

PERCEÇÃO DOS CUIDADORES SOBRE A TELERREABILITAÇÃO DA FISIOTERAPIA EM BEBÊS DE RISCO ATÉ OS TRÊS ANOS DE IDADE: BARREIRAS E FACILITADORES

CAREGIVERS PERCEPTIONS ABOUT TELEREHABILITATION
PHYSIOTHERAPY ON RISK BABIES WITH AGES LESS THAN
THREE YEARS OLD: BARRIERS AND FACILITATORS

Resumo: Objetivo: Verificar as percepções dos cuidadores sobre o atendimento remoto da fisioterapia em bebês considerados de risco entre zero e três anos, e compreender quais foram as barreiras e os facilitadores vivenciados durante esse tipo de atendimento. **Materiais e Métodos:** Pesquisa qualitativa do tipo estudo de caso institucional. **Resultados:** Foram entrevistados oito cuidadores. Os bebês tinham de oito meses de idade corrigida (IC) até dois anos e onze meses. Na soma do questionário econômico obteve-se as seguintes classificações: B1, B2, C1 e C2. Em relação ao grau de escolaridade da pessoa que mais contribuiu com a renda da casa, uma completou o ensino fundamental, três o ensino médio e quatro o ensino superior. No AHEMD-IS apenas um lar foi classificado como excelente, apresentando ampla quantidade de variedade e oportunidades. Percepções: privilegiados, satisfeitos e agradecidos mesmo com dificuldades, falta de conhecimento e limitações. Aumento da conexão pai-filho e mais tempo com a criança, possibilitando conhecê-la melhor. Barreiras: falta de equipamentos/acessórios, o ambiente não estava preparado, falta de colaboração da criança e conexão com a internet. Facilitadores: suporte contínuo dos profissionais, flexibilidade de horários, adaptação ao ambiente da família, não precisar se locomover e a comodidade de estar em casa. **Conclusão:** A telereabilitação deve ser pensada como uma opção viável pós pandemia para garantir o cuidado ou a sequência dele para os pacientes, pois apresentou facilidades para os profissionais e cuidadores e, foi capaz de incluir as famílias na intervenção, permitindo a participação deles no tratamento de seus filhos.

Palavras-chave: Telereabilitação; Percepção; Cuidadores; Grupos de Risco; Recém-Nascido.

Abstract: Objective: To verify the caregivers' perceptions about remote physiotherapy care in babies who are considered at risk whose ages range between zero and three years old, and to understand what were the barriers and facilitators experienced during this type of care. **Materials and Methods:** Qualitative research of the institutional case study type. **Results:** Eight caregivers were interviewed. Babies ranged from eight months of corrected age (CI) to two years and eleven months. In the sum of the economic questionnaire, the following classifications were obtained: B1, B2, C1 and C2. Regarding the level of education of the person who contributed the most to the household income, one completed elementary school, three completed high school and four completed higher education. On AHEMD-IS, only one home was rated excellent, presenting a wide range of variety and opportunities. Perceptions: privileged, satisfied and grateful even with difficulties, lack of knowledge and limitations. Increased parent-child connection and more time with the child, making it possible to get to know each other better. Barriers: lack of equipment/accessories, the environment was not prepared, lack of child collaboration and internet connection. Facilitators: continuous support from professionals, flexible schedules, adaptation to the family environment, not having to move around and the convenience of being at home. **Conclusion:** Telerehabilitation should be thought of as a viable post-pandemic option to ensure care and the sequence of care for patients, as it presented facilities for professionals and caregivers, and was able to include families in the intervention, allowing their participation in the treatment.

Keywords: Telerehabilitation; Perception; Caregivers; Risk Groups; Newborn.

Bruna Dal Castel Biondo¹ 

Laís Rodrigues Gerzson¹ 

Carla Skilhan de Almeida¹ 

1- Universidade Federal do Rio Grande do Sul;

E-mail: carlaskilhan@gmail.com

10.31668/movimenta.v15i2.13026 

Recebido em: 13/04/2022

Revisado em: 22/06/2022

Aceito em: 18/07/2022



Copyright: © 2022. This is an open access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

INTRODUÇÃO

Nos três primeiros anos de vida, o bebê está mais suscetível à plasticidade cerebral, processo que auxilia na sua transformação e aprendizagem. Através disso, esse bebê apresenta um maior potencial para alcançar o mais alto nível funcional, influenciando em uma vida saudável, onde há maiores chances de inclusão social¹. Por conta disso, é de suma importância a realização de intervenções precoces nesses bebês quando são considerados de risco.

Alguns dos fatores que os caracterizam como bebês de risco para atraso no desenvolvimento são: o baixo peso ao nascer, a prematuridade, asfixias graves, anomalias congênitas, necessidade de internação ou intercorrências na maternidade ou em unidades de assistências, condição de moradia, a idade e o nível de escolaridade da mãe². A fisioterapia pode proporcionar experiências a esses bebês, principalmente se for realizada de forma precoce. Também chamada de intervenção precoce (IP), ela vai caminhar em conjunto com o processo de maleabilidade cerebral, proporcionando uma reorganização cerebral, adaptações e novas conexões. A IP vai buscar utilizar a capacidade que o sistema nervoso tem de se desenvolver e se recuperar através da plasticidade, de aprendizados, experiências ambientais e após lesões³.

Quando eclodiu a COVID-19 no mundo, os bebês de risco pararam de receber este atendimento profissional presencialmente e um novo formato de intervenção se fez necessário: a telerreabilitação. O Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) permitiu, por meio da Resolução Nº 516 criada

em março de 2020, que os atendimentos fossem realizados de forma não presencial⁴. Após isso, os serviços prestados pela telerreabilitação vêm crescendo exponencialmente e são de amplo escopo. No âmbito da reabilitação, esse tipo de abordagem vem superando barreiras temporais, geográficas, sociais e financeiras. A mesma vem sendo capaz de fortalecer a conexão entre os envolvidos, aprimorar os conhecimentos dos pacientes e familiares, fornecer trocas de informações, facilitar a educação do usuário, estabelecer e planejar metas⁵.

Um dos maiores benefícios deste tipo de atendimento é a capacidade de oferecer oportunidades de cuidados centrados no paciente e na família, mantendo esse distanciamento social e reduzindo a exposição ao vírus para todos⁶. Os cuidadores acabam tendo uma grande importância no processo, pois esse tipo de atendimento pode ser eficaz quando realizado na forma de *coaching*, ou seja, o fisioterapeuta realiza encontros síncronos com a família para que essa realize as sessões⁷.

Estudos durante a emergência da COVID-19 destacaram a sobrecarga que estava sendo enfrentada por cuidadores de crianças que apresentavam alguma deficiência no desenvolvimento neurológico. As principais preocupações analisadas eram relacionadas ao crescimento, desenvolvimento infantil e o medo de ficar sozinho e cuidar da criança, sem programas especializados e sem nenhum tipo de orientação^{8,9}.

Então, a comunidade científica interessou-se por compreender o processo desse momento, as inseguranças e os medos das pessoas envolvidas, para melhorar cada vez mais esta relação, diminuindo as barreiras

associadas. Uma revisão sistemática¹⁰ analisou treze estudos referentes à telerreabilitação com crianças, onde a maioria dos pais/cuidadores e dos profissionais pareciam estar satisfeitos com esse tipo de serviço. Os resultados do estudo supracitado também demonstraram a importância da adaptação das intervenções às necessidades específicas da criança.

Assim, interessamo-nos em saber quais as percepções dos cuidadores perante os atendimentos às crianças de forma remota, suas inseguranças, suas angústias, seus medos e se esses atendimentos, na visão deles, estavam sendo efetivos. Por isso, diante desse novo cenário, o objetivo da pesquisa foi verificar as percepções dos cuidadores sobre o atendimento remoto da fisioterapia em bebês considerados de risco entre zero e três anos, bem como, compreender quais foram as barreiras e os facilitadores vivenciados pelos cuidadores durante esse tipo de atendimento, com o intuito de melhorar cada vez mais esse modelo de serviço.

MATERIAIS E MÉTODOS

Desenvolveu-se uma pesquisa qualitativa do tipo estudo de caso institucional. Os sujeitos que colaboraram com a pesquisa participam ou participaram do Projeto de Intervenção Motora Precoce (PIMP), realizado na clínica de fisioterapia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). A PIMP atende bebês com atraso e/ou déficit no desenvolvimento motor entre zero e três anos. Atualmente, devido a pandemia, desde maio de 2020, o programa está acontecendo de forma remota.

No total, treze cuidadores foram convidados para participar do estudo. No

decorrer do processo foi utilizado o critério de saturação para o encerramento da coleta de dados, logo, a amostra final contou com oito participantes. A saturação ocorre quando pouca ou nenhuma informação nova sobre o assunto de interesse da pesquisa estiver sendo adquirida e os novos dados se enquadram nas categorias já desenvolvidas no processo de análise¹¹. O critério de inclusão para participar do estudo era: ser cuidador de bebê de risco de zero a três anos; participante ou que tenha participado dos atendimentos remotos da PIMP. O critério de exclusão foi a impossibilidade de acessar a *internet* ou de realizar vídeo chamada com a entrevistadora.

O contato com os participantes foi dado de forma individual, através do *WhatsApp*. Após o interesse em participar da pesquisa, os entrevistados preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) via *Google Forms* (Formulários do Google) e, ao assinalarem a opção "**Eu aceito participar da pesquisa**", a pesquisadora entrou em contato com esses cuidadores para confirmar o interesse e marcar dia e horário das entrevistas.

As entrevistas foram realizadas de forma virtual, através de chamadas de vídeo, utilizando uma das seguintes plataformas: *Zoom* ou *Google Meet*. O processo foi dividido em duas partes: no início, foi realizada uma pequena *anamnese* com o objetivo de conhecer um pouco mais cada participante e foi aplicado o Questionário Econômico: Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB). O CCEB estima o poder de compra familiar e apresenta uma estimativa de renda média bruta familiar por classe. O instrumento foi utilizado apenas para caracterização das amostras e a pontuação foi

somada manualmente, com os valores fornecidos pelo questionário. Com a soma, foi possível classificar as famílