutas e pacientes, como computadores e smartphones, assim como exposto anteriormente. Dados semelhantes foram encontrados em um estudo desenvolvido no Canadá por Kessler e seus colaboradores (2021), que buscou investigar a viabilidade, aceitabilidade e eficácia de treinamentos de desempenho ocupacional em pacientes com AVC. Seis pacientes participaram de dez sessões de treinamento de desempenho ocupacional, durante 16 semanas com duração de uma hora, as intervenções ocorreram por meio de

computador e tablet, recursos do cotidiano, as sessões foram realizadas por meio do software de videoconferência Adobe Connect. O primeiro encontro teve a finalidade de identificar três objetivos de atividades ocupacionais, para isso aplicou-se a Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM). Os resultados evidenciaram que a intervenção remota mostrou-se viável e foi bem aceita pelos participantes, 64% dos participantes mostraram melhora gradual, outros 43% apresentaram melhoras significativas logo no início do processo de intervenção no desempenho de atividades relacionadas à comunicação, bem como iniciar/manter conversa com pessoa menos familiar, permanecer envolvido em uma conversa. Em contrapartida, atividades motoras como realizar caminhadas frequentes, manter ou aumentar equilíbrio e dar nó em gravata, mostraram melhoras ao longo do processo de intervenção, exigindo mais tempo para notar resultados positivos (KESSLER; ANDERSON, DAWSON, 2021). Os achados deste estudo demonstram que a TR foi eficiente na melhora do desempenho ocupacional em pacientes pós AVC, vale ressaltar que nível de complexidade dos equipamentos como computador e tablets novamente mostraram-se eficazes na intervenção e permitiram a obtenção de resultados significativos junto a essa população.

De modo geral, constata-se que para as práticas em TS há uma variedade de equipamentos, incluindo aqueles já mencionados anteriormente que são recorrentes no cotidiano, tais como computador, tablet e smartphone, os quais podem desempenhar diversas funções, como chamadas por vozes, acesso a redes sociais para lazer e chamadas de vídeos entre amigos e/ou entre terapeuta e paciente. Entretanto, existem outros recursos que são desenvolvidos especificamente para a prática em TS, assim como mostra um grupo de pesquisadores norte-americanos ao avaliarem os benefícios de jogos de realidade virtual para funções físicas, cognitivas e emocionais de oito indivíduos pós AVC (BURDEA et al., 2020). Os jogos de realidade virtual utilizados neste estudo foram desenvolvidos por engenheiros elétricos e de computação, o terapeuta ocupacional foi responsável pela implementação da intervenção. Foram elaborados quatro jogos para treino de função motora e cognitiva, além de proporcionar bem-estar. O jogo Breakout 3D permitiu que os participantes destruíssem diversos caixotes dispostos em uma ilha, treinando assim abdução/adução e flexão/extensão de ombro, além de exercitar funções executivas, coordenação olho mão e sequenciamento de tarefas. O jogo nomeado Ilha do Cartão, exercitou memória visual e auditiva de curto prazo em jogo de cartas. O jogo Torre de Hanói, treinou amplitude de movimento de braço, além de funções executivas, para o empilhamento de discos em um número mínimo de momentos, não sendo permitido discos maiores sob os menores. Por fim, a Corrida de Carros, trabalhando pronação e supinação de antebraço, coordenação olho-mão e funções executivas, para

controlar o carro em movimento. O TO realizou as intervenções durante quatro semanas, totalizando 20 sessões de terapia domiciliar com e sem monitoramento remoto. Os resultados evidenciaram que este tipo de tecnologia foi bem aceito pelos pacientes, além de repercutir em melhoras no ganho de força de preensão, diminuição da depressão e melhora da cognição (BURDEA et al., 2020).

Percebe-se que a realidade virtual junto aos atendimentos remotos pode resultar em ganhos funcionais aos pacientes. Assim como mostra um estudo que buscou comparar os efeitos da realidade virtual na prática da TR com atendimentos presenciais. As intervenções foram realizadas por fisioterapeutas atuantes de um ambulatório junto a 70 pacientes com doença de Parkinson, os quais realizaram intervenção de TR com realidade virtual no domicílio (n=36) ou exclusivamente atendimento presencial (n=34). Os encontros se desenvolveram em 21 sessões de 50 minutos cada, três dias na semana durante sete semanas consecutivas. Os atendimentos de TR utilizaram a plataforma de comunicação Skype com exercícios de realidade virtual do sistema Nintendo Wii Fit (tablete tilt, penguin slide, baçance bubble, ski slalom, skateboarding, perfect 10, tilt city, snowball fight, rhythm parade, bird's-eye bulls-ey), enquanto nos atendimentos presenciais foram concedidos exercícios para melhora da estabilidade postural (exercício com descarga de peso, fortalecimento de tronco, transferências posturais, caminhada). Os resultados indicaram que as intervenções por realidade virtual melhoraram os índices da Escala de Equilíbrio de Berg, constatando que a realidade virtual junto a TR pode resultar na melhora do equilíbrio de pacientes com doença de Parkinson (GANDOLFI et al., 2017).

É evidente que as diferentes intervenções em TS geram benefícios notáveis e relevantes para a atuação em diversos contextos, assim como mencionado anteriormente. Entretanto, é uma prática em desenvolvimento em vários países, em busca de aperfeiçoamento, e ao longo deste processo de refinamento são percebidos limitações ou desafios relacionados à sua implementação. Na literatura internacional constata-se que, similarmente aos benefícios, há relatos nessa direção produzidos de longa data. Embora sejam evidências não tão recentes podem colaborar para fundamentar as discussões e a prática clínica. Intervenções que parecem produzir piores resultados ou implicar limites precisam ser consideradas como fonte de apoio em países cuja TS esteja iniciando, como é o caso do Brasil. Nesse sentido, destaca-se que limitações importantes foram levantadas por Theodoro e Russell (2008), os quais fizeram menção especial ao grau de contato físico necessário na terapia como uma barreira ao avanço das práticas em TS. Os autores ressaltaram que o trabalho de reabilitação envolve uma abordagem prática com contato físico significativo entre

o terapeuta e o paciente. O fisioterapeuta ou o terapeuta ocupacional podem realizar compressões articulares, exercícios passivos de amplitude de movimento ou técnicas de posicionamento que requerem serviços práticos qualificados. Pode ser difícil e potencialmente inseguro tentar ensinar essas técnicas hábeis a um cuidador através da tecnologia.

Mesmo com o passar dos anos, a ausência de contato físico permanece como um obstáculo relevante nas práticas atuais em TS, assim como mostra os resultados do estudo realizado por Tenforde e seus colaboradores em 2020. A pesquisa desenvolvida em um hospital de Boston nos EUA, buscou descrever a viabilidade e satisfação com a TR na intervenção de fisioterapeutas, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais junto a 205 pacientes e seus cuidadores, com diagnóstico de lesões esportivas, lesões físicas e neurológica, com idade entre 0 a 64 anos. A avaliação se desenvolveu a partir da Excelência em Relatórios de Melhoria da Qualidade (SQUIRE 2.0), e as intervenções tiveram duração média de 30 a 44 minutos. Os profissionais utilizaram a ferramenta Research Eletronic Data Capture para a realização dos encontros virtuais, sendo este um software do próprio hospital. Os resultados evidenciaram que para 35,6% dos cuidadores/pais de crianças, a TR foi percebida como uma ferramenta importante no cenário pandêmico, principalmente por possibilitar adaptações aos equipamentos disponíveis na casa do paciente, adentrando a cada realidade e oferecendo auxílio necessário no período de isolamento. Entretanto, 13,2% desta população entre pacientes e seus cuidadores, não aceitariam realizar a TR novamente, a justificava esteve relacionada primordialmente pela falta do contato físico, seguida de dificuldade de concentração das crianças e outras limitações tecnológicas, como a dificuldade de posicionamento da câmera/ dispositivo e qualidade do vídeo (TENFORDE et al., 2020).

A partir disso, percebe-se que a busca pelo aperfeiçoamento da prática em TS ainda apresenta um caminho extenso pela frente, sendo necessário aprimorar técnicas com a finalidade de remediar demandas relacionadas ao manuseio do paciente, além de verificar as TICs e demais recursos tecnológicos que podem ser mais eficazes para a prática, considerando as necessidades do paciente e do terapeuta.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Investigar o conhecimento, benefícios e limites da prestação de serviço em Telessaúde, sob a perspectiva de fisioterapeutas e de terapeutas ocupacionais do Estado de São Paulo.

3.2 Objetivos específicos

- ✓ Identificar a percepção dos profissionais sobre a viabilidade da TS como uma modalidade de prestação de serviço.
- ✓ Identificar quais recursos e ferramentas tecnológicos os profissionais utilizam na TS.
- ✓ Identificar a percepção dos profissionais quanto a satisfação e adesão de seus pacientes ao atendimento remoto
- ✓ Identificar a satisfação dos profissionais quanto a essa modalidade de prestação de serviço.

4 MÉTODO

4.1 Desenho do Estudo

Esta pesquisa caracteriza-se com um estudo do tipo transversal descritivo, com abordagens quantitativa e qualitativa, este tipo de estudo tem por preocupação apresentar o quadro panorâmico sobre o estado de uma ou mais variáveis para pessoas, grupos ou objetos específicos, representando o que poderíamos compreender como sendo a "fotografia" de um acontecimento, fenômeno, situação ou objeto capturado em um tempo/espaço definido (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2006).

4.2 Aspectos éticos

Este estudo recebeu a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista, Unesp, campus de Marília, registrado pelo Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE), Nº 31837220.9.0000.5406, sob Parecer nº 3.202.005 (ANEXO), em conformidade com a Resolução nº 466/2012, atendendo aos preceitos da ética na pesquisa envolvendo seres humanos. Os participantes foram informados sobre os objetivos e procedimentos do estudo e assegurados sobre o sigilo dos seus dados pessoais e, na sequência, ao aceitarem o convite para participar do estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.3 Participantes

O procedimento de amostragem foi por conveniência, não probabilística, composta por uma amostra da população disposta a participar da pesquisa por meio do preenchimento voluntário do questionário proposto.

O questionário foi enviado e obteve retorno de 142 respostas, entretanto após os critérios de inclusão selecionou-se 110 respondentes que tiveram experiência com a teleconsulta, sendo 69 Ft e 41 TO, que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: atuação clínica no Estado de São Paulo, considerando que é o Estado que concentra o maior número de profissionais de ambas as áreas no país (Tabela 1); atuar em serviços diversificados de

reabilitação¹ no atendimento a pessoas com condições de saúde diversas, em diferentes faixas etárias, em setores privados e/ou públicos. Os critérios de exclusão foram: não ter experiência em telessaúde e atuar em outros estados brasileiros, que não fosse o de São Paulo.

Tabela 1. Número de profissionais inscritos em cada CREFITO*

CREFITO	Estado	Fisioterapeutas	Terapeutas Ocupacionais
CREFITO 1	Recife	26.930	1.606
CREFITO 2	Rio de Janeiro	38.294	1.464
CREFITO 3	São Paulo	86.648	6.361
CREFITO 4	Minas Gerais	34.635	2.279
CREFITO 5	Rio Grande do Sul	15.799	987
CREFITO 6	Ceará	11.411	884
CREFITO 7	Bahia	17.163	624
CREFITO 8	Paraná	16.717	960
CREFITO 9	Mato Grosso	4.736	121
CREFITO 10	Santa Catarina	11.471	737
CREFITO 11	Distrito Federal	5.531	435
CREFITO 12	Tocantins	10.371	1006
CREFITO 13	Mato Grosso do Sul	3.474	230
CREFITO 14	Piauí	4.543	155
CREFITO 15	Vitória	4.939	279
CREFITO 16	Maranhão	4.883	681
CREFITO 17	Sergipe	2.865	174
CREFITO 18	Roraima	2.949	116

Fonte: Elaborada pela autora. *Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Informações obtidas por meio de ofício de solicitação enviado por e-mail a todos os CREFITOS.

4.4 Instrumento de coleta de dados

Os dados foram coletados por meio de questionário online elaborado na plataforma Google Forms, composto por questões abertas e fechadas, tendo sido elaborado com base em instrumentos descritos na literatura internacional (GREENHALGH, 2018; THEODOROS et al., 2016), e previamente submetido a duas fases importantes para planejamento adequado da coleta de dados. A primeira fase contou com três juízes para análise temática e a relação com os objetivos da pesquisa, sendo dois terapeutas ocupacionais e um fisioterapeuta,

¹ Neste estudo, utilizamos a definição de reabilitação e incapacidade da Organização Mundial da Saúde (OMS), e, portanto, incluem todas as intervenções que otimizam o funcionamento e têm como objetivo reduzir deficiências, limitações de atividades e restrições de participação em pessoas com condições de saúde diversas (WHO-ICF; 2001; WHO, 2018).

pesquisadores experientes que atuam no Laboratório de Investigação em Neuropediatria, Tecnologia e Inclusão (LINTI²).

Primeiramente, tais juízes foram orientados quanto ao objetivo desta pesquisa, em seguida receberam o questionário a fim de procederem à análise pretendida. Os juízes foram unânimes em informar a adequação do questionário, entretanto, dois terapeutas ocupacionais sugeriram a modificação das perguntas abertas que solicitavam ao entrevistado para justificar a escolha da alternativa da resposta fechada. Assim, a pergunta “*Justifique a resposta anterior*”, foi modificada para “*Cite até três justificativas para sua escolha da resposta anterior*”. Tal alteração visou favorecer a objetividade nas respostas e foi incorporada ao instrumento de coleta de dados dando origem à segunda versão do questionário, o qual foi aplicado como projeto piloto para análise da clareza e da assertividade das questões. Esta fase contou com dez sujeitos, cinco Ft e cinco TO. Após a análise dos dados provenientes dos questionários do projeto-piloto, constatou-se a necessidade de modificar a sequência de três questões com o intuito de agrupá-las em temáticas semelhantes de investigação. Assim, o questionário passou a ser constituído por três partes. A primeira consiste na identificação dos dados sociodemográficos a fim de caracterizar os participantes desta pesquisa. A segunda, busca identificar o conhecimento sobre a TS, acerca da percepção quanto ao nível de concordância. A terceira, investigou a experiência dos participantes com esta modalidade de prestação de serviço. Esse procedimento permitiu construir o roteiro definitivo (APÊNDICE A) para a coleta de dados com os participantes desta pesquisa.

4.5 Procedimento de coleta de dados

Os dados foram coletados via online. As duas principais vantagens da utilização desta forma de coleta de dados são seu baixo custo (BETHLEHEM, 2010; FRICKER et al., 2005; COUPER; MILLER, 2008; FLEMING; BOWDEN, 2009) e a velocidade de sua condução (GUNTER et al., 2002; BETHLEHEM, 2010; McDONALD; ADAM, 2003). Sendo assim, considera-se que pode ser uma forma viável de coleta de dados em situações atípicas como a causada pela COVID-19, que impede/ou dificulta o contato presencial.

Para acessar os profissionais, inicialmente foi solicitado ao CREFITO 3- Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional do ESP, a pasta contendo nome e e-mail dos

² O LINTI localiza-se no Centro Especializado em Reabilitação – CER II, da Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista UNESP, Campus de Marília-SP.

profissionais cadastrados no respectivo Conselho. Em resposta, o CREFITO-3 informou que por questões legais não havia a possibilidade de disponibilizar os e-mails ou dados dos profissionais. Mediante tal resposta, e com base na Portaria nº 09, de 04 de fevereiro de 2019, que viabiliza a divulgação de instrumentos de coleta de dados de pesquisas científicas para profissionais, empresas e consultórios inscritos no CREFITO-3, julgou-se conveniente um segundo contato objetivando solicitar ao respectivo Conselho que disponibilizasse o questionário desta pesquisa em seu site oficial. A solicitação foi atendida e o questionário foi disponibilizado com o intuito de viabilizar o maior alcance de respostas.

Adicionalmente, o questionário foi enviado por e-mail aos coordenadores dos cursos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional das Universidades públicas e privadas localizadas no ESP, a fim de solicitar a colaboração dos mesmos no envio do questionário aos docentes dos cursos. Além dos procedimentos de coleta de dados acima, o questionário foi enviado via grupos de profissionais em redes sociais; Centros Especializados de Reabilitação; Associação de Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais do ESP, a qual se disponibilizou a enviar os questionários aos associados.

Além disso, utilizou-se o método *snowball* (Bola de Neve) que tem sido frequentemente utilizado em pesquisas. O método gera uma amostra por meio de referências de padrões entre pessoas que compartilham ou conhecem outras que possuem características que são de interesse da pesquisa (FLICK, 2009; GLASER; STRAUSS, 2006). Neste estudo, para cada participante que respondia ao instrumento de coleta de dados lhe era enviado um e-mail solicitando a referência de dez ou mais Ft e TO. Esse processo continuou até o término do prazo previamente estabelecido para a coleta de dados. Dessa forma, o questionário foi continuamente enviado por diferentes fontes online visando elevar o número de participantes, no período de julho de 2020 a maio de 2021.

4.6 Procedimento de análise de dados

Para a análise de dados, inicialmente estes foram tabulados em planilha do programa Microsoft Office Excel versão 2012. Na sequência, as variáveis sociodemográficas dos participantes (sexo, idade, formação, tempo de atuação, população atendida e serviço em que atua), e dados relacionados à população atendida e as respostas dadas a cada questão do questionário foram submetidos à análise descritiva e os resultados apresentados por meio de distribuição de frequência relativa (%).

A análise descritiva das variáveis independentes “tempo que exerce a profissão; serviço em que atua (público ou privado); população atendida e graduação”, avaliadas no estudo foi realizada considerando os valores de frequência absoluta e relativa. As variáveis dependentes (satisfação e concordância com a TS), por serem qualitativas ordinais, foram analisadas por meio do Modelo Logitos Ordenado (*Ordered Logit Model*), uma extensão dos Modelos Lineares Generalizados (*Generalized Linear Model* - GLM). O efeito de cada variável independente foi obtido pelo teste da razão de verossimilhança (*likelihood ratio tests*), comparando o modelo nulo com o modelo com o efeito de cada variável independente separadamente. Os contrastes dentro dos fatores avaliados foram obtidos por meio do teste de comparações múltiplas de Bonferroni. Todas as análises foram realizadas no Software R (R Core Team, 2020), sendo adotado um nível de significância igual a 5%.

O material que permitiu a análise qualitativa foi originado das respostas dadas a duas questões do instrumento de coleta de dados. A primeira questão compunha a segunda parte do instrumento: *Diante de situações atípicas, como a pandemia causada pela COVID-19, qual a sua opinião sobre a possibilidade de atendimento remoto?* E, a segunda, incluída na terceira parte do instrumento: *Qual o seu nível de satisfação com o atendimento à distância que realizou durante a pandemia?*

Destaca-se que tais questões continham alternativas de resposta fechadas que indicavam, no caso da primeira questão, o nível de concordância com o atendimento remoto (concordo totalmente à discordo totalmente) e, na segunda questão, o nível de satisfação (totalmente satisfeito à totalmente insatisfeito) do profissional com a TS, após a escolha da alternativa era solicitado ao respondente que justificasse a alternativa escolhida. Entretanto, a inserção da justificativa era opcional, ou seja, o respondente não tinha a obrigatoriedade de justificar a opção para o acesso à questão posterior. Nesse sentido, adotou-se para a análise o critério de 50% ou mais de respondentes em cada questão.

As informações coletadas por meio das questões acima referidas foram submetidas à Análise de Conteúdo atendendo aos pressupostos de Bardin (2011), que se refere à “*um conjunto de técnicas de análise das comunicações*” (BARDIN, 2011, p.37), que a partir de procedimentos metodológicos sistematizados e objetivos da descrição dos conteúdos das mensagens possibilita desde o cálculo de frequências até a extração de conteúdos que permitem a inferência de conhecimentos relativos aos produtos destas mensagens.

Para realizar a análise, é necessária a definição das unidades de codificação, ou as de registro, que podem ser expressas por meio da palavra, da frase, do minuto, do centímetro quadrado. Nesta pesquisa, definiu-se como unidades de registros frases e trechos de frases que

indicaram relevância para a análise e, portanto, respondiam ao objetivo desta pesquisa: investigar elementos (benefícios, limites e outros fatores) que impactam na concordância e na satisfação dos profissionais com o serviço prestado por meio da prática em TS.

Para Bardin (2011), estas unidades dão origem às categorias ou temas. Salienta-se que neste estudo, utilizou-se a análise categorial, que consiste em:

“...tomar em consideração a totalidade de um "texto", passando-o pelo crivo da classificação e do recenseamento, segundo a frequência de presença (ou de ausência) de itens de sentido. Isso pode constituir um primeiro passo, obedecendo ao princípio de objetividade e racionalizando por meio de números e percentagem uma interpretação que, sem ela, teria de ser sujeita a aval. E o método das categorias, espécie de gavetas ou rubricas significativas que permitem a classificação dos elementos de significação constitutivos da mensagem” (BARDIN, 2011, p.43).

Bardin (2011) salienta que a classificação dos diferentes elementos nas diversas gavetas se faz segundo critérios capazes de fazer emergir um sentido que introduza uma ordem na desordem aparente. A escolha do que categorizar depende da escolha dos critérios de classificação, ou seja, das unidades de registro que correspondam ao segmento do conteúdo da mensagem dotado de significação e, portanto, respondam a pergunta da pesquisa, ou ao objetivo que se pretende com a investigação. No caso desta pesquisa, as unidades de registro buscaram responder a indagação relativa a quais elementos, tanto positivos (benefícios) quanto negativos (limites) impactaram na concordância e na satisfação dos profissionais com o serviço remoto prestado por meio da TS.

Todo o material coletado por meio das duas questões referidas anteriormente foi organizado em duas planilhas do programa Microsoft Office Excel versão 2012. Na primeira planilha, de concordância com a TS, foram inseridos os dados dos participantes (Ft ou TO), população atendida, o nível de concordância com a TS, e a justificativa de sua alternativa de resposta. A segunda planilha, de satisfação com a TS, seguiu a mesma organização da primeira.

A organização destas planilhas possibilitou o que Bardin (2011), define como *leitura flutuante*, etapa de primeiro contato com o material a ser analisado, deixando-se invadir pelas impressões. A leitura foi se tornando mais precisa, embasada na pergunta desta pesquisa, bem como nos critérios de *exaustividade*: que significa não desconsiderar da pesquisa qualquer um de seus elementos; de *representatividade*: que consiste em amostra representativa do que se deseja analisar, neste caso, o material derivado da coleta de dados a partir das duas questões referidas anteriormente (concordância e satisfação). E, ainda com base nos critérios de

homogeneidade: que trata da igualdade do tema do material escolhido para a análise, que nesta pesquisa definiu-se como tema central “benefícios e limites” da TS e, por fim, o *de pertinência*: que significa verificar se a fonte documental selecionada corresponde aos objetivos da análise. (BARDIN, 2011)

A partir dessa primeira análise, observou-se que independente dos níveis de concordância ou de satisfação com o atendimento prestado remotamente, foram identificados nas respostas dos participantes (unidades de registros) benefícios e limites que se assemelhavam entre si, ou seja, as respostas tinham similaridade, não se diferiam no que diz respeito aos motivos que impactavam a concordância e a satisfação com a prática em TS.

Mediante a essa constatação, chegou-se à conclusão de que não fazia sentido apresentar os resultados separando as unidades de registro em dois sistemas de categorias (um com base na concordância e, o outro na satisfação) pois, estes seriam similares. Após essa determinação, bem como da seleção do material de análise, da leitura seguindo todas os critérios de Bardin (2011), optou-se por compor um único sistema de categorias independente da classificação: concordância e satisfação com o atendimento remoto, levantando-se a hipótese de que os benefícios e limitações percebidos com a prestação de serviço por TS independem do nível de concordância e da satisfação dos profissionais que a realizaram.

Com a hipótese levantada, identificou-se as unidades de registro compostas por frases e trechos de frases que continham uma carga semântica que respondia ao objetivo desta análise: investigar benefícios e limites da prestação de serviço em TS. Assim, seguindo os postulados de Bardin (2011), separou-se os registros que traziam a menção explícita de benefícios daqueles que expressavam limites, e quantificou-se esses registros, o que compreendeu três elementos: 1º) escolha das unidades de registro (recortes); 2º) as regras de contagem intitulada enumeração; 3º) a classificação, que consistiu no agrupamento das unidades de registro. Foram identificadas no total 175 unidades de registro, dessas 94 referiam benefícios, e 81 diziam respeito aos limites da prática em TS.

Cabe apontar que o título do tema está vinculado ao tema central de investigação deste estudo, e o título das categorias e subcategorias vinculam-se ao conteúdo das respostas emitidas pelas participantes.

Concluído esses processos, considerou-se pertinente verificar se o conteúdo das respostas estava bem representado pela categoria e subcategoria no qual foi enquadrado, uma vez que essa tarefa envolvia certo grau de julgamento subjetivo da pesquisadora. Tal verificação foi realizada por dois juízes, juiz A e juiz B, ambos terapeutas ocupacionais,

Mestres e Doutoradas em Educação. O procedimento de verificação da adequação do sistema de categorias foi embasado no procedimento realizado no estudo de Zafani (2017). Assim, ao invés de apresentar no material dos juízes apenas o trecho da resposta representativo de determinada categoria e subcategoria, apresentou-se a resposta completa dos participantes, considerando que a apresentação de recorte de um trecho, sem a totalidade da resposta poderia alterar o seu significado.

O material selecionado para os juízes foi organizado em um quadro dividido em quatro colunas. Na primeira coluna, apresenta-se todas as categorias e subcategorias, na segunda, as respostas completas dos participantes, cujas unidades de registros selecionados da resposta completa aparecem em **negrito** indicando a categoria ou subcategoria na qual foi encaixado. A terceira coluna do quadro foi reservada para a avaliação do juiz, o qual deveria assinalar S, se considerasse adequada a categoria e a subcategoria na qual a resposta completa ou trecho da resposta completa foi encaixado. O mesmo raciocínio para N, se não adequado. Nesse caso, o juiz indicava, na última coluna (coluna 4) suas sugestões referentes a categoria e/ou a subcategoria que considerava ser apropriada para encaixar a resposta completa ou trecho da resposta. Assinalava NP, não pertinente, nos casos em que avaliasse que a resposta completa ou trecho da resposta completa não se enquadrava em nenhuma categoria ou subcategoria especificada no material apresentado, podendo sugerir novas categorias. Juntamente com esse material, o juiz recebeu um material contendo todas as categorias, subcategorias e a descrição do conteúdo inserido em cada uma delas. No apêndice B encontra-se um pequeno recorte do material enviado aos juízes e no Apêndice C um quadro para consulta disponibilizado para os juízes com os eixos temáticos, categorias e subcategorias para que pudessem consultar durante a análise.

A seguir, apresenta-se um exemplo do quadro para análise enviado aos juízes:

Quadro 1. Exemplo do material enviado aos juízes

Coluna 1	Coluna 2	Coluna 3	Coluna 4 – Sugestões
Categoria 1. Manutenção do processo terapêutico frente a doenças contagiosas.	Minha concordância é porque o formato remoto é uma garantia de atendimento em situações emergências como a da COVID19.	S () N () NP ()	

Fonte: Elaborado pela autora, com base em Zafani (2017).

Com o material advindo da análise dos juízes, realizou-se o cálculo do índice de concordância entre a codificação realizada pelo juiz A e a pesquisadora e entre o juiz B e a pesquisadora, seguindo rigorosamente a análise apresentada por Zafani (2017). Assim, considerando que as alternativas S e N são decisivas para identificar se o trecho ou conteúdo

da resposta completa representava bem a categoria e a subcategoria nas quais foi encaixado pela pesquisadora, realizou-se o primeiro cálculo (frequência de S dividida pela soma das frequências de S e N multiplicado por 100), obteve-se entre o juiz um e a pesquisadora 90,35% de concordância e entre o juiz dois e a pesquisadora 95,6%. Com relação a alternativa NP, embora esta não seja decisiva para análise da adequação da codificação realizada pela pesquisadora, realizou-se um segundo cálculo (frequência de S dividido pela soma das frequências de S, N e NP multiplicado por 100) a fim de verificar se ao considerar tais alternativas ainda seria obtido índice de concordância maior que 80%, valor este estimado de alta significação em análises estatísticas e considera confiáveis os registros (FAGUNDES, 1981; MATOS, 2014). Obtendo-se nessa segunda análise, 87,90% de concordância entre o juiz 1 e a pesquisadora, e 92,65% entre o juiz 2 e a pesquisadora.

Após a realização do índice de concordância, constatou-se que nas duas análises realizadas, obteve-se índice maior do que 80%, o que atesta que a categorização e codificação realizadas pela pesquisadora podem ser consideradas fidedignas (Quadros 2 e 3).

Quadro 2- Categorias relativas aos benefícios da prestação de serviço em TS

TEMA 1 BENEFÍCIOS DA TS	
Categorias	Descrição
1. Manutenção do processo terapêutico frente a doenças contagiosas	Relatos sobre a TS como prestação de serviço que possibilitou a continuidade do cuidado e do processo terapêutico, com segurança, diante da COVID-19
2. Possibilita intervenção de qualidade	Relatos que evidenciam que o atendimento remoto possibilitou a manutenção e/ou a obtenção de resultados positivos relacionadas ao tratamento ofertado
3. Maior engajamento da família no processo terapêutico	Respostas que denotam a percepção positiva dos participantes sobre o envolvimento da família ao longo das intervenções terapêuticas.
4. Monitorar, acompanhar e orientar	Inclui respostas que evidenciam que a TS ofereceu a oportunidade de monitorar, acompanhar e orientar os familiares e pacientes frente a interrupção dos atendimentos presenciais.
5. Vínculo entre terapeuta, paciente e família	Relatos que denotam que a TS propiciou a manutenção do vínculo estabelecido entre o terapeuta, paciente e família.
6. Prática de tarefas em ambiente real	Inclui relatos que indicam que a TS permitiu conhecer o ambiente e a rotina dos pacientes e da família e, com isso, viabilizou a implementação de objetivos funcionais de intervenção.
7. Acesso ao tratamento	Relatos que indicam que os participantes perceberam a TS como uma alternativa de acesso ao tratamento, não apenas em situação de pandemia.

Fonte: Elaborado pela autora

Quadro 3- Categorias e subcategorias relativas aos limites da prestação de serviço por TS

TEMA 2 LIMITES DA TS	
Categorias	Descrição
1. Necessidade de contato físico	A categoria 1 é constituída por duas subcategorias, as quais revelam que os participantes percebem que a ausência de contato físico influenciou em dois aspectos: dificultou a ação do terapeuta (1.1) e, o atendimento remoto é inviável frente a determinadas condições de saúde (1.2).
Subcategorias: 1.1 Dificuldade de ação do terapeuta 1.2 Dificuldade devido às condições de saúde intrínsecas ao paciente	
Categoria	Descrição
2. Acesso aos recursos tecnológicos por condição Socioeconômica.	Inclui relatos que denotam que os participantes percebem que a condição social é um fator que limita o acesso aos tecnológicos e, como consequência, interfere na prestação de serviço via TS.
3. Falta de formação do terapeuta	Relatos que indicam que a falta de formação do terapeuta impactou a efetividade da prática em TS.
4. Dificuldade de adesão e de adaptação a TS	Relatos envolvendo a percepção de que a TS impacta a adesão do paciente e adaptação do terapeuta a esta modalidade de prestação de serviço.
5. Organização da rotina familiar	Engloba relatos que sinalizam que a mudança na rotina familiar ocasionada pela pandemia dificultou a participação dos responsáveis nos atendimentos remotos.

Fonte: Elaborado pela autora

Por fim, organizou-se também um controle por meio de frequência absoluta com o intuito de identificar quais profissionais (Ft ou TO) e quantos tiveram suas respostas enquadradas em cada uma das categorias e subcategorias, cujo detalhamento encontra-se no item *Resultados*.

Realizou-se a Análise de Conteúdo por meio da inferência, entendida como “operação lógica, pela qual se admite uma proposição em virtude da sua ligação com outras proposições já aceitas como verdadeiras” (BARDIN, 2010, p. 41). O domínio do referencial teórico pertinente à investigação possibilitou o confronto com os achados, dando embasamento para a pesquisa e sentido à interpretação dos dados.

Para exemplificar os recortes de respostas, a fim de garantir sigilo e anonimato, os nomes foram substituídos por códigos, assim, cada participante da pesquisa foi referido com a letra “P” seguido por um número que lhe representa e pela profissão, exemplo: participante 1 – terapeuta ocupacional (P1-TO).

5 RESULTADOS

Participaram deste estudo 110 profissionais com experiência na prestação de serviço por TR, sendo 41 Ft e 69 TO. Destes participantes 96 eram do sexo feminino (FT=35; TOs=61) e 14 do sexo masculino (FT=6; TOs=8), com idade média de 33,2(Ft) e 34,1(TO) anos. A seguir são apresentados os dados sociodemográficos dos participantes, seguido do tempo de atuação profissional e da faixa etária da população atendida.

Tabela 2- Dados sociodemográficos dos participantes

	Ft (%)	TO (%)
Formação		
Graduação	26,83	24,64
Especialidade Lato-Sensu	48,78	52,17
Mestrado	14,63	13,04
Doutorado	7,32	7,25
Pós-Doutorado	2,44	2,9
Serviço em que atua		
Público	73,17	47,83
Privado	26,83	52,17
Tempo que exerce a profissão		
Menos de 1 ano	12,2	14,49
De 1 a 5 anos	31,71	24,64
De 6 a 10 anos	12,2	20,29
Mais de 10 anos	42,9	40,58
População atendida		
Criança-Adolescente	-	31,88
Adulto-Idoso	48,78	26,09
Criança-Idoso	51,22	42,03

Fonte: Elaborado pela autora

Os resultados referentes ao conhecimento, percepção quanto aos recursos tecnológicos viáveis para a TS e a possibilidade da TS no Brasil mediante a pandemia da COVID 19 são apresentados na Tabela 3, vale ressaltar que houve participantes que assinalou mais de uma alternativa de resposta, sendo assim, os dados ultrapassam 100%.

Tabela 3- Conhecimento sobre a resolução, práticas do atendimento remoto e recursos tecnológicos.

	Ft (%)	TO (%)
Conhecimento sobre a Resolução		
Conhecem	87,8	91,3
Desconhecem	12,2	8,7
Conhecimento sobre as práticas do atendimento remoto		
Conhecem Totalmente	26,83	27,24
Conhecem Parcialmente	65,85	66,67
Desconhecem	7,32	5,8
Conhecimento sobre recursos tecnológicos		
Conhecem	56,1	72,46
Desconhecem	43,9	27,54
Recursos que podem ser utilizados no atendimento remoto		
Smartphone	52,78	94,00
Computador	41,67	42,00
Telefone Fixo	2,78	16,00
Tablet	2,78	16,00
Recursos viáveis para realidade brasileira		
Smartphone	72,73	60,00
Computador	18,18	28,24
Telefone Fixo	9,06	11,76

Fonte: Elaborado pela autora.

No que diz respeito ao nível de concordância dos participantes com a TS, observou-se que houve manifestação de concordância total (Ft=14,75%; TO= 37,04%); concordância parcial (Ft=45,9%; TO=44,44%) e discordância parcial (Ft=6,56%; TO=3,70%).

Mediante esses dados, considerou-se oportuno analisar o efeito da variável *formação graduada* sobre a variável *concordância* com a TS, os dados evidenciaram que há diferença significativa ($p=0,01$) entre o grupo de Ft e TO, sendo que este apresentou tendência a uma concordância maior com a TS, como mostra a tabela seguinte:

Tabela 4- Frequência absoluta e relativa de graduação pelo grau de concordância

Formação	CT (%)	CP (%)	DP (%)	p-valor	Bonf.
Ft	9 (8,18)	28 (25,45)	4 (3,64)	0,01	a
TO	30 (27,7)	36 (32,73)	3 (2,73)		b
Total	39 (35,88)	64 (58,18)	7 (6,37)	-	-

Legenda: CT: Concordo totalmente; CP: Concordo parcialmente; DP: Discordo parcialmente.

Bonf.: teste de comparações múltiplas de Bonferroni. Foi considerado um nível de significância igual a 5%.

Fonte: Elaborado pela autora

Na mesma direção, analisou-se as variáveis *tempo de formação* e *serviço em que atua* pelo grau de concordância com a TS, observando-se que para essas variáveis não houve

diferença estatisticamente significativa (Tabelas 5 e 6). Em contrapartida, quando analisado o efeito da população atendida sobre a concordância com a TS, observou-se diferença significativa ($p=0,005$) sugerindo que profissionais que atendem exclusivamente crianças e adolescentes apresentaram tendência em concordar totalmente com a TS (Tabela 7).

Tabela 5- Frequência absoluta e relativa de tempo de formação pelo grau de concordância.

Tempo de formação	CT (%)	CP (%)	DP (%)	p-valor	Bonf.
Menos de 1 ano	3 (2,73)	11 (10,00)	1 (0,91)	0,06	a
De 1 a 5 anos	10 (9,09)	17 (15,45)	4 (3,64)		a
De 6 a 10 anos	11 (10,00)	5 (4,55)	1 (0,91)		a
Mais de 10 anos	15 (13,64)	31 (28,18)	1 (0,91)		a
Total	39 (35,45)	64 (58,18)	7 (6,36)	-	-

Legenda: CT: Concordo totalmente; CP: Concordo parcialmente; DP: Discordo parcialmente. **Bonf.:** teste de comparações múltiplas de Bonferroni. Foi considerado um nível de significância igual a 5%.

Fonte: Elaborada pela autora

Tabela 6- Frequência absoluta e relativa de serviço em que atua pelo grau de concordância.

Serviço em que atua	CT (%)	CP (%)	DP (%)	p-valor	Bonf.
Privado	26 (23,64)	36 (32,73)	3 (2,73)	0,17	a
Público	13 (11,82)	28 (25,45)	4 (3,64)		a
Total	39 (35,46)	64 (58,18)	7 (7,37)	-	-

Legenda: CT: Concordo totalmente; CP: Concordo parcialmente; DP: Discordo parcialmente.

Bonf.: teste de comparações múltiplas de Bonferroni. Foi considerado um nível de significância igual a 5%.

Fonte: Elaborado pela autora

Tabela 7- Frequência absoluta e relativa de população atendida pelo grau de concordância

População atendida	CT (%)	CP (%)	DP (%)	p-valor	Bonf.
Criança e Adolescente	14 (12,73)	8 (7,27)	0 (0,00)	0,005	a
Adulto e Idoso	13 (11,82)	25 (22,73)	3 (2,73)		b
Criança ao Idoso	12 (10,91)	31 (28,18)	4 (3,64)		b
Total	39 (35,46)	64 (58,18)	7 (6,37)	-	-

Legenda: CT: Concordo totalmente; CP: Concordo parcialmente; DP: Discordo parcialmente.

Bonf.: teste de comparações múltiplas de Bonferroni. Foi considerado um nível de significância igual a 5%.

Fonte: Elaborado pela autora

A seguir são apresentados os dados relativos a frequência de atendimentos, duração e tipo de prestação de serviço prestado.

Tabela 8- Caracterização do desenvolvimento da TS

	FT (%)	TO (%)
Frequência de atendimento		
1 vez na semana	63,41	69,57
2 vezes na semana	36,59	30,43
Duração dos atendimentos		
40 a 60 minutos	41,46	53,62
30 a 40 minutos	19,51	28,99
20 a 30 minutos	39,02	17,39
Tipo de prestação de serviço		
Teleconsulta	51,22	76,81
Telemonitoramento	73,17	47,83
Recursos Tecnológicos utilizados		
Smartphone	87,8	92,75
Computador	56,1	59,42
Telefone Fixo	9,76	14,49
Ferramentas Tecnológicas utilizadas		
WhatsApp	68,29	79,71
Telefonia	24,39	53,62
E-mail	4,88	8,7

Fonte: Elaborado pela autora

Constata-se na tabela acima que a maior parte dos TO realizou o serviço remoto no formato TC (76,81%), diferentemente dos Ft em que a maioria realizou TM (73,17%). Na sequência, apresentam-se os recursos e ferramentas utilizados em maior frequência pelos participantes deste estudo durante o atendimento remoto.

Conforme acima, embora os participantes tenham utilizado mais de um recurso e ferramentas tecnológicas para o atendimento remoto, os dados apontam que o smartphone foi o recurso tecnológico mais utilizado pelos participantes por meio da ferramenta WhatsApp. A atividade síncrona predominou no grupo de TO (66,57%), e a assíncrona, no grupo de Ft (73,17%).

Ao questionar se houve dificuldade relacionada à utilização dos recursos e ferramentas tecnológicas, bem como para a prestação de serviço remoto, dos 110 profissionais, 78 (N=50 TO; N=28 Ft) afirmaram apresentar tais dificuldades. De acordo com as respostas dos participantes foram identificados os seguintes elementos que influenciaram a percepção de dificuldades durante a prestação de serviço remoto:

Tabela 9- Dificuldades identificadas com recursos, ferramentas tecnológicas e na prática remota

Dificuldades	Ft (%)	TO (%)
Falta de treinamento	53,66	27,54
Acesso à Internet	14,63	37,68
Falta de equipamento	-	7,25
Nenhuma dificuldade	31,71	27,54

Fonte: Elaborado pela autora

Os achados acima indicam que a falta de treinamento foi a principal dificuldade encontrada no grupo de Ft (53,66%) e o acesso à internet no grupo de TO (37,68%). Na sequência, apresentam-se dados relacionados à percepção dos participantes sobre a aceitação e satisfação de seus pacientes acerca da prestação de serviço remoto. Vale ressaltar que esta questão permitia ao participante assinalar mais de uma alternativa de resposta, nesse sentido os dados encontrados ultrapassam 100%.

Tabela 10. Percepção dos participantes em relação a aceitação e satisfação dos pacientes ao atendimento remoto

	Ft (%)	TO (%)
Aceitação dos pacientes		
Não houve resistência por parte dos pacientes e/ou cuidador	39,02	47,83
A maioria mostrou resistência, mas ADERIU à proposta	39,02	43,28
A maioria mostrou-se resistente e NÃO aderiu à proposta	21,09	8,7
Satisfação dos pacientes		
Início tiveram dificuldade em compreender as orientações, mas se adaptaram	51,22	50,72
Sentiram-se satisfeitos, seguros, motivados e acolhidos pelo segmento da reabilitação	24,39	39,13
Sentiram-se insatisfeitos e desmotivados com a reabilitação à distância	31,7	15,94

Fonte: Elaborado pela autora

Constata-se acima que mesmo nos casos em que os pacientes mostraram resistência inicial, a maioria aderiu ao atendimento remoto, tanto na área de TO quanto de Ft.

Com relação ao nível de satisfação dos participantes com a TS, identificou-se variação entre eles, sendo que a maioria manifestou-se parcialmente satisfeito (Ft=60,98%; TO=69,57%), seguidos de satisfeitos (Ft=21,95%; TO=21,74%), parcialmente insatisfeitos (Ft=12,20%; TO=8,70%) e, por fim, insatisfeitos (Ft=4,88%).

Considerou-se relevante analisar os efeitos das variáveis *tempo de formação, serviço em que atua, população atendida e a formação* sobre a variável *satisfação* com a TS. Os resultados desta análise evidenciaram que não houve efeito significativo de nenhuma das

variáveis anteriores sobre o grau de satisfação com TS ($p=0,66$; $p=0,89$; $p=0,28$; $p=0,29$, respectivamente), conforme tabelas subsequentes.

Tabela11- Frequência absoluta e relativa de tempo de formação pelo grau de satisfação.

Tempo de formação	PS (%)	S (%)	PI (%)	I (%)	p-valor	Bonf.
Menos de 1 ano	12 (11,01)	0 (0,00)	2 (1,83)	1 (0,92)	0,66	a
1 a 4 anos	20 (18,35)	6 (5,50)	3 (2,72)	2 (1,83)		a
5 a 9 anos	12 (11,01)	5 (4,59)	0 (0,00)	0 (0,00)		a
Mais de 10 anos	28 (25,69)	13 (11,93)	5 (4,59)	0 (0,00)		a
Total	72 (67,92)	24 (22,64)	10 (9,43)	3 (2,82)	-	-

Legenda: PS: Parcialmente satisfeito; S: Satisfeito; PI: Parcialmente Insatisfeito; I: Insatisfeito.

Bonf.: teste de comparações múltiplas de Bonferroni. Foi considerado um nível de significância igual a 5%.

Fonte: Elaborado pela autora

Tabela 12- Frequência absoluta e relativa de serviço em que atua pelo grau de satisfação.

Serviço em que atua	PS (%)	S (%)	PI (%)	I (%)	p-valor	Bonf.
Privado	41 (37,61)	18 (16,51)	3 (2,75)	2 (1,83)	0,89	a
Público	31 (28,44)	6 (5,50)	7 (6,42)	1 (0,92)		a
Total	72 (67,92)	24 (22,64)	10 (9,43)	3 (2,83)	-	-

Legenda: PS: Parcialmente satisfeito; S: Satisfeito; PI: Parcialmente Insatisfeito; I: Insatisfeito.

Bonf.: teste de comparações múltiplas de Bonferroni. Foi considerado um nível de significância igual a 5%.

Fonte: Elaborado pela autora

Tabela 13- Frequência absoluta e relativa de população atendida pelo grau de satisfação.

População atendida	PS (%)	S (%)	PI (%)	I (%)	p-valor	Bonf.
Criança e Adolescente	16 (14,68)	6 (5,50)	0 (0,00)	0 (0,00)	0,28	a
Adulto e Idoso	24 (22,02)	9 (8,26)	7 (6,42)	1 (0,92)		a
Criança ao Idoso	32 (29,36)	9 (8,26)	3 (2,75)	2 (1,83)		a
Total	72 (67,92)	24 (22,64)	10 (9,43)	3 (2,83)	-	-

Legenda: PS: Parcialmente satisfeito; S: Satisfeito; PI: Parcialmente Insatisfeito; I: Insatisfeito.

Bonf.: teste de comparações múltiplas de Bonferroni. Foi considerado um nível de significância igual a 5%.

Fonte: Elaborado pela autora

Tabela 14- Frequência absoluta e relativa de graduação pelo grau de satisfação.

Graduação	PS (%)	S (%)	PI (%)	I (%)	p-valor	Bonf.
Fisioterapia	25 (22,94)	9 (8,26)	5 (4,59)	2 (1,83)	0,29	a
Terapia Ocupacional	47 (43,12)	15 (13,76)	5 (4,59)	1 (0,91)		a
Total	72 (67,92)	24 (22,64)	10 (9,43)	3 (2,83)	-	-

Legenda: PS: Parcialmente satisfeito; S: Satisfeito; PI: Parcialmente Insatisfeito; I: Insatisfeito.

Bonf.: teste de comparações múltiplas de Bonferroni. Foi considerado um nível de significância igual a 5%.

Fonte: Elaborado pela autora

A seguir são apresentados os resultados advindos da análise qualitativa que indicam os benefícios e limites da prestação de serviço em TS, sob a percepção dos Ft e TO deste estudo. Dos 110 participantes, 102 (N=61 TO; N=41 Ft) justificaram o motivo de sua opção de resposta, a categorização e quantificação dos conteúdos explicitados nas respostas dos participantes são apresentados na sequência.

Na tabela 15, apresentam-se na coluna 1, as sete categorias advindas das respostas que evidenciaram os benefícios da prática em TS, na coluna 2 encontra-se a quantidade de participantes que tiveram suas respostas enquadradas em cada uma das categorias, e na coluna 3, a frequência de respostas frente a cada categoria.

Tabela 15- Categorias e quantificação das opiniões acerca dos benefícios da TS

Categorias	Participantes	Frequência
1. Manutenção do processo terapêutico frente a doenças contagiosas	N=24 TO e N= 7 Ft	31
2. Possibilita intervenção de qualidade	N=13 TO e N= 9 Ft	22
3. Maior engajamento da família no processo terapêutico	N=8 TO e N= 3 Ft	11
4. Monitorar, acompanhar e orientar	N= 6 TO e N=4 Ft	10
5. Vínculo entre terapeuta, paciente e família	N=8 TO e N=0 Ft	8
6. Prática de tarefas em ambiente real	N=6 TO e N=1 Ft	7
7. Acesso ao tratamento	N=5 TO e N=0 Ft	5

Fonte: Elaborado pela autora

Conforme tabela acima, observa-se que o grupo de TO evidenciou mais benefícios advindos da TS do que o grupo de Ft, é oportuno lembrar que o grupo de TO apresentou tendência a uma maior concordância ($p=0,01$) com a TS quando comparado ao grupo de Ft, dado este que sugere que a percepção de benefícios pode estar relacionada com a concordância e satisfação com a TS. A seguir, apresentam-se as categorias analíticas constantes na tabela acima e os excertos que exemplificam cada uma delas.

Categoria 1 - Manutenção do processo terapêutico frente a doenças contagiosas.

Nesta categoria são englobados relatos que indicam que o atendimento remoto foi uma alternativa viável que possibilitou a continuidade do cuidado e do processo terapêutico, de forma segura, frente ao contexto emergencial de saúde causado pela pandemia da COVID-19:

Foi uma opção válida para situações como a da COVID-19 e para a manutenção dos casos em atendimento (P7-Ft)

Com a Telessaúde mantive os tratamentos sem exposição do paciente, sem oferecer risco de contaminação ao paciente, a família e mim mesmo (P5-Ft)

Foi a melhor estratégia para o momento que o COFFITO podia oferecer, os pacientes perdem muito sem acompanhamento por tanto tempo, e o remoto evitou o contágio (P84 -Ft)

Foi a melhor alternativa diante da situação, os atendimentos não podiam zerar (P132-Ft)

Diante do cenário atual, sem perspectiva de retorno, correndo risco de se contaminar, paralisar totalmente não é uma opção, o remoto ajudou muito nisso (P111-TO)

O online garantiu o atendimento nessa situação emergencial (P122-TO)

Não existe outra forma de atendimento possível no momento, e os pacientes não podem deixar de ter o cuidado (P66-TO)

É uma forma de manter um acompanhamento dos pacientes diminuindo os riscos de contaminação (P142-TO)

Considerando a condição atual, foi possível manter os atendimentos com segurança para todos (P128 TO)

Categoria 2 – Possibilita intervenção de qualidade.

As unidades de registro que deram origem a esta categoria sugerem que a prestação de serviço em TS é uma prática efetiva para a manutenção do quadro clínico e para obtenção de resultados clínicos satisfatórios, assim como exemplificam os trechos abaixo:

Os pacientes tiveram resultados significativos e tive ótimos feedbacks (P79-Ft)

Tive um bom resultado, relatado pelos pais e avaliado por mim (P73-Ft)

É possível verificar a evolução do paciente de acordo com as orientações e atendimentos prestados (P130-Ft)

Os objetivos têm sido cumpridos e os pacientes continuam mantendo a sua condição ou evoluindo (P94-Ft)

Percebi que a TS ajudou a manter o caso, percebi que evitou o agravamento e manteve a funcionalidade do paciente (P112-TO)

As crianças tiveram evolução, apesar da pandemia e de ser atendimento remoto (P60-TO)

Consegui cumprir os objetivos que já tinha estabelecido, foi possível estabelecer também outros objetivos adaptados para o contexto do isolamento social, e obtive resultados nas intervenções realizadas na maioria dos casos. (P64-TO)

Categoria 3- Maior engajamento da família no processo terapêutico.

Esta categoria emergiu de relatos que indicam que a TS favoreceu a participação e o envolvimento das famílias no processo terapêutico, possibilitou a orientação aos familiares de forma mais efetiva. Ademais, as respostas dos participantes denotam que no atendimento

remoto os pais mostraram-se mais colaborativos e aprimorou a comunicação entre terapeutas e familiares.

Estou muito feliz com a participação e parceria com a família, parece que agora entende mais o tratamento, a TS aumentou a interação da família com o tratamento (P85-TO).

O contato maior e mais frequente com os pais fez com que fosse necessário repensar o modelo clínico e considerar cada vez mais o modelo centrado na família para acolher, acompanhar, instruir e/ou orientar (P69-TO)

Muitas famílias têm se mostrado acolhidas e felizes, até mesmo houve melhora na comunicação e entendimento de terapeuta-família (P110- TO)

Percebi que o atendimento remoto favoreceu a interação com a família, trazendo os pais para o atendimento, permitindo que eles possam entender e auxiliar de maneira mais eficaz seus filhos (P7-Ft)

O remoto aproximou a família para a realidade do quadro clínico do paciente e dos atendimentos realizados (P73-Ft)

O atendimento online ampliou a participação da família, não via tanto assim no presencial (P84 –Ft)

Categoria 4 – Monitorar, acompanhar e orientar

Nesta categoria os relatos dos participantes evidenciam que as práticas em TS propiciaram aos terapeutas a possibilidade de monitorar e a de conceder orientações adequadas para evitar perdas funcionais mediante a interrupção dos atendimentos presenciais.

Concordo com o TM, pois foi um modo de acompanharmos e orientarmos sistematicamente a família, evitando perdas ou retrocesso no caso (P8-Ft)

Os atendimentos remotos permitem a orientação dos usuários (pacientes) para que possa prevenir ou melhorar sua condição de saúde (P130-Ft)

Os atendimentos remotos foram muito importantes para manter o acompanhamento e monitorar os pacientes que já estavam em atendimento, pude dar orientações sobre atividades que podiam fazer em casa (P60-TO)

Com o TM e pude fazer acompanhamento de quem já recebia atendimento presencial por meio de esclarecimento de dúvidas, reforço das orientações anteriores (P111-TO)

Categoria 5 - Vínculo entre terapeuta, paciente e família.

Ressalta-se que esta categoria originou das respostas advindas dos TO, não sendo constatado tal conteúdo nas respostas dos Ft. Os relatos sugerem que a TS possibilitou o acolhimento e a manutenção do vínculo entre terapeutas, pacientes e familiares.

Concordo com o atendimento remoto porque possibilita manter o vínculo já criado antes da pandemia (P35-TO)

Percebo que é possível manter vínculo e desenvolver outras formas interagir com a família (P23-TO)

Concordo com o remoto porque mantém o vínculo com o paciente e seus familiares (P53-TO)

O atendimento online dá a possibilidade de manter o vínculo e acolhimento da família e do paciente (P110-TO)

Categoria 6 –Prática de tarefas em ambiente real

Esta categoria inclui relatos que indicam que a prestação de serviço em TS oportuniza ao terapeuta conhecer o ambiente e a rotina domiciliar dos pacientes e de seus familiares, contribuindo para a implementação de objetivos funcionais de intervenção a partir da compreensão da dinâmica funcional do sujeito dentro do ambiente domiciliar.

Pelo fato de estarmos ligados diretamente com a rotina da casa, é possível mais ainda mensurar como é a dinâmica de funcionamento desta casa e intervir nas AVDs e AVPs.³ (P48-TO)

É possível conhecer a rotina e conceder orientações pontuais para as Atividades Básicas de Vida Diária (P60-TO)

O online permite ver o ambiente, o que as vezes não é possível no presencial, no dia a dia, e ajuda a realizar orientações aos familiares quanto a aspectos da rotina e formas de estimular os pacientes em casa, vendo a realidade de cada um (P101-TO)

O atendimento remoto permite ver o ambiente e ter maior foco na independência e na autonomia (P84-Ft)

Categoria 7 – Acesso ao tratamento.

Cabe destacar que esta categoria, assim como a categoria 5, originou das respostas advindas dos TO, não sendo observado conteúdo semelhante nas respostas dos Ft. Esta categoria sugere que a TS pode ser uma alternativa de acesso ao tratamento de reabilitação permitindo que muitos pacientes possam ser assistidos por esta modalidade de prestação de serviço, não apenas em situação de isolamento social

Acho que o atendimento remoto agiliza e aumenta a área de abrangência territorial para que pacientes tenham acesso ao tratamento, e isso pode ser útil não só agora com a COVID (P92-TO)

Acho que é um recurso válido, ofereceu oportunidade para atender pessoas de municípios diferentes (P112-TO)

³ AVDs: Atividade de Vida Diária; AVPs: Atividade de Vida Prática.

Possibilitou a abrangência de atendimento, pois atendi pacientes de vários Estados do país (P122-TO)

Pode ser essencial nos casos de dificuldade de deslocamento para os serviços e não apenas em casos de isolamento social (P44-TO)

O remoto diminui custo de deslocamento (P73-TO)

A seguir, na tabela 16 são apresentadas na coluna 1, cinco categorias e duas subcategorias advindas das respostas que denotam a percepção dos participantes relativa aos fatores que limitam a prática em TS. Na coluna 2, encontra-se a quantidade de participantes que tiveram suas respostas enquadradas nas categorias e, por fim, na coluna 3, a frequência de respostas frente a cada categoria e subcategorias.

Tabela 16- Categorias e subcategorias relativas aos limites da prestação de serviço em TS

Categorias	Participantes	Frequência
1. Necessidade de contato físico	N=23 TO e N= 21 Ft	44
Subcategorias:		
1.1 Dificuldade de ação do terapeuta	N=18 TO e N=8 Ft	26
1.2 Dificuldade devido às condições de saúde intrínsecas ao paciente	N=5 TO e N=13 Ft	18
2. Dificuldade de acesso aos recursos tecnológicos por condição socioeconômica desfavorecida	N=7 TO e N=6 Ft	13
3. Dificuldade de adesão e de adaptação ao atendimento remoto	N=3 TO e N=7 Ft	10
4. Falta de formação do terapeuta	N= 7 TO e N=3 Ft	10
5. Organização da rotina familiar	N=3 TO e N=1 Ft	4

Fonte: Elaborado pela autora

A seguir, apresentam-se as categorias analíticas acima e os excertos que exemplificam cada uma delas.

Categoria 1 – Necessidade de contato físico.

A ausência de contato físico foi percebida pelos participantes como um dos principais aspectos que impactou na efetividade das intervenções realizadas remotamente. Desta categoria analítica, originaram-se duas subcategorias, a primeira (1.1) inclui relatos que indicam estreita relação da falta de contato físico com dificuldade de ação terapêutica, e a segunda (1.2) relatos que sugerem que o atendimento remoto é inviável mediante a determinadas condições de saúde que acometem o paciente.

Subcategoria 1.1 – Dificuldade de intervenção do terapeuta:

Sinto insegurança em alguns casos para saber se alguns exercícios estão realmente sendo realizados corretamente (P5-Ft)

Preciso ter contato físico com o meu paciente para estimulação e correção de certos movimentos (P49-Ft).

É difícil realizar uma avaliação ou tratamento sem o toque terapêutico. Por exemplo na minha especialidade em questão, não há como adivinhar a graduação de força do assoalho pélvico sem o toque vaginal ou retal (P77-Ft)

Nada substitui o contato e interação com a criança, preciso olhar e perceber como essa criança se encontra em determinado dia, senti falta dos recursos do ambiente clínico como equipamentos e brinquedos, então a falta de presencial é muito ruim (P95 TO)

Avaliar a partir de um recorte de imagem, limita muito a compreensão da situação do paciente e prejudica a intervenção (P107-TO)

Senti muita falta da manipulação dos pacientes para avaliação e tratamento, ou seja, avaliar e intervir de forma mais eficaz é complexa e precisa do presencial (P123-TO)

O presencial permite acessar mais dimensões do sujeito, estabelecimento de outras formas de compromisso com a terapeuta, muito mais que o remoto (P142-TO)

Subcategoria 1.2 – Condição de saúde intrínseca ao paciente:

É inviável para aqueles pacientes que necessitam de analgesia e/ou terapia manual e/ou que não tem boa consciência corporal para fazer os exercícios apenas com comandos verbais (P132-Ft)

Acredito que nos casos de alta complexidade a presença de um profissional é indispensável. Além disso, muitos idosos são mais carentes e se sentem felizes em contato com terapeuta e paciente (P94-Ft)

No remoto há a dificuldade de realizar uma avaliação ou tratamento sem o toque terapêutico. Na minha área por exemplo não tem como adivinhar a graduação de força do assoalho pélvico sem o toque vaginal ou retal (P77-Ft)

Alguns casos há a necessidade do terapeuta estar junto do paciente, pacientes com questões neurológicas precisam da manipulação (P17-TO)

A avaliação e mensuração de resultados na disfunção física mostra-se muito limitada (P123-TO)

Categoria 2 – Dificuldade de acesso aos recursos tecnológicos por condição socioeconômica desfavorecida.

A condição social menos favorecida que circunda alguns pacientes foi percebida pelos participantes como um fator que limita o acesso aos recursos tecnológicos e, como

consequência, interfere na efetividade das práticas em TS. Na percepção dos participantes diferentes fatores afetam o acesso ao recurso, tais como baixa conexão com provedores de internet, escassez de equipamentos e conhecimento limitado quanto às possibilidades de uso das ferramentas do recurso, como evidenciado nos relatos subsequentes:

É necessário um estudo aprofundado sobre os contextos sociais de cada cliente, tendo em vista que em alguns ambientes/territórios não há acesso à internet, linhas telefônicas, etc (P21-TO)

Muitos pacientes e cuidadores não têm ou têm pouca afinidade de com uso de plataformas virtuais, a maioria tem condições socioeconômicas restrita apresentam dificuldade no uso do recurso, baixo acesso à internet e plataformas virtuais (P65-TO)

Tive que gastar muito tempo só orientado o uso do celular para a chamada de vídeo, para baixar os joguinhos de estimulação, isso afetou muito a intervenção, e o pior, o acesso a internet foi um caos para muitos. E vários pacientes só tem celular, não têm computador ou notebook (P92-TO)

A maioria dos meus pacientes vivem em situação de vulnerabilidade social, muitas vezes o recurso que eles têm é um celular básico, sem condição de realizar o atendimento remoto, ou quando tem o celular, o acesso à internet é muito ruim (P49-Ft)

O acesso à Internet é instável para muitos pacientes, além disso notei a dificuldade das famílias com o uso da tecnologia durante os atendimentos, muitos não sabiam atender a chamada de vídeo por WhatsApp, foi necessário orientar, treinar, mas isso foi muito complicado no online (P133-Ft)

Muitos pacientes não tem acesso à tecnologia e nem conectividade com a internet (P140-Ft)

Categoria 3 – Dificuldade de adesão e de adaptação à TS

Nesta categoria estão englobados os relatos que denotam a percepção de que a TS impacta a baixa adesão do paciente e a adaptação tanto do paciente quanto do terapeuta a esta modalidade de prestação de serviço.

Os dois primeiros meses foram bons, porém depois poucos pacientes seguiam as orientações, não se adaptaram (P140-Ft)

Não me adaptei, não me adequei, o mesmo aconteceu com os meus pacientes (P94-Ft)

Não foram todos os pacientes que aderiram por essa forma de atendimento, muitos não se adaptaram (P23-TO)

Muitas famílias tiveram pouca adesão e participação, apresentaram dificuldades e o processo terapêutico ficou comprometido (P69-TO)

Categoria 4 – Falta de formação profissional.

A falta de formação prévia, de conhecimento sobre as possibilidades de prática em TS, de capacitação sobre as estratégias que podem ser mais efetivas em TS, foram percebidos pelos participantes como aspectos que impactaram a efetividade da prestação de serviço no formato remoto, como exemplificado nos excertos abaixo:

Muito difícil trabalhar no online, minha participação se resumiu a dizer se o exercício está sendo feito certo ou não, e como arrumar a postura (P3-Ft).

Sinto que poderia fazer mais. Mas, também entra a questão de que nem tudo é possível sem a gente ter preparo para o atendimento remoto (P42-Ft)

Tive muita dificuldade, tentei fazer alguns cursos online para correr atrás do prejuízo, mas acho que não foi suficiente (P128-Ft)

Acredito que com mais preparo, suporte técnico os atendimentos seriam melhores (P1-TO)

Tentei fazer o máximo diante da situação, mas se tivesse preparo seria melhor, tinham alguns cursos online, tentei buscar para melhorar a prática (P4-TO).

A falta de conhecimento das possibilidades de uso de materiais e de recursos online torna difícil a nossa intervenção (P38-TO)

Categoria 5- Rotina familiar.

Nesta categoria englobam os relatos que sinalizam que a mudança na rotina familiar ocasionada pela pandemia interferiu na participação da família nas práticas em TS. De acordo com os participantes isso se deu por fatores relacionados à sobrecarga de atividades cotidianas:

Muitas famílias já têm uma sobrecarga enorme sobre o cuidado com o paciente e não conseguem participar (P42-Ft)

Muitos pais trabalham e não conseguem estar presentes nos auxiliando durante o TM (P92-TO)

Sobrecarga dos pais impossibilitou que participassem efetivamente dos atendimentos (P110-TO)

Muitas famílias trabalham e não têm disponibilidade de realizar contato no horário do atendimento (P113-TO)

6 DISCUSSÃO

Com relação ao perfil dos participantes, a amostra foi composta majoritariamente por pessoas do sexo feminino, de acordo com o CREFITO 3, dentre os profissionais inscritos nas áreas de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (6.361 e 86.648, respectivamente) apenas 232 TO (3,64%) e 14.767 (17%) Ft informaram ser do sexo masculino. Esses dados condizem com os achados de Silva (2020), que com base em dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística identificou que as mulheres representam 73,4% das matrículas nos cursos de nível superior da área da saúde, com destaque para a Enfermagem e as profissões relacionadas à Reabilitação. A maioria dos participantes (83,48%) exerce a profissão há mais de 10 anos, realizou pós-graduação lato sensu. A maior parte dos Ft (73,17%) deste estudo atua em instituições públicas, quanto aos TO constatou-se uma certa equivalência nos tipos de serviços em que atuam (47,83% serviço público e 52,17%, no privado). Frente a essa equivalência, dados semelhantes foram encontrados em um estudo que mostra resultado similar acerca da atuação em setores públicos e privados. Ganesan e seus colaboradores (2021) ao desenvolverem uma pesquisa que buscou analisar o impacto da COVID19 na prática de 114 TO, indicou que uma parte da amostra de participantes que atuavam em ambulatório privado (26,4%) e hospital universitário (25,4%), para estes não houve diferença entre as percepções quando analisadas sobre o impacto da COVID-19 na atuação profissional, sugerindo assim que a implementação da TS em diferentes setores de atuação se deu de maneira similar.

No que se refere ao conhecimento sobre os aspectos relacionados à modalidade de prestação de serviço em TS, destaca-se o conhecimento sobre a Resolução COFFITO nº 516/2020 que permitiu e estabeleceu diretrizes norteadoras para essa modalidade de serviço no período pandêmico, a maioria dos participantes (Ft=87,80%; TO=91,30%) referiu conhecer a Resolução nº 516/2020. Esse é um dado relevante, pois o atendimento realizado de forma remota não era autorizado pelo COFFITO anterior ao período pandêmico. Assim, sugere-se que os profissionais que compuseram este estudo implementaram suas intervenções pautadas em Leis, respeitando os princípios éticos que norteiam os regulamentos que regem a prática profissional.

Com relação ao conhecimento referente às práticas relacionadas à TS, a maior parte dos profissionais (Ft=65,85%; TO=66,67%) mencionou conhecê-las parcialmente. Pode-se inferir que esse resultado condiz com o fato de a TS, nas áreas de Terapia Ocupacional e Fisioterapia no Brasil, ser autorizada a partir da pandemia causada pela COVID 19, a qual

impôs o isolamento social como forma de combater a disseminação da doença. Essa realidade abrupta trouxe a necessidade de adaptação das práticas dos Ft e TO à uma prática até então pouco difundida e proibida no Brasil. Diferentemente do que ocorre em outros países em que a prestação de serviço remoto acontece de longa data (GUTIÉRREZ et al., 2013).

Ainda com relação ao conhecimento sobre aspectos relacionados à TS, a maioria dos participantes (Ft=52,78%; TO=94%) mencionou que o *smartphone* é recurso que pode ser utilizado para a prestação de serviço remoto, sendo o mais viável para a realidade brasileira (Ft=72,73%; TO=60%). Esses dados condizem com o recurso utilizado para prestação de serviço em TS efetivada pelos participantes deste estudo, a maioria (Ft=87,8%; TO=92,75%) utilizou o *smartphone*, por meio da ferramenta *WhatsApp* (Ft=68,29%; TO=79,71%). Esse dado pode estar diretamente relacionado à realidade tecnológica dos brasileiros, uma pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2019, revelou que o *smartphone* é o recurso mais utilizado pela população brasileira, sendo que 98,6% dos brasileiros com mais de dez anos de idade o utilizam diariamente para acessar a internet. Além disso, 95,7% dos usuários brasileiros de internet utilizam o *smartphone* para enviar ou receber mensagens de texto, voz ou imagens e, 91% utilizam para conversar por chamadas de voz ou vídeo (BRASIL, 2019). Deste modo, pode-se inferir que o *smartphone* representa um recurso importante para a prática em TS no cenário brasileiro.

O *smartphone* e suas ferramentas de comunicação são frequentemente utilizados na prática em TS em diversos países. Os dados de uma pesquisa realizada por Bezuidenhout e seus colaboradores (2022) evidenciaram que dos 307 fisioterapeutas que atenderam pacientes idosos e pacientes com doenças neurológicas durante a pandemia da COVID-19, 70% afirmaram utilizar o *smartphone* como tecnologia primária para a prestação de serviço remoto, o qual foi utilizado para agendamento de consultas por meio de mensagens de texto, monitoramento da intervenção por meio de aplicativos especializados para prescrição de exercícios, e para a utilização de aplicativos de comunicação para fornecer orientações e informações relacionadas ao programa de intervenção. De maneira similar, os resultados encontrados em um estudo realizado nos EUA, que buscou analisar a implementação da TS para intervenção no desempenho ocupacional de pacientes com diversos diagnósticos, evidenciaram que os atendimentos virtuais foram realizados habitualmente por meio de *smartphone* pessoal, computadores e tablet (ZAHORANSKY; LAPE, 2020). Da mesma maneira, os resultados de uma pesquisa desenvolvida por Ganesan e seus colaboradores revelou o uso do *smartphone* (58,46%), computador (21,53%) e tablet (9,23%) como os

principais recursos tecnológicos utilizados por TO para o desenvolvimento da prática em TS (GANESAN et al., 2021).

Percebe-se que o smartphone é um recurso tecnológico versátil, constituído por ferramentas que permitem a implementação de uma diversidade de maneiras de intervir remotamente. Entretanto, no presente estudo, evidenciou-se que os profissionais utilizaram predominantemente o WhatsApp para o desenvolvimento das práticas denominadas TC e TM, tanto em atividades síncronas quanto assíncronas. Esse achado se coaduna com o fato de a TS ser uma prática tão repentina no Brasil, fazendo com que os profissionais tivessem que se adaptar à essa nova forma de prestar serviço sem tempo hábil para se capacitarem, o que fez com que utilizassem os recursos e ferramentas tecnológicos disponíveis no momento.

As atividades síncronas e assíncronas em atendimento remoto durante a pandemia da COVID-19 também foram evidenciadas em outros estudos, sendo destacado o uso de smartphone para a realização de ligações e envio de mensagens de texto e/ou áudio, tanto na prática da Fisioterapia (MINGHELLI et al., 2020) quanto da TO (GANESAN et al., 2021),

No que diz respeito às dificuldades relatadas pelos participantes acerca do uso dos recursos tecnológicos, bem como para a prestação de serviço remoto, a falta de treinamento predominou para os Ft (53,66%), sendo menos evidente para os TO (27,54%), a falta de acesso à internet foi apontada tanto por TO (37, 68%) quanto para Ft (14,63%). A instabilidade e a dificuldade de conexão à internet não é uma barreira exclusiva do Brasil, diversos países com nível de desenvolvimento elevado e que realizam a TR de longa data, enfrentam este mesmo obstáculo. Assim como apresenta um estudo realizado por Li e seus colaboradores (2020), que buscou investigar os efeitos da TR na Terapia Ocupacional domiciliar, por meio de smartphone, para o aumento do desempenho funcional e motor. Após a intervenção evidenciou-se que os pacientes apresentaram dificuldade para abrir o aplicativo, além de problemas de conectividade Wi-Fi e baixa velocidade de dados, o que dificultou o uso do aplicativo e o envio de vídeo em nuvem (Li et al., 2020). Além disso, a implementação da TS pode apresentar desafios, incluindo a falta de infraestrutura, falta de experiência/treinamento dos profissionais, ausência de suporte técnico (BAIRAPAREDDY et al., 2021).

Com relação à frequência semanal de atendimento remoto, manteve-se de uma a duas vezes por semana, tanto para TO quanto para Ft. Dados semelhantes foram encontrados no estudo de Krasovsky e seus colaboradores, que revelou que as intervenções realizadas junto a crianças atendidas em um centro de reabilitação ocorreram predominantemente de uma a duas vezes por semana. (KRASOVSKY et al., 2021). Normalmente, a frequência de atendimentos

nas áreas de Fisioterapia e Terapia Ocupacional varia de duas a três vezes por semana, a depender de cada caso. Entretanto, o atendimento uma vez por semana talvez se justifique por se tratar de práticas em TS diante de uma situação atípica caracterizada pela pandemia da COVID 19. Muitos fatores ambientais podem interferir na frequência e na intervenção propriamente dita, tais como acesso à internet, dinâmica familiar, necessidade da presença do cuidador, e quando criança pode ocorrer simultaneamente a presença de atividade escolar remota, entre outras. Entretanto, o atendimento remoto foi percebido como uma estratégia importante para a manutenção dos atendimentos frente ao isolamento social. Esse dado pode ser constatado nas verbalizações dos participantes, conforme mencionado no item resultados.

Fato relevante refere-se ao tempo de duração da intervenção remota, houve variação de 40 a 60 minutos (TO=53,62% e Ft=41,46%). Esse é um tempo normalmente utilizado nos atendimentos presenciais, entretanto, as dificuldades encontradas pelos participantes no que diz respeito ao acesso à internet, auxílio ao paciente no uso do recurso tecnológico, falta de treinamento, entre outros, demandaram tempo dos atendimentos remotos. Sendo assim, é provável que 40 ou 60 minutos de atendimento remoto não sejam pareados ao tempo de atendimento presencial.

Os resultados deste estudo condizem com dados de um estudo realizado por Pazzaglia e seus colaboradores (2020) junto a TO que buscou comparar o programa de TR utilizando realidade virtual com um programa de reabilitação convencional em pacientes com doença de Parkinson, a partir dos resultados identificou-se que sessões remotas com seis semanas consecutivas de 40 minutos, três vezes por semana evidenciaram que a TR foi mais eficaz na melhora de marcha, equilíbrio, função de membros superiores e qualidade de vida, em comparação com a reabilitação convencional presencial.

Além de todos os aspectos mencionados, a aceitação e satisfação dos pacientes frente a essa modalidade de prestação de serviço é relevante, sobretudo, quando se pensa em uma prática centrada no cliente e em sua família. Na percepção dos participantes deste estudo (TO= 91,11%; Ft=78.04%) houve aceitação pela maioria dos pacientes em relação à prestação de serviço remoto, mesmo aqueles que se mostraram resistentes no início, aderiram à proposta. Na mesma direção evidenciou-se a percepção dos participantes quanto à satisfação dos pacientes em relação ao atendimento remoto. Para a maioria dos participantes (TO= 89%; Ft=75,61) seus pacientes no início tiveram dificuldade em compreender as orientações, mas com o tempo se adaptaram (TO=50,72%; Ft=51,22%), sentiram-se satisfeitos, seguros e acolhidos pela continuidade da reabilitação (TO=39,13%; Ft=24,39%). Com isso, pode-se sugerir que a adesão ao tratamento tem relação com a satisfação dos pacientes frente ao

serviço oferecido. É necessário que o paciente e a família sintam-se seguros e confiantes em relação à eficácia do atendimento remoto. Se perceberem a eficácia, provavelmente, irão aderir às orientações que lhes são dadas pelos profissionais e participar mais ativamente do processo de intervenção. Resultados semelhantes são encontrados em um estudo que buscou analisar a percepção de fisioterapeutas, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais sobre a TR em hospital pediátrico, os achados indicaram que esta modalidade de prestação de serviço foi aceita positivamente pela maioria dos pacientes (98,97%) (TANNER, 2020). Na mesma direção, Tenforde e seus colaboradores (2020), ao investigarem a satisfação de pacientes atendidos pela modalidade de TS nas áreas de Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Fonoaudiologia, identificaram que 93% dos entrevistados relataram ter tido experiências excelentes ou muito boas em relação à TS, possibilitando assim, o alto nível de satisfação (TENFORDE et al., 2020).

Identificar se os profissionais se sentem satisfeitos e concordam com o serviço prestado na modalidade de TS também é pertinente. Neste estudo, evidenciou-se que a maioria dos participantes sentiu-se satisfeito e concorda com essa modalidade de prestação de serviço. Assim, considerou-se importante analisar as variáveis que impactaram na concordância e na satisfação desses profissionais com a TS. Com relação à concordância, constatou-se que a variável *formação profissional* apresentou diferença significativa ($p=0,01$) evidenciando que o grupo de TO tende a concordar mais com a TS do que o grupo de Ft. Diferença significativa ($p=0,005$) também foi constatada na *variável população atendida*, demonstrando que o grupo de profissionais que atendem apenas crianças e adolescentes tendem a concordar mais com TS, comparativamente aos grupos que atenderam populações de outras faixas etárias. Esta concordância significativa pode estar associada ao engajamento da família no processo de intervenção, assim como evidencia um estudo que buscou analisar a percepção de uma mãe de uma criança autista sobre a TS, os relatos da mãe revelaram que a TS possibilitou a participação dos pais no planejamento da rotina, permitindo a tomada de decisão compartilhada (ROSLER, 2020). Este resultado incita a reflexão sobre a formação profissional, tendo em vista que os TO possuem habilidades para contribuir na reorganização da rotina, sugerindo assim que a TS favorece a prática de intervenção desses profissionais, podendo impactar positivamente na concordância com os atendimentos remotos.

Na sequência, apresenta-se a discussão advinda dos dados da análise qualitativa, para tanto, buscou-se retomar alguns dos resultados já discutidos anteriormente de forma a propiciar um melhor entendimento acerca dos relatos que deram origem às categorias

analíticas e que denotam os benefícios e as limitações da prática em TS, percebidos pelos participantes deste estudo.

Constatou-se que a percepção de benefícios relacionados à prática em TS, nas diferentes categorias analíticas, foi constatada em maior quantidade no grupo de TO do que no grupo de Ft. É oportuno destacar que, conforme mencionado anteriormente, o grupo de TO deste estudo tende a concordar mais com a TS do que o grupo de Ft, fato este que pode explicar a maior quantidade de benefícios percebidos pelos TO.

A categoria analítica *manutenção do processo terapêutico frente a doenças contagiosas*, foi possível observar nas respostas dos participantes que a viabilidade da TS evidencia-se na possibilidade de manutenção dos atendimentos que estavam em andamento, na prestação de serviço de forma segura, e na possibilidade de evitar a exposição do paciente e do terapeuta ao risco iminente de contaminação imposto pela COVID-19. Este dado é importante, tendo em vista que a propagação da doença impossibilitou o desenvolvimento de intervenções terapêuticas presenciais em escala mundial. Desta maneira, a liberação das práticas em TS propiciaram a oportunidade de os terapeutas darem continuidade às intervenções que estavam em andamento, com amparo legal, como evidenciado no relato de um dos participantes: “Foi a melhor estratégia para o momento que o COFFITO podia oferecer... e o remoto evitou o contágio” (P84 –Ft). A possibilidade de sequenciamento dos atendimentos foi manifestada pelos participantes, assim como evidenciam os achados de Almojaibel e seus colaboradores (2020) ao desenvolverem um estudo com o objetivo de identificar a percepção de fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, médicos e enfermeiros que realizaram a TS em mais de 20 países. Participaram do estudo 222 profissionais, os quais atuavam em ambulatórios, hospitais ou programas destinados à comunidade. Os resultados identificaram que 79% dos profissionais participantes dos diversos países consideraram que a TS foi uma opção viável para dar continuidade às intervenções durante a pandemia da COVID-19. Diante disso, nota-se que a TS é percebida, em diferentes países e por diferentes profissionais, como uma modalidade de serviço que viabiliza as intervenções terapêuticas em situações de isolamento social.

Vale ressaltar que em países onde a TS se desenvolve de longa data, é percebida inclusive como uma alternativa viável de intervenção desde tempos que precedem a pandemia da COVID-19, assim como identificaram Gandolfi e seus colaboradores (2017) ao desenvolverem um estudo randomizado que buscou comparar a melhora do equilíbrio sob os efeitos da intervenção em realidade virtual em atendimentos remotos e presenciais. Foram realizadas três sessões semanais durante 7 semanas consecutivas, conjuntamente com o

sistema de jogos Nintendo Wii Fit para os 76 pacientes com doença de Parkinson. Participaram do grupo controle 36 pacientes em atendimento presencial e 36 pacientes em atendimentos remotos do grupo de intervenção. Os resultados revelaram similaridade entre os grupos quando comparados com a melhora da Escala de Equilíbrio de Berg, indicando que a Realidade Virtual na TS favoreceu o equilíbrio tanto quanto os atendimentos presenciais. Diante deste dado percebe-se que a TS associada a realidade virtual pode oferecer melhoras que sejam equivalentes aos atendimentos presenciais.

A categoria analítica intitulada *possibilita intervenção de qualidade* diz respeito à percepção dos profissionais de que o atendimento remoto possibilitou tanto a manutenção de ganhos funcionais aos pacientes como a obtenção de resultados positivos frente ao tratamento ofertado. De certa maneira, os dados desta categoria complementam àqueles discutidos na categoria 1, ou seja, os dados sugerem que a TS é uma modalidade de atenção em reabilitação que além de permitir a manutenção dos atendimentos (categoria 1), pode possibilitar intervenções significativas que impactam em ganhos funcionais ao paciente. Este dado corrobora com os achados de uma pesquisa desenvolvida por Buabbas e seus colaboradores (2022) que objetivou identificar a percepção de sete Ft sobre a experiência com a TR ofertada a pacientes com idade de 18 a 60 anos, totalizando 53 atendimentos remotos. Os resultados evidenciaram que para sete Ft a TR foi eficaz e promoveu a melhora da amplitude de movimento, postura e a independência nas atividades de levantar da cama ou cadeira, além disso, destacaram que esses ganhos foram alcançados favorecendo a diminuição de dor dos pacientes.

A categoria *maior engajamento da família*, estabelece relação com relatos que sugerem que a TS possibilita a participação ativa dos familiares no processo de intervenção dos pacientes. A percepção do envolvimento da família neste estudo é concebida pelos profissionais, dados semelhantes são encontrados na percepção dos próprios familiares, assim como apresenta os resultados de uma pesquisa desenvolvida por Eriksson, Kamwesiga e Guidetti (2021) que objetivou investigar a percepção de cuidadores de pacientes que sofreram AVC sobre a TS. Após a realização de uma entrevista semiestruturada com doze cuidadores, acerca da rotina de intervenções no contexto domiciliar, os familiares relataram que se esforçaram para contribuir na reabilitação do paciente, pois perceberam a TS como um compromisso sério no processo de intervenção. Diante disso, sugere-se que a TS contribuiu para a divisão das responsabilidades relacionadas à evolução do paciente.

A categoria *monitorar, acompanhar e orientar* indica que a prática em TS permitiu aos participantes acompanharem os pacientes dentro do contexto real, possibilitando a

concessão de orientações e esclarecimento de dúvidas. Tais dados foram identificados a partir dos relatos que sugerem que os atendimentos remotos permitiram “...a orientação dos usuários (pacientes) para que possa prevenir ou melhorar sua condição de saúde” (P130-Ft) e oferecer “...acompanhamento de quem já recebia atendimento presencial por meio de esclarecimento de dúvidas, reforço das orientações anteriores (P111-TO)”. Estes dados corroboram com os achados de uma revisão sistemática e de meta-análise que buscou avaliar o efeito da TR sobre a dor e função física de pacientes com osteoartrite de joelho (XIE et al., 2021). Foram selecionados seis ensaios clínicos randomizados e 4 meta-análises públicas entre janeiro de 2000 a abril de 2020. Os resultados apresentam semelhança nas produções selecionadas acerca da possibilidade de monitoramento oferecida pela TS, evidenciando que os recursos tecnológicos como smartphone e telefone fixo foram essenciais para a realização de ligações telefônicas, os quais possibilitaram o monitoramento do desempenho dos pacientes além de oferecer mais segurança e motivação.

A categoria *vínculo entre terapeuta, paciente e família*, diz respeito aos relatos que indicam que a TS promoveu a manutenção da relação terapeuta-paciente-família, especialmente aos vínculos já estabelecidos anteriormente à pandemia causada pela COVID-19. Este dado sugere que esta modalidade de prestação de serviço é eficaz para manutenção e fortalecimento de vínculos terapêuticos. Fatos similares são apresentados em um estudo desenvolvido por Kerschke e Hux (2021) que objetivaram identificar a percepção de fisioterapeutas em relação às vantagens da TS junto a pacientes com lesão medular, comparada ao atendimento presencial. Após aplicação de um questionário para 89 profissionais, evidenciou que a TS favoreceu o fortalecimento e a manutenção do relacionamento fisioterapeuta-cliente, destacando que os atendimentos remotos foram proporcionais ao atendimento presencial quando avaliado sob a perspectiva de aproximação entre terapeutas-pacientes.

A categoria *Prática de tarefas em ambiente real* indica que a prática em TS permitiu ao terapeuta adentrar à realidade dos pacientes, conhecer o ambiente e a rotina deles e, com isso, possibilitou a realização de intervenções mais significativas e funcionais. Tais achados foram extraídos de relatos que indicaram que o atendimento remoto possibilitou “...mensurar como é a dinâmica de funcionamento da casa e intervir nas AVDs e AVPs” (P48 e P60-TO). Esses dados são relevantes e contribuem para pensarmos na possibilidade de atendimento remoto como uma estratégia adicional ao presencial, que possibilita ao terapeuta uma forma de conhecer o ambiente e a rotina de pacientes que residem, por exemplo, em municípios distantes dos centros de reabilitação nos quais são atendidos presencialmente.

Os dados deste estudo corroboram os achados de um estudo realizado por Heiskanen e seus colaboradores (2021) que objetivaram investigar e comparar a aceitação da TS realizada durante a pandemia da COVID-19 entre fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos e fonoaudiólogos. Os resultados evidenciaram que na percepção dos profissionais das quatro áreas, identificaram que a TS permitiu a observação de seus pacientes no ambiente da vida cotidiana e possibilitou o desenvolvimento de intervenções efetivas associadas à rotina do paciente. Além disso, evidenciou-se que as intervenções na rotina foram mais eficientes nos casos em que a família esteve presente, participando e contribuindo no processo terapêutico.

A categoria *Acesso ao tratamento* diz respeito aos relatos dos participantes que percebem a TS como alternativa de acesso ao tratamento de reabilitação, não apenas em situação de isolamento social. É oportuno lembrar que esta categoria, assim como a categoria 5, originou das respostas advindas dos TO, não sendo observado conteúdo similar nas respostas dos Ft. Esse achado, conforme mencionado anteriormente, pode ter relação com o fato de o grupo de TO deste estudo apresenta tendência significativa de maior concordância com a TS do que o grupo de Ft. Há relatos que referem que “o atendimento remoto possibilitou atender pacientes de vários estados” (P122-TO); “... de diversos municípios” (P112-TO); e “pode ser uma prestação de serviço eficaz nos casos de dificuldade de deslocamento, além de diminuir os custos com o deslocamento” (P44 e P73-TO). Novamente, constata-se resultados animadores advindos da prática em TS, os quais sugerem que esta pode ser uma forma de prestação de serviço interessante e eficaz, visto que possibilita o acesso ao atendimento aos pacientes que residem em locais distantes dos centros de reabilitação, e pode diminuir os custos de deslocamento a esses pacientes. Considerando que grande parte da população brasileira apresenta condição socioeconômica menos favorecida e utiliza serviços de reabilitação vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) (MELO et al., 2017), conter custos pode ser particularmente interessante. Os dados deste estudo assemelham-se aos dados encontrados no estudo de Buabbas e seus colaboradores (2022) os quais realizaram um estudo junto a oito Ft com o objetivo de identificar a satisfação com a prática em TS, os resultados evidenciaram que cinco dos oito entrevistados perceberam a TS como alternativa eficaz para diminuir estresse e tempo de deslocamento aos pacientes atendidos, especialmente estresse relacionado a longas distâncias e trânsito intenso. Sendo assim, percebe-se que a TR é capaz de beneficiar pacientes e profissionais que apresentam dificuldade de chegar ao serviço, possibilitando o acesso às intervenções apesar da distância.

Neste estudo, além de benefícios, foram detectados relatos que sinalizam limitações percebidas durante a experiência prática em TS, desses relatos originaram cinco categorias e duas subcategorias.

A categoria nomeada *Necessidade de contato físico*, foi a mais fortemente evidenciada neste estudo, sendo constituída por duas subcategorias, as quais sugerem que os participantes percebem que a ausência de contato físico *dificultou a ação do terapeuta* (1.1) e, *dificulta o atendimento frente a determinadas condições de saúde intrínsecas ao paciente* (1.2).

A dificuldade relacionada a ação terapêutica (1.1) tem estreita relação com a complexidade de avaliar e intervir remotamente como identificado nos relatos dos participantes, os quais sinalizam a necessidade do contato físico para certificar-se se “...os exercícios estão sendo realizados corretamente, para corrigir certos movimentos” (P5; P77-Ft); e “...para a interação com a criança” (P95-TO), dentre outros aspectos. Estes dados corroboram os resultados encontrados por Rausch e seus colaboradores (2021), que tiveram o objetivo de investigar o impacto da TS na atuação de fisioterapeutas durante a pandemia da COVID-19. Os resultados evidenciaram que fatores como a falta de manuseio e a dificuldade em observar adequadamente o paciente impactou negativamente na percepção sobre a efetividade da TS. (RAUSCH et al., 2021). Dificuldades similares foram identificadas a partir de estudos realizados em países com experiência em TS de longa data (SCHMELER et al., 2009). Entretanto, percebe-se que com o decorrer dos anos evidenciam-se novas estratégias e mais objetividade nos procedimentos de avaliação e intervenção em TS, como é exposto em um estudo desenvolvido por Palm e seus colaboradores (2021), no qual os profissionais da reabilitação passaram a realizar testes de amplitude de movimento a partir de captura de tela, possibilitando assim a avaliação da goniometria para comparação de resultados anteriores e posteriores à intervenção.

No que diz respeito à dificuldade de intervenção devido às condições de saúde intrínseca ao paciente (subcategoria 1.2), constatou-se que os relatos têm relação com aspectos relativos às estruturas e funções corporais que acometem determinados pacientes, como evidenciado na fala de alguns participantes: “é inviável para pacientes que necessitam de analgesia e/ou terapia manual” (P132-Ft), “não há como adivinhar a graduação de força do assoalho pélvico” (P77-Ft); e “é limitada na disfunção física” (P123-TO), dentre outros. Esses dados corroboram os achados de uma revisão sistemática de meta-análise sobre a eficácia da TR e a reabilitação convencional realizadas por fisioterapeutas, constatou-se que pacientes com comprometimento cognitivo apresentam dificuldade de realizar a transferência da

modalidade presencial para o serviço à distância (SUSO-MARTÍ et al., 2021). Percebe-se que a TS necessita percorrer um extenso caminho para aprimorar questões relacionadas à ausência de contato físico, é notório a dificuldade de profissionais ao realizarem avaliações por meio do atendimento remoto. Diante disso, diversos profissionais recorrem ao modelo híbrido de atendimento, permitindo que avaliações sejam realizadas de modo presencial, contribuindo assim para resultados mais fidedignos, e possibilitando a continuação do telemonitoramento com intervenções efetivas (CHALEGRE; MELO, 2021).

A categoria *Dificuldade de acesso aos recursos tecnológicos por condição socioeconômica* tem relação com a percepção dos participantes que sinaliza que pacientes com condição social menos favorecida têm acesso limitado aos recursos tecnológicos, ausência de equipamentos, falta de acesso ou baixa conexão à internet e falta de conhecimento sobre o uso de smartphones e computadores. Estes são potencialmente percebidos como fatores que limitam a prática em TS. Resultados similares foram encontrados em uma pesquisa realizada por Knox e seus colaboradores (2021), que teve por objetivo investigar as experiências e percepções dos profissionais que realizaram TS junto a pacientes com lesão cerebral adquirida. Após entrevista semiestruturada, evidenciou-se que a localidade, condições climáticas e limitação de equipamentos tecnológicos dos pacientes, foram fatores que impactaram diretamente no acesso e conexão da internet, resultando na baixa conectividade, prejudicando o desenvolvimento da TR. Outro dado similar é destacado em uma pesquisa realizada por Baieapareddy e seus colaboradores (2021), que objetivou avaliar a viabilidade de um programa da TR utilizando smartphone para pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. Após a aplicação de um questionário virtual para 52 profissionais, incluindo enfermeiros, fisioterapeutas e médicos, os resultados expressaram que a falta de conhecimentos dos pacientes sobre o uso dos equipamentos foi percebido como fator limitante para 80,6% dos profissionais, além disso a indisponibilidade de recursos tecnológicos destacou-se para 58,3%. Sendo assim, torna-se evidente a necessidade de um olhar mais atento para as condições reais em que o paciente está inserido, a fim de ofertar intervenções possíveis em conformidade com a realidade de cada sujeito.

A categoria *Dificuldade de adesão e adaptação a TS*, corresponde aos relatos que sugerem que a TS impactou a adesão do paciente e adaptação do terapeuta a esta modalidade de prestação de serviço. A literatura aponta que a falta de adesão pode estar relacionada com o despreparo e a falta de conhecimento técnico no desenvolvimento da TS. Estudos recentes evidenciam que o conhecimento técnico do profissional impacta diretamente na percepção das famílias sobre a TS. Assim como apresenta os resultados de uma pesquisa (Ott et al., 2020)

que buscou identificar a percepção de 43 fisioterapeutas e seus pacientes sobre a TR durante uma avaliação de mobilidade e assentos de cadeira de rodas. Os resultados deste estudo mostram que a adesão do paciente esteve associada à sensação de conhecimento técnico manifestada pelo profissional, o qual realizou treinamento específico de TR anteriormente a avaliação. Diante do exposto, este dado corrobora com a sugestão que a falta de capacitação e de conhecimento técnico pode impactar na adesão dos pacientes e profissionais.

A categoria *Organização da rotina familiar* evidencia a percepção dos participantes referente ao fato de que a mudança na rotina familiar ocasionada pela COVID-19 gerou sobrecarga de atividades na família e dificultou a participação da mesma no atendimento remoto. Dados semelhantes são destacados em uma pesquisa realizada por Assenza e seus colaboradores (2021) a qual objetivou identificar a percepção e a satisfação de familiares, pacientes e profissionais com a TS. Participaram do estudo 150 cuidadores, 25 pacientes adultos e 50 profissionais. Os resultados advindos da análise de correlação entre sobrecarga e faixa etária atendida, mostraram que cuidadores de crianças de 0 a 3 anos se sentem mais sobrecarregados com a dinâmica de atendimento remoto quando comparados com cuidadores de pacientes de outras faixas etárias. Durante o confinamento causado pela COVID-19 muitos pais tiveram que desempenhar diferentes papéis, inclusive o de co-terapeuta, causando assim a sobrecarga de atividades na rotina de muitas famílias. Além disso, esta sobrecarga pode ser intensificada com o contexto em que a família está inserida, associada às limitações socioculturais, econômicas, demográficas, falta de infraestrutura e acesso à informação (KABONGO et al., 2021).

A categoria *Falta de formação profissional* é constituída por relatos que sugerem que a falta de capacitação profissional em TS impactou a efetividade da prática, como evidenciado na fala de alguns participantes: “Acredito que com mais preparo, suporte técnico os atendimentos seriam melhores” (P1-TO), “A falta de conhecimento das possibilidades de uso de materiais e de recursos online torna difícil a intervenção” (P38-TO) e “se tivesse preparo seria melhor, tinham alguns cursos online, tentei buscar para melhorar a prática” (P4-TO). Este dado é igualmente destacado em uma pesquisa realizada por D’Souza e Rebello (2021), que tiveram por objetivo investigar a percepção de profissionais que realizaram a TS durante a pandemia, para isso foi utilizado um questionário virtual e coletadas 118 respostas. Os resultados revelaram que para 54,2% dos respondentes a falta de treinamento para a prática em TS impactou negativamente no desempenho dos profissionais.

Embora a TS possa favorecer a visualização do paciente nos atendimentos remotos, as imagens virtuais de chamada de vídeo e reuniões virtuais não podem ser estratégias

exclusivas quando se refere à avaliação, é imprescindível a capacitação profissional para elaborar estratégias de intervenções efetivas, e isso só pode ser alcançado pela formação dos profissionais. Estes fatos se assemelham aos resultados de uma revisão que buscou apresentar os desafios e possibilidades da TS no Brasil durante a pandemia da COVID-19 (CAETANO et al., 2020), o estudo revelou que a necessidade de capacitação profissional destacou-se como indispensável para o desenvolvimento efetivo da TS.

7 CONCLUSÃO

Este estudo investigou o conhecimento, os benefícios e limites da prestação de serviço em Telessaúde, sob a perspectiva de fisioterapeutas e de terapeutas ocupacionais do Estado de São Paulo. Os resultados demonstraram que os participantes detêm conhecimento, mesmo que parcial, acerca das práticas em TS, este achado é relevante, uma vez que o processo de implementação do atendimento remoto ocorreu de maneira repentina no cenário brasileiro.

Destaca-se a tendência de os participantes considerarem o smartphone o recurso mais viável para a realidade brasileira, e o seu uso predominou nas intervenções remotas praticadas por eles, por meio das ferramentas como Whatsapp, chamadas de vídeos.

É interessante ressaltar que mesmo diante da mudança repentina no modelo de atendimento, os resultados deste estudo mostram que os profissionais concordam e estão satisfeitos com a TS. Além disso, foram capazes de perceber benefícios significativos com a implementação da prática, sobretudo pela possibilidade de manutenção do processo terapêutico frente a doenças contagiosas, indicando assim que a TS foi eficaz para manter a assistência aos pacientes que até então eram acompanhados de maneira presencial. Conjuntamente, outros benefícios foram relatados pelos participantes, os quais apontam que a TS foi uma alternativa eficiente para o oferecimento de uma intervenção de qualidade, possibilitando alcançar resultados positivos no quadro clínico de diversos pacientes, como a manutenção do quadro clínico e ganhos funcionais. Destaca-se também outros fatores benéficos relacionados à possibilidade de monitorar, acompanhar e orientar; a manutenção do vínculo terapêutico; intervenção nas tarefas em ambiente real e o acesso ao tratamento, sugerindo assim que esta modalidade pode ser um elemento complementar ao presencial em situações nas quais o paciente não tem condições de se deslocar ao serviço de reabilitação, seja por condições graves de saúde, a exemplo de pacientes acamados, ou por distância excessiva entre o domicílio e os centros de reabilitação.

Além dos benefícios, os participantes indicaram limitações que impactaram à prática profissional, sendo que uma das principais limitações diz respeito à ausência de contato físico que impactou e dificultou procedimentos de avaliação e intervenção. A falta de formação profissional para atuar em TS também foi percebida como fator desfavorável, o qual gerou insegurança no desenvolvimento das intervenções terapêuticas, tal fato instiga reflexões sobre a necessidade de preparo e a qualificação profissional para habilitar futuros Ft e TO para desenvolverem a TS. Outras limitações destacadas pelos participantes indicam relação com a

difículdade de adesão e adaptação; a rotina familiar e a dificuldade de acesso aos recursos tecnológicos devido à condição socioeconômica do paciente.

Os resultados deste estudo confirmam algumas das hipóteses inicialmente levantadas, tais como a TS pode ser uma modalidade de prestação de serviço viável nas áreas de Fisioterapia e Terapia Ocupacional durante a pandemia e, de acordo, com relatos pode se estender para além da pandemia. A falta de acesso aos recursos tecnológicos devido às condições socioeconômicas desfavorecidas e baixa conectividade com a internet, exerceram influência na percepção dos participantes relacionada às barreiras encontradas na prestação de serviço remoto. De fato, o smartphone foi o recurso mais frequentemente utilizado pelos Ft e TO deste estudo para a intervenção em TS. Com relação à hipótese de que variáveis como tempo de atuação, serviço em que atua, população atendida e formação influenciam na satisfação e concordância com a TS, ressalta-se que somente as variáveis *população atendida e formação* exerceram efeito na concordância com a TS, sendo estas confirmadas neste estudo. Entretanto, nenhuma das variáveis analisadas apresentou efeito significativo sobre a satisfação, sendo assim, refutada tal hipótese inicialmente levantada.

Em função de no Brasil, sobretudo nas áreas de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, a TS ser uma prática nova e pouco conhecida de prestação de serviço, resulta em baixa quantidade de estudos envolvendo essa temática. Além disso, nos estudos existentes, assim como na presente pesquisa, constatou-se uma diversidade de terminologias associadas às práticas em TS, tais como teleatendimento, telereabilitação, telemonitoramento, teleconsulta e atendimento remoto. A partir dessa leitura, parece que há falta de clareza quanto à terminologia mais apropriada e, que corresponda à prática realizada. Assim, considerou-se pertinente adotar neste estudo a terminologia Telessaúde recomendada pela World Federation Occupational Therapy (WFOT, 2021), por ser um termo abrangente, que engloba diferentes práticas remotas em saúde e, assim, apropriada para descrever as práticas realizadas pelos participantes deste estudo.

Considera-se importante o consenso relativo à terminologia, uma vez que a sua indefinição abre margem a múltiplas interpretações e pode comprometer a pesquisa e o desenvolvimento de políticas públicas relevantes na área da TS. Dessa forma, sugere-se estudos futuros que busquem investigar a concepção de TS junto a profissionais brasileiros, bem como a concepção sobre as práticas a ela relacionadas.

O estudo transversal permitiu que a TS fosse avaliada em um momento atípico, caracterizado pela pandemia da COVID 19, assim, salienta-se a importância de investigações futuras em momentos considerados típicos, sem que a TS seja imposta, mas sim, uma forma

opcional de intervenção a fim de verificar as aproximações e distanciamentos de resultados em momentos diversificados. Isso ajudaria a responder algumas inquietações, tais como: passada a pandemia a percepção de benefícios e limites sobre a TS apresenta resultados diferentes? O atendimento remoto permaneceu, de alguma maneira, na atuação dos profissionais deste estudo e de outros profissionais? Os profissionais que aderiram à TS após a pandemia recorreram a processos formativos, de capacitação em TS?

Certamente tais indagações e recomendações não esgotam o assunto, mas reforçam a necessidade de reflexão e problematização, visando à implementação da modalidade de prestação de serviço em TS.

Uma das limitações deste estudo diz respeito à baixa adesão dos sujeitos, impactando em uma quantidade ínfima de retorno dos questionários enviados. Considerando a quantidade de profissionais das áreas de Fisioterapia e Terapia Ocupacional no ESP, poucos se disponibilizaram em responder o questionário online, mesmo este tendo sido enviado e reenviado por diferentes fontes, por longo período de tempo. Embora a coleta de dados online seja um recurso altamente viável frente às restrições presenciais impostas pela pandemia da COVID-19, observou-se um aumento expressivo nessa forma de coletar dados durante a pandemia. Além disso, o cenário pandêmico impôs o uso demasiado de recursos tecnológicos para o trabalho, educação, interação com amigos, familiares, entre outros.

Assim, sugere-se que tal cenário pode ter sido um fator limitador para a adesão à pesquisa de um maior número de sujeitos. Entretanto, o presente estudo permitiu observar resultados importantes que podem colaborar para a discussão relativa à viabilidade da implementação da modalidade de prestação de serviço em TS na prática de Ft e TO brasileiros. Constituir parte das fontes de discussão sobre essa temática é o que se espera com a realização desta pesquisa.

REFERÊNCIAS

- AILY, J. B; BARTON, C. J; MATTIELLO, S. M; OLIVEIRA, S. D; NORONHA, M. Telerehabilitation for Knee Osteoarthritis in Brazil: A Feasibility Study. *International Journal of Telerehabilitation*, v. 12, n. 2, p. 137–148, 2020
- ALMOJAIBEL. A, A; MUNK. N; GOODFELLOW. L, T; FISHER. T, F; MILLER. K, K; COMER. A, R; BAKAS. T; JUSTISS. M, D. Health Care Practitioners' Determinants of Telerehabilitation Acceptance. *International journal of telerehabilitation*, v. 12, n. 1, p 43–50, 2020.
- ASSENZA, C; CATANIA, H; ANTENORE, C; GOBBETTI, T; GENTILI, P; PAOLUCCI, S; MORELLI, D. Continuity of Care During COVID-19 Lockdown: A Survey on Stakeholders' Experience With Telerehabilitation. *Frontiers in neurology*, v. 11, p. 617-276, 2021.
- AZMA, K; SOLTANI, Z. R; REZAEIMOUGHADDAM, F; DADARKHAH, A; MOHSENOLHOSSEINI, S. Efficacy of telerehabilitation compared with office-based physical therapy in patients with knee osteoarthritis: A randomized clinical trial. *Journal Telemed Telecare*, p. 1-6, 2017.
- BETHLEHEM, J. Selection Bias in Web Surveys. *International Statistical Review*. v. 78, n. 2, p. 161-188, 2010.
- BARDIN, LAURENCE. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BAIRAPAREDDY, K. C; ALAPARTHI, G. K; JITENDRA, R. S; PRATHIKSHA, PRIYANKA, P. R; SHETTY, V; CHANDRASEKARAN, B. “We are so close; yet too far”: perceived barriers to smartphone-based telerehabilitation among healthcare providers and patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease in India. *Heliyon*, 2021.
- BASHSHUR, R; SHANNON, G; KRUPINSKI, E; GRIGSBY, J. The taxonomy of telemedicine. *Telemed. J E Health*. V. 17, n. 4, p. 84-94, 2011.
- BELHAN ÇELİK, S; ÖZKAN, E; BUMIN, G. Effects of Occupational Therapy via Telerehabilitation on Occupational Balance, Well-Being, Intrinsic Motivation and Quality of Life in Syrian Refugee Children in COVID-19 Lockdown: A Randomized Controlled Trial. *Children (Basel, Switzerland)*, v. 9, n. 4, p. 485, 2022.
- BENNEL, K. L; CAMPBELL, P. K; EGERTON, T; METCALF, B; KASZA, J; FORBES, A; BILLS, C; GALE, J; HARRIS, A; KOLT, G. S; BUNKER, S. J; HUNTER, D. J; MARCA, C. A; HINMAN, R. S. Telephone Coaching to Enhance a Home-Based Physical Activity Program for Knee Osteoarthritis: A Randomized Clinical Trial. *Arthritis Care Res*, v. 69, n. 1, p. 84-89, 2016.
- BEZUIDENHOUT. L; JOSEPH. C; THURSTON. C; RHODA. A; ENGLISH. C; CONRADSSON. D, M. Telerehabilitation during the COVID-19 pandemic in Sweden: a survey of use and perceptions among physiotherapists treating people with neurological diseases or older adults. *BMC health services research*, v. 22, n. 1, p. 555, 2022.

BLOCK, V. A. J; PITSCH, E; TAHIR, P; CREE, B. A. C; ALLEN, D. .D; GELFAND, J. M.. Remote Physical Activity Monitoring in Neurological Disease: A Systematic Review. *PLoS One*, 2016.

BRASIL. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Definição. *Terapeuta ocupacional*. Disponível em: https://www.coffito.gov.br/nsite/?page_id=3382. Acesso em: 20 de Maio de 2022.

BRASIL. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução nº424 de 8 de Junho de 2013. *É proibido ao fisioterapeuta dar consulta ou prescrever tratamento fisioterapêutico de forma não presencial*. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3187>. Acesso em: 26 de Junho de 2020.

BRASIL. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução nº 425 de 8 de Junho de 2013. *É proibido ao terapeuta ocupacional dar consulta ou prescrever tratamento fisioterapêutico de forma não presencial*. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3188>. Acesso em: 26 de Junho de 2020.

BRASIL. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução nº 516 de 20 de Março de 2020. Publicada no Diário Oficial da União nº 392 de 23 de Março de 2020. *A permissão para atendimento não presencial se dará apenas nas modalidades, teleconsulta, teleconsultoria e telemonitoramento..* Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=15825>. Acesso em: 26 de Junho de 2020.

BRASIL. *Empresa Brasileira de Comunicação*. Organização Mundial de Saúde declara pandemia do novo Coronavírus. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/organizacao-mundial-de-saude-declara-pandemia-de-coronavirus>. Acesso em: 04 de maio de 2020.

BRASIL. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm. Acesso em: 14 de Julho de 2022.

BRASIL. *Ministério da Saúde. Brasil confirma o primeiro da doença. (COVID-19)*. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46435-brasil-confirma-primeiro-caso-de-novo-coronavirus>. Acesso em: 26 de Junho de 2020.

BRASIL. *Ministério da Saúde. O que é coronavírus? (COVID-19)*. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/>. Acessado em: 02 de abril de 2020.

BRASIL. *Ministério da Saúde. Painei Coronavírus. (COVID-19)*. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acessado em: 04 de maio de 2020

BRASIL. Uso de internet, televisão e celular no Brasil. *IBGE educa*. Disponível em: <https://educa.ibge.gov.br/jovens/materias-especiais/20787-uso-de-internet-televisao-e-celular-no-brasil.html>. Acesso em: 04 de fevereiro de 2022.

BRASIL. 19º Balanço Epidemiológico. *Plano São Paulo- Governo do Estado de São Paulo*. Disponível em: https://www.saopaulo.sp.gov.br/wp-content/uploads/2021/01/20210121_coletiva_vf.pdf. Acesso em: 5 de maio de 2020.

- BUABBAS, A. J; ALBAHROUH, S. E; ALROWAYEH, H. N; ALSHAWAF, H. Telerehabilitation during the COVID-19 Pandemic: Patients and Physical Therapists' Experiences. *Medical principles and practice: international journal of the Kuwait University, Health Science Centre*, v. 31, n. 2, p. 156–164, 2022.
- BURDEA, G. C; GRAMPUROHIT, N; KIM, N; POLISTICO, K; KADARU, A; POLLACK, S; OH-PARK, M; BARRETT, A. M; KAPLAN, E; MASMELA, J; NORI, P. Feasibility of integrative games and novel therapeutic game controller for telerehabilitation of individuals chronic post-stroke living in the community. *Topics in stroke rehabilitation*, v. 27, n. 5, p. 321–336, 2020.
- CAETANO, R; SILVA, A. B; GUEDES, A; PAIVA, C; RIBEIRO, G; SANTOS, D. L; SILVA, R. Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. *Cadernos de saude publica*, v. 36, n. 5, 2020.
- CAMDEN, C; GPRATTE, G; FALLON, F; COUTURE, M; BERBARI, J; TOUSIGNANT, M. Diversity of practices in telerehabilitation for children with disabilities and effective intervention characteristics: results from a systematic review, *Disability and Rehabilitation*, v. 42, n. 24, 2019.
- CARVALHO. L, P; DÉCARY. S; BEAULIEU-BOIRE. I; DOSTIE. R; LALONDE. I; TEXIER. É; LAPRISE. L; PEPIN. E; GILBERT. M; CORRIVEAU. H; TOUSIGNANT. M. Baduanjin Qigong Intervention by Telerehabilitation (TeleParkinson): A Proof-of-Concept Study in Parkinson's Disease. *International journal of environmental research and public health*, v. 18, n.13, 2021.
- COOPER, R. A; FITZGERALD, S. G; BONINGER, M. L; BRIENZA, D. M; SHAPCOTT, N; TANOEIRO, R; FLOOD, F.. Telerehabilitation: Expanding access to rehabilitation expertise. *IEE Xplore*, v. 89, n. 11, p. 74–90, 2001.
- COUPER, M. P; MILLER, P. V. Web survey Methods. *Introduction. Public Opinion Quarterly*. v. 72, n. 5, p. 831-835, 2008.
- COUTINHO, N; MENDES, P. V. B; SIME, M. A influência do uso do Nintendo Wii® na reabilitação de um paciente com sequelas de acidente vascular cerebral: um estudo de caso/The influence of the use of Nintendo Wii® in a rehabilitation process of a patient with stroke sequelae: a case study. *Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional - REVISBRATO*, v. 4, n. 1, p. 81-89, 2020.
- CHALEGRE, C; MELO, D. Analysis of the telehealth practice in occupational therapy in a university cardiological hospital. *Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional - REVISBRATO*, 2021.
- DANTAS, L.O; BARRETO, R; FERREIRA, C. Digital physical therapy in the COVID-19 pandemic. *Brazilian journal of physical therapy*, v 24, n 5, p 381–383, 2020.
- D'SOUZA. A, F; REBELLO, S. R. Perceptions and Willingness of Physiotherapists in India to Use Telerehabilitation During the COVID-19 Pandemic. *International journal of telerehabilitation*, v. 13, n. 2, 2021.

EISKANEN, T; RINNE, H; MIETTINEN, S; SALMINEN, A. L. Uptake of Tele-Rehabilitation in Finland amongst Rehabilitation Professionals during the COVID-19 Pandemic. *International journal of environmental research and public health*, v. 18, n. 8, p 4383, 2021.

EL-KHOURI, S. G. Telemedicina: análise da sua evolução no Brasil. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

ERIKSSON, G. M; KAMWESIGA, J. T; GUIDETTI, S. The everyday life situation of caregivers to family members who have had a stroke and received the rehabilitation intervention F@ce in Uganda. *Archives of public health = Archives belges de sante publique*, v. 79, n. 1, p 100, 2021.

FRAGA-MAIA. H; PINTO. E, B; ALELUIA. Í, R, S; CAVALCANTE. L, L, R; PEDREIRA. R, B, S; SILVA. T. J; SOUZA. T, S; PINTO. J, M. Fisioterapia e COVID-19: das repercussões sistêmicas aos desafios para oferta de reabilitação. *Salvador: EDUFBA*, v. 1. n.1, p 1-34, 2020.

FIORATTI, I; FERNANDES, L.G; REIS, F.J; SARAGIOTTO, B.T. Strategies for a safe and assertive telerehabilitation practice. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 2021.

FLICK, U. Introdução à pesquisa qualitativa. Porto Alegre, RS: Artmed. 3 ed, cap 3, p 39-48, 2009.

FLEMING C. M; BOWDEN M. Web-based surveys as an alternative to traditional mail methods. *Journal of Environmental Management*. v. 90, p. 284-292, 2009.

FRICKER, S; GALESIC, M; TOURANGEAU, R; YAN, T. An Experimental Comparison of Web and Telephone Surveys. *Public Opinion Quarterly*. v. 69, n. 3, p. 370-392, 2005.

GANDOLFI, M; GEROIN, C; DIMITROVA, E; BOLDRINI, P; WALDNER, A; BONADIMAN, S; PICELLI, A; REGAZZO, S; STIRBU, E; PRIMON, D; BOSELLO, C; GRAVINA, A. R; PERON, L; TREVISAN, M; GARCIA, A. C; MENEL, A; BLOCCARI, L; VALÈ, N; SALTUARI, L; TINAZZI, M; SMANIA, N. Virtual Reality Telerehabilitation for Postural Instability in Parkinson's Disease: A Multicenter, Single-Blind, Randomized, Controlled Trial. *BioMed research international*, 2017.

GANDRA, A. *Estado do Rio de Janeiro confirma primeiro caso de coronavírus*. Agência Brasil, Rio de Janeiro, 05.03.2020. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-03/estado-do-rio-de-janeiro-confirma-primeiro-caso-de-coronavirus-0>. Acesso em: 04 de maio de 2020.

GANESAN, B; FONG, K; MEENA, S. K; PRASAD, P; TONG, R. Impact of COVID-19 pandemic lockdown on occupational therapy practice and use of telerehabilitation - A cross sectional study. *European review for medical and pharmacological sciences*, v. 25, n. 9, p. 3614–3622, 2021.

GREENHALGH, T. *How to improve success of technology projects in health and social care*. Health Research & Practice em 27 de Setembro de 2018. Disponível em: <https://www.phrp.com.au/issues/september-2018-volume-28-issue-3/how-to-improve-success-of-technology-projects-in-health-and-social-care/>. Acesso em: 02 de Julho de 2020.

GLASER, B. G; STRAUSS, A. L. The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research. *AldineTransaction*, 2006.

GORMAN, C; GUSTAFSSON, L. The use of augmented reality for rehabilitation after stroke: a narrative review. *Disabil Rehabil Assist Technol*, ed. 14, p. 1–9, 2020.

GUNTER, B; NICHOLAS, D.; HUNTINGTON, P.; WILLIAMS, P. Online versus Offline Research: implications for evaluating digital media. *Aslib Proceedings*, v. 54, n. 4, p. 229–239, 2002.

GUTIÉRREZ, R. O; GALÁN DEL RÍO, F; CANO DE LA CUERDA, R; ALGUACIL DIEGO, I. M; GONZÁLEZ, R. A; PAGE, J. C. A telerehabilitation program by virtual reality-video games improves balance and postural control in multiple sclerosis patients. *NeuroRehabilitation*, v. 33, n. 4, p 545–554, 2013.

HLUBOCKY, F.J; BACK, A.L; SHANAFELT, T.D; GALLAGHER, C.M; BURKE, J.M; KAMAL, A.H; PAICE, J.A; PAGE, R.D; SPENCE, R; MCGINNIS, M; MCFARLAND, D.C; SRIVASTAVA, P. Occupational and Personal Consequences of the COVID-19 Pandemic on US Oncologist Burnout and Well-Being: A Study From the ASCO Clinician Well-Being Task Force. *JCO Oncology Practice*. v.17, n. 7, p 427–438, 2021.

JOHANSSON, T; WILD, C. Telerehabilitation in stroke care – a systematic review. *Journal of Telemedicine and Telecare*, v.17, n.1, p.1–6, 2011.

KABONGO, E, M; MUKUMBANG, F.C; DELOBELLE, P; NICOL E. Explaining the impact of mHealth on maternal and child health care in low- and middle-income countries: a realist synthesis. *BMC Pregnancy Childbirth* v. 21, n. 196, 2021.

KERSCHKE, S; HUX, K. Case Managers' Perceptions About Synchronous Telerehabilitation versus Clinic-based Physical Therapy Services for People with Spinal Cord Injury. *International journal of telerehabilitation*, v. 13, n. 2, 2021.

KESSLER, D; ANDERSON, N. D; DAWSON, D. R. Occupational performance coaching for stroke survivors delivered via telerehabilitation using a single-case experimental design. *The British journal of occupational therapy*, v. 84, n. 8, p. 488–496, 2021.

KNOX, L; DUNNING, M; DAVIES, C. A; MILLS-BENNET. R; SION. T, W; PHIPPS. K; STEVENSON. V; HURLIN. C; LEWIS. K Safety, feasibility, and effectiveness of virtual pulmonary rehabilitation in the real world. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*, v. 14, p. 775–780, 2019.

KRASOVSKY, T; SILBERG, T; BARAK, S; EISENSTEIN, E; EREZ, N; FELDMAN, I; GUTTMAN, D; LIBER, P; PATAEL, S.Z; SARNA, H; SADEH, Y; STEINBERG, P; LANDA, J. Transition to Multidisciplinary Pediatric Telerehabilitation during the COVID-19 Pandemic: Strategy Development and Implementation. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2021.

LI, C. TL; HUNG, G.K; FONG, K.N; GONZALEZ, P.C; WAH, S; TSANG, H.W. Effects of a home-based occupational therapy telerehabilitation via smartphone for outpatients after hip fracture surgery: A feasibility randomised controlled study. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 2020.

MINGHELLI. B; SOARES, A; GUERREIRO. A; RIBEIRO. A; CABRITA. C; VITORIA., C; NUNES, C; MARTINS. C; GOMES, D; GOULART. F; SANTOS. R; ANTUNES, R. Physiotherapy services in the face of a pandemic. *Revista da Associacao Medica Brasileira*, v. 66, n. 4, p 491–497, 2020.

MÉLO, T. R; CASTILHO-WEINERT, L. V; HOSHINO, M. S; MALDANER, T. P. Perfil dos usuários de serviços de reabilitação no sistema único de saúde. *Revista da Universidade do Rio Verde, Três Corações*, v. 15, n. 2, pág. 65-77, 2017.

MCDONALD, H.; ADAM, S. A comparison of online and postal data collection methods in marketing research. *Emerald Marketing Intelligence & Planning*, v. 21, n. 2, p. 85-95, 2003.

OTT, K. K; SCHEIN, R. M; SAPTONO, A; DICIANO, B. N; SHMELE, M. R. Veteran and Provider Satisfaction with a Home-Based Telerehabilitation Assessment for Wheelchair Seating and Mobility. *International journal of telerehabilitation*, v. 12, n. 2, p 3–12, 2020.

PACHECO, T. B. F; BEZERRA, D. A; SILVA J, P; CACHO Ê, W, A; DE SOUZA, C. G; CACHO, R. O. The Implementation of Teleconsultations in a Physiotherapy Service During Covid-19 Pandemic in Brazil: a Case Report. *International Journal of Telerehabilitation*, v.13, n. 1, 2021.

PALM, K. B; BLAZAR, P. E; MANNA, J. C; SERIG, A. S; PHILLIPS, E. A; BAY, C. P; CASEY, E. J; EARP, B. E. Feasibility, effectiveness and patient satisfaction of telerehabilitation after thumb carpometacarpal arthroplasty and reverse total shoulder arthroplasty: A pilot study. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 2021.

PAZZAGLIA, C; IMBIMBO, I; TRANCHITA, E; MINGANTI, C; RICCIARDI, D; LO MONACO, R; PARISI, A; PADUA, L. Comparison of virtual reality rehabilitation and conventional rehabilitation in Parkinson's disease: a randomised controlled trial. *Physiotherapy*, v. 106, p. 36–42, 2020.

R Core Team R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. 2020. URL <https://www.R-project.org/>

RAUSCH. A, K; BAUR. H; REICHERZER. L; WIRZ. M; KELLER. F; OPSOMMER. E; SCHOEB. V; VERCELLI. S; BARBERO. M. Physiotherapists' use and perceptions of digital remote physiotherapy during COVID-19 lockdown in Switzerland: an online cross-sectional survey. *Archives of physiotherapy*, v. 11, n. 1, p 18, 2021.

ROGANTE, M. K.; GIACOMOZZI, C; GRIGIONI, M. A quality assessment of systematic reviews on telerehabilitation: what does the evidence tell us? *Ann Ist Super Sanita*, v.51, n. 1, p 11-18, 2015.

ROSLER G. Pediatric Telehealth Experiences: Myths and Truths About Video Visits From a Parent. *Journal of Patient Experience*, 2020.

RUSSELL, T. G. Physical rehabilitation using telemedicine. *J Telemed Telecare*. v. 13, p 217–220, 2007.

SAMPIERI, R. H; COLLADO, C. H; LUCIO, P. B. Metodologia de Pesquisa 3. ed. São Paulo: McGraw-Hill, 2006

SANTOS, M; SILVA, L; SANTANA, C; RIBEIRO, R; COELHO, W; LOPES, F; PORTELA, C. Estratégias de intervenção em telessaúde e reabilitação: pandemia do covid-19, resolução nº 516 do cofito e nova modalidade de assistência terapêutica ocupacional no Brasil. *Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional - REVISBRATO*, v. 5, n. 3, p 432-439, 2021.

SCHMELER, M.R; SCHEIN, R. M; MCCUE, M; BETZ, K. Telerehabilitation clinical and vocational applications for assistive technology: research, opportunities, and challenges. *Internatational Journal Telerehabilitation*. v.1, n. 1, p, 59-72, 2009.

SEIDMAN, Z; MCNAMARA, R; WOOTTON, S; LEUNG, R; SPENCER, L; DALE, M; DENNIS, S; MCKEOUGH, Z. People attending pulmonary rehabilitation demonstrate a substantial engagement with technology and willingness to use telerehabilitation: a survey. *J Physiother*. v. 17, n. 63, p 175–181, 2017.

SILVA, A. K. S; MISSIAS, A. A; ROCHA, P. S; CARMO, A. A; MENDES, F. A. S. Efeitos de um programa de telerreabilitação sobre a qualidade de vida de pessoas com Doença de Parkinson, durante o isolamento social na pandemia da COVID-19. *Revista Thema*, v. 18, p 156-169, 2020.

SILVA, T. D; SILVA, P. L; VALENZUELA, E. J; DIAS, E. D; SIMCSIK, A. O; CARVALHO, M. G; FONTES, A; ALBERISSI, C; DE ARAÚJO, L. V; BRANDÃO, M; DAWES, H; MONTEIRO, C. Serious Game Platform as a Possibility for Home-Based Telerehabilitation for Individuals With Cerebral Palsy During COVID-19 Quarantine - A Cross-Sectional Pilot Study. *Frontiers in psychology*, 2021.

SUSO-MARTÍ, L; LA TOUCHE, R; HERRANZ-GÓMEZ, A; ANGULO-DÍAZ-PARREÑO, S; PARIS-ALEMANY, A; CUENCA-MARTÍNEZ, F. Effectiveness of Telerehabilitation in Physical Therapist Practice: An Umbrella and Mapping Review With Meta–Meta-Analysis, *Physical Therapy*, v 101, n 5, 2021.

TANNER, K; BICAN, R; BOSTER, J; CHRISTENSEN, C; COFFMAN, C; FALLIERAS, K; LONG, R; MANSFIELD, C; O’ROURKE, S; PAULINE, L; SAGESTER, G; MARRIE, J. Feasibility and Acceptability of Clinical Pediatric Telerehabilitation Services. *International Journal of Telerehabilitation*, 2020.

TCHERO, H; TABUE-TEGUO, M; LANNUZEL, A; RUSCH, E. Telerehabilitation for stroke survivors: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research*, v. 20, 2018.

TENFORDE, A. S; BORGSTROM, H; POLICH, G; STEERE, H; DAVIS, I. S; COTTON, K; O'DONNELL, M; SILVER, J. K. Outpatient Physical, Occupational, and Speech Therapy Synchronous Telemedicine: A Survey Study of Patient Satisfaction with Virtual Visits During the COVID-19 Pandemic. *American journal of physical medicine & rehabilitation*, 2020.

THEODOROS, D; RUSSELL, T. Telerehabilitation: Current perspectives. *In R. Latifi (Ed.), Current principles and practices of telemedicine and e-health*, p. 191–209, 2008.

VILASECA, R; FERRER, F; RIVERO, M; BERSABÉ, R. M. Early Intervention Services During the COVID-19 Pandemic in Spain: Toward a Model of Family-Centered Practices. *Frontiers in psychology*, 2021.

WEN, C. L. Telemedicina e Telessaúde: Um panorama no Brasil. *Informática Pública*, v. 10, n. 2, p. 7-15, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Access to rehabilitation in primary health care: an ongoing challenge*, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/rehabilitation/rehab-2030/en/> Acessado em: 03 de maio de 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*, 2001. Disponível em: <https://www.who.int/classifications/icf/en/> Acessado em: 03 de maio de 2020.

WORLD FEDERATION OF OCCUPATIONAL THERAPISTS. *Position Statement Occupational Therapy and Telehealth*. Acesso em: 28 de julho de 2022. Disponível em: <https://wfot.org/resources/occupational-therapy-and-telehealth>

XIE, S. H; WANG, Q; WANG, L. Q; WANG, L; SONG, K. P; HE, C. Q. Effect of Internet-Based Rehabilitation Programs on Improvement of Pain and Physical Function in Patients with Knee Osteoarthritis: Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Journal of medical Internet research*, 2021.

ZAFANI, M. D; OMOTE, S; A TAREFA DE CASA E O ALUNO COM DEFICIÊNCIA FÍSICA: REFLEXÕES A PARTIR DA PERSPECTIVA DO PROFESSOR DO ENSINO REGULAR. *Repositório UNESP*, tese de Doutorado, 2017.

ZAHORANSKY, M. A; LAPE, J. E. Telehealth and Home Health Occupational Therapy: Clients' Perceived Satisfaction with and Perception of Occupational Performance. *International journal of telerehabilitation*, 2020.

ZAMPOLINI, M; TODESCHINI, E; GUITART, M. B; HERMNES, H; ILSBROUKX, S; MACELLARI, V; MAGNI, R; ROGANTE, M; MARCHESE, S. S; VOLLENBROEK, M. GIACOMOZZI, C. Tele-rehabilitation: Present and future. *Ann. Ist. Super. Sanita*, v. 44, p. 125–34, 2008.



UNESP - FACULDADE DE
FILOSOFIA E CIÊNCIAS -
CAMPUS DE MARÍLIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: COVID -19 - Limites e possibilidades da Telereabilitação durante a quarentena: percepção de fisioterapeutas e de terapeutas ocupacionais brasileiros.

Pesquisador: Luciana Ramos Baleotti

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 31837220.9.0000.5406

Instituição Proponente: Faculdade de Filosofia e Ciências/ UNESP - Campus de Marília

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.087.559

Apresentação do Projeto:

O projeto intitulado "COVID -19 - Limites e possibilidades da Telereabilitação durante a quarentena: percepção de fisioterapeutas e de terapeutas ocupacionais brasileiros" apresenta-se com bom embasamento na literatura científica e procedimentos metodológicos estão descritos claramente.

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos deste estudo consistem em identificar como a quarentena afetou os serviços de reabilitação presencial, e a percepção de fisioterapeutas e de terapeutas ocupacionais acerca do modelo de prestação de serviço por telereabilitação.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há riscos aos participantes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa com tema atual e extremamente relevante para área da saúde, principalmente para Fisioterapia e Terapia Ocupacional

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos obrigatórios foram entregues e estão devidamente assinado pelos responsáveis. O cronograma está adequado. O Termo de Consentimento Livre Esclarecido está redigido de forma

Endereço: Av. Hygino Muzzi Filho, 737

Bairro: Campus Universitário

UF: SP

Município: MARILIA

Telefone: (14)3402-1346

CEP: 17.525-900

E-mail: cep.marilia@unesp.br



**UNESP - FACULDADE DE
FILOSOFIA E CIÊNCIAS -
CAMPUS DE MARÍLIA**



Continuação do Parecer: 4.087.559

clara e de acordo com a resolução vigente.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sou favorável à aprovação deste projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP da FFC da UNESP de MARÍLIA, em reunião ordinária, após acatar o parecer do membro relator previamente aprovado para o presente estudo e atendendo a todos os dispositivos das resoluções 466/2012, 510/2016 e complementares, bem como ter aprovado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido como também todos os anexos incluídos na pesquisa, resolve APROVAR o projeto de pesquisa COVID -19 - Limites e possibilidades da Telereabilitação durante a quarentena: percepção de fisioterapeutas e de terapeutas ocupacionais brasileiros.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1555587.pdf	14/05/2020 18:13:32		Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto_2.pdf	14/05/2020 18:12:49	Luciana Ramos Baleotti	Aceito
Outros	Questionario.pdf	12/05/2020 15:45:55	Luciana Ramos Baleotti	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCEP.pdf	12/05/2020 15:37:36	Luciana Ramos Baleotti	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	12/05/2020 15:35:52	Luciana Ramos Baleotti	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Hygino Muzzi Filho, 737

Bairro: Campus Universitário

UF: SP

Município: MARILIA

Telefone: (14)3402-1346

CEP: 17.525-900

E-mail: cep.marilia@unesp.br



UNESP - FACULDADE DE
FILOSOFIA E CIÊNCIAS -
CAMPUS DE MARÍLIA



Continuação do Parecer: 4.087.559

MARILIA, 15 de Junho de 2020

Assinado por:
SIMONE APARECIDA CAPELLINI
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Hygino Muzzi Filho, 737

Bairro: Campus Universitário

UF: SP

Município: MARILIA

Telefone: (14)3402-1346

CEP: 17.525-900

E-mail: cep.marilia@unesp.br

APÊNDICE A

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

COVID-19 LIMITES E POSSIBILIDADES DA TELERREABILITAÇÃO: PERCEPÇÃO DE FISIOTERAPEUTAS E DE TERAPEUTAS OCUPACIONAIS DO ESTADO DE SÃO PAULO.

Vimos por meio deste, convidá-los a participar da nossa pesquisa sobre Telerreabilitação.

Diante de situações de isolamento social, como a causada pela COVID-19, é relevante a reflexão sobre a modalidade de prestação de serviços à distância, realizada por fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais.

Caso você aceite participar, agradecemos profundamente pela colaboração.

Segue abaixo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o link para acesso ao questionário.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado (a) Sr. (a),

A presente pesquisa tem a finalidade de verificar como a pandemia afetou os serviços de reabilitação presencial, e a percepção de fisioterapeutas e de terapeutas ocupacionais acerca do modelo de prestação de serviço remoto. A sua participação consiste no preenchimento de um questionário por meio de celular ou computador com acesso à internet e levará em torno 15 minutos. As informações serão coletadas diretamente pela internet e armazenadas, sem seu nome ou qualquer outro tipo de identificação. As informações fornecidas serão totalmente confidenciais e analisadas em conjunto com as respostas dos outros participantes. Se o (a) Sr. (a) sentir constrangimento ao responder a alguma pergunta, terá liberdade para não responder ou para interromper o preenchimento do questionário a qualquer momento. Caso tenha alguma dúvida sobre a pesquisa, durante a sua participação ou posteriormente, o (a) Sr. (a) pode entrar em contato conosco por meio do e-mail da pesquisadora. Informamos que esta pesquisa está regulamentada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE: 31837220.9.0000.5406), em conformidade com a Resolução nº 466/2012, atendendo aos preceitos da ética na pesquisa envolvendo seres humanos.

Pesquisadora

Larissa da Silva Luz - Terapeuta Ocupacional. Mestranda junto ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Humano e Tecnologias (PPGDHT) Unesp, campus de Rio Claro. E-mail: larissa.luz@unesp.br

Orientadora da Pesquisa

Dr.^a Luciana Ramos Baleotti – Terapeuta Ocupacional. Docente e Orientadora no PPGDHT, Unesp, Rio Claro.

Coorientador da Pesquisa

Dr. Fausto Orsi Medola – Fisioterapeuta. Docente e Orientador no Programa de Pós-Graduação em Design, Unesp, Bauru.

***Obrigatório**

1.E-mail *

2.Você aceita participar da pesquisa? *

Marcar apenas uma alternativa

☐ Sim

☐ Não

3.Idade (em anos):

4.Sexo:

Marcar apenas uma alternativa

☐ Feminino

☐ Masculino

☐ Outro

5.Graduado(a) em:

Marcar apenas uma alternativa

☐ Fisioterapia

☐ Terapia Ocupacional

6.Formação:

Marcar apenas uma alternativa

☐ Graduação

☐ Pós-Graduação Latu Sensu

☐ Mestrado

☐ Doutorado

☐ Pós-doutorado

7.Há quanto tempo você exerce sua profissão? (em meses ou anos)

8. Atua em:

Marcar apenas uma alternativa

- ☐ Serviço público
- ☐ Serviço privado

9. População que atua:

Marcar apenas uma alternativa

- ☐ Crianças e Adolescentes
- ☐ Adultos e idosos
- ☐ Da infância à terceira idade

10. A Resolução COFFITO nº 516/2020 em função da pandemia permitiu o atendimento não presencial, nas modalidades teleconsulta e telemonitoramento.

Marcar apenas uma alternativa

- ☐ Eu tenho conhecimento sobre a Resolução COFFITO nº 516/2020
- ☐ Não tenho conhecimento sobre a Resolução COFFITO nº 516/2020

11. Um recurso para potencializar e dar seguimento ao tratamento à distância é a Telerreabilitação (TR).

Marcar apenas uma alternativa

- ☐ Conheço parcialmente a Telerreabilitação
- ☐ Conheço totalmente a Telerreabilitação
- ☐ Desconheço sobre a Telerreabilitação

12. Você conhece os recursos tecnológicos que podem ser usados no atendimento à distância?

Marcar apenas uma alternativa

- ☐ Conheço
- ☐ Desconheço

13. Se a resposta anterior for sim, você poderia selecionar estes recursos:

Marque todas que se aplicam.

- ☐ Celular
- ☐ Computador
- ☐ Telefone Fixo
- ☐ Tablet

14. Se necessário realizar atendimento à distância, quais recursos você acha que poderiam ser mais viáveis para a realidade brasileira (pode assinalar mais de uma alternativa)

Marque todas que se aplicam.

- ☐ Celular (Mensagens via WhatsApp, vídeos, outros)
- ☐ Telefone residencial
- ☐ Emails
- ☐ Chats
- ☐ Skype, meet ou outras ferramentas ao vivo.
- ☐ Outro:

15. Diante de situações atípicas, como a pandemia causada pela COVID-19, qual a sua opinião sobre a possibilidade de atendimento à distância?

Marcar apenas uma alternativa

- ☐ Concordo totalmente
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Discordo totalmente

16. Você poderia citar até 3 motivos pelo qual concorda ou discorda da questão anterior:

17. Qual a frequência de atendimento à distância:

Marcar apenas uma alternativa

- ☐ Uma vez por semana
- ☐ Duas vezes por semana
- ☐ Três ou mais vezes por semana

18. Qual o tempo de duração do atendimento à distância?

Marcar apenas uma alternativa

- ☐ 20 a 30 minutos
- ☐ 30 a 40 minutos
- ☐ 40 a 60 minutos
- ☐ mais que 60 minutos

19. Qual ou quais tipos de prestação de serviço a distância você tem realizado aos pacientes:

Marque todas que se aplicam.

- ☐ Teleconsulta
- ☐ Telemonitoramento
- ☐ Outros:

20. Quais recursos tecnológicos você utiliza na prestação de serviço à distância:

Marque todas que se aplicam.

- ☐ Celular
- ☐ Computador
- ☐ Telefone Fixo
- ☐ Tablet
- ☐ Outro:

21. Quais ferramentas para assistência à distância você tem utilizado? (se necessário, pode assinalar mais de uma alternativa)

Marque todas que se aplicam.

- ☐ Whatsapp
- ☐ Email
- ☐ Telefonemas
- ☐ Telefone fixo

22. Que tipo de atividade você tem utilizado?

Marque todas que se aplicam.

- ☐ Atividade Assíncrona
- ☐ Atividade Síncrona
- ☐ Outro:

23. Caso você tenha tido dificuldade com o uso da ferramenta utilizada, qual o motivo(se necessário pode selecionar mais de um opção) :

Marque todas que se aplicam.

- ☐ Acesso à internet
- ☐ Falta de treinamento
- ☐ Falta de equipamento
- ☐ Nenhuma dificuldade
- ☐ Outro:

24. Com relação à aceitação pelos pacientes e/ou cuidador:

Marcar apenas uma alternativa

- ☐ A princípio, a maioria mostrou-se resistente mas, ADERIU à proposta
- ☐ A maioria mostrou-se resistente e NÃO aderiu à proposta
- ☐ Não houve resistência por parte dos pacientes e/ou cuidador

25. Quanto aos seus pacientes, você considera que:

Marque todas que se aplicam.

- ☐ Sentiram-se satisfeitos, seguros, motivados e acolhidos pelo seguimentodareabilitação
- ☐ Sentiram-se insatisfeitos e desmotivados com a reabilitação à distância.
- ☐ No inicio tiveram dificuldade em compreender as orientações, mas ao longo dotemposeadaptaram
- ☐ Outro:

26. Qual o seu nível de satisfação com o atendimento à distância que realizou durante a quarentena:

Marcar apenas uma alternativa

☐ Satisfeito

☐ Parcialmente Satisfeito

☐ Totalmente Satisfeito

☐ Insatisfeito

☐ Parcialmente Insatisfeito

☐ Totalmente Insatisfeito

27. Você poderia citar até 3 justificativas para sua escolha da resposta anterior:

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Formulários

Google

APÊNDICE B
RECORTE DO MATERIAL SUBMETIDO PARA ANÁLISE DOS JUÍZES

Caro Colega

Diante da situação de isolamento social, como a causada pela COVID-19, é relevante a reflexão sobre a modalidade de prestação de serviços à distância, realizada por fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, exposto isso, a presente pesquisa tem a finalidade de verificar como a pandemia afetou os serviços de reabilitação presencial, e a percepção de fisioterapeutas e de terapeutas ocupacionais acerca do modelo de prestação de serviço por telessaúde.

Dessa forma, peço a sua especial gentileza de atuar como juiz. Sua tarefa será verificar se o conteúdo das respostas dos participantes desta pesquisa está bem representado pela categoria e subcategoria no qual foi enquadrado.

Caso concorde em assumir essa tarefa, peço a sua gentileza em inserir as informações abaixo:

Eu _____ Graduada
em _____ pela Faculdade _____
e Pós-Graduação em _____
pela Universidade _____ concordo em participar como juiz do
trabalhado intitulado **TELESSAÚDE EM TEMPOS DE PANDEMIA DA COVID
19: PERCEPÇÃO DE FISIOTERAPEUTAS E DE TERAPEUTAS
OCUPACIONAIS DO ESTADO DE SÃO PAULO** declaro que recebi as devidas
informações relativas à minha atuação.

Assinatura

Antecipadamente agradecemos a sua disponibilidade

Larissa da Silva Luz
Pesquisadora

Dra Luciana Ramos Baleotti
Orientadora da Pesquisa

INSTRUÇÕES PARA ATUAR COMO JUIZ

A seguir será apresentado um quadro no qual você irá realizar sua atividade como juiz. Neste há quatro colunas, que compreende dois grandes temas, identificados como:

- Benefícios da TS;
- Limitações da TS;

Cada tema é composto por categorias, podendo ser dividida em subcategorias. O tema *Benefício*, por exemplo, contém sete categorias, já o tema *Limitação* possui cinco categorias e duas subcategorias. O material de análise está apresentado em quadro com quatro colunas. Na primeira coluna, apresenta-se todas as categorias e subcategorias, na segunda, as respostas completas dos participantes, cujas unidades de registros selecionados da resposta completa aparecem em **negrito** indicando a categoria ou subcategoria na qual foi encaixado. A sua tarefa consiste em avaliar a adequação da categoria e da subcategoria na qual cada unidade de registro foi encaixada. A sua avaliação deve ser registrada na terceira coluna; S, se adequado; N, se não adequado; e NP, se não pertinente. A opção S deve ser assinalada quando você considerar adequada a categoria e/ou a subcategoria na qual a resposta completa ou o trecho da resposta completa foi encaixado. A opção N deve ser assinalada quando você não considerar adequada a categoria e/ou a subcategoria na qual a resposta completa ou trecho da resposta completa foi encaixado. Nesse caso, deverá indicar suas sugestões na última coluna (coluna 4), isto é, a categoria e/ou a subcategoria que considera ser apropriada para encaixar a resposta ou o trecho da resposta completa. A opção NP deve ser assinalada quando você avaliar que a resposta ou o trecho da resposta completa não se enquadra em nenhuma categoria ou subcategoria especificada no material apresentado. A seguir, apresentam-se dois exemplos para maior esclarecimento:

Exemplo 1.

TEMA 1 - BENEFÍCIOS DA TS			
Coluna 1	Coluna 2	Coluna 3	Coluna 4
Categoria1. Manutenção do processo terapeutico frante a doenças contagiosas	Foi a melhor estratégia para o momento que o COFFITO podia oferecer, os pacientes perdem muito sem acompanhamento por tanto tempo, e o remoto evitou o contágio (P84-Ft)	() S () N () NP	Sugestão

Fonte: Elaborado pela autora, com base em Zafani (2017).

No exemplo 1, apresenta-se na coluna 2 a resposta completa de P84-Ft, a qual foi encaixada na categoria 1. Nesse caso, você deverá opinar a respeito da adequação da categoria na qual a resposta completa foi encaixada, registrando na terceira coluna. Esta resposta do participante de fato corresponde à categoria “Manutenção do processo terapêutico frente a doenças contagiosas”? Você deve opinar assinalando uma das alternativas de respostas: S, se adequado; N, se não adequado; e NP, se não pertinente. Se a alternativa assinalada for N, você deverá indicar na quarta coluna suas sugestões, isto é, a categoria em que a resposta completa deve ser encaixada.

Exemplo 2:

TEMA 2 - LIMITES DA TS			
Coluna 1	Coluna 2	Coluna 3	Coluna 4
Categoria 1. Necessidade de contato físico.			
Subcategoria 1.1 Dificuldade de ação do terapeuta	O atendimento remoto foi sem dúvida uma possibilidade muito valiosa para darmos continuidade no nosso trabalho, mas é difícil realizar uma avaliação ou tratamento sem o toque terapêutico. Por exemplo na minha especialidade em questão não há como adivinhar a graduação de força do assoalho pélvico sem o toque vaginal ou retal (P77-Ft)	()S ()N ()NP	Sugestão

Fonte: Elaborado pela autora, com base em Zafani (2017).

No segundo exemplo apresenta-se na coluna 2 uma resposta contendo um trecho encaixado na subcategoria 1.1 da categoria 1. Nesse caso, você deve opinar a respeito da adequação da categoria e da subcategoria na qual cada trecho da resposta completa foi encaixado, registrando sua avaliação na terceira coluna, seguindo a mesma orientação para S; N ou NP.

O material intitulado “Lista para consulta” deve ser utilizado caso você necessite consultar o título e o conteúdo das categorias e subcategorias em qualquer momento da realização da atividade solicitada.

APÊNDICE C

LISTA PARA CONSULTA

Categorias relativas aos benefícios da prestação de serviço em TS

TEMA 1 - BENEFÍCIOS DA TS	
Categorias	Descrição
1. Manutenção do processo terapêutico frente a doenças contagiosas	Relatos sobre a TS como prestação de serviço que possibilitou a continuidade do cuidado e do processo terapêutico, com segurança, diante da COVID-19
2. Possibilita intervenção de qualidade	Relatos que evidenciam que o atendimento remoto possibilitou a manutenção e/ou a obtenção de resultados positivos relacionadas ao tratamento ofertado
3. Maior engajamento da família no processo terapêutico	Respostas que denotam a percepção positiva dos participantes sobre o envolvimento da família ao longo das intervenções terapêuticas.
4. Monitorar, acompanhar e orientar	Inclui respostas que evidenciam que a TS ofereceu a oportunidade de monitorar, acompanhar e orientar os familiares e pacientes frente a interrupção dos atendimentos presenciais.
5. Vínculo entre terapeuta, paciente e família	Relatos que denotam que a TS propiciou a manutenção do vínculo estabelecido entre o terapeuta, paciente e família.
6. Prática de tarefas em ambiente real	Inclui relatos que indicam que a TS permitiu conhecer o ambiente e a rotina dos pacientes e da família e, com isso, viabilizou a implementação de objetivos funcionais de intervenção.
7. Acesso ao tratamento	Relatos que indicam que os participantes perceberam a TS como uma alternativa de acesso ao tratamento, não apenas em situação de pandemia.

Fonte: Elaborado pela autora

Categorias e subcategorias relativas aos limites da prestação de serviço por TS

TEMA 2 - LIMITES DA TS	
Categorias	Descrição
2. Necessidade de contato físico	A categoria 1 é constituída por duas subcategorias, as quais revelam que os participantes percebem que a ausência de contato físico influenciou em dois aspectos: dificultou a ação do terapeuta (1.1) e, o atendimento remoto é inviável frente a determinadas condições de saúde (1.2).
Subcategorias: 1.3 Dificuldade de ação do terapeuta 1.4 Dificuldade devido às condições de saúde intrínsecas ao paciente	
2. Acesso aos recursos tecnológicos por condição Socioeconômica.	Inclui relatos que denotam que os participantes percebem que a condição social é um fator que limita o acesso aos tecnológicos e, como consequência, interfere na prestação de serviço via TS.
3. Falta de formação do terapeuta	Relatos que indicam que a falta de formação do terapeuta impactou a efetividade da prática em TS.
4. Dificuldade de adesão e de adaptação a TS	Relatos envolvendo a percepção de que a TS impacta a adesão do paciente e adaptação do terapeuta a esta modalidade de prestação de serviço.
5. Organização da rotina familiar	Engloba relatos que sinalizam que a mudança na rotina familiar ocasionada pela pandemia dificultou a participação dos responsáveis nos atendimentos remotos.

Fonte: Elaborado pela autora.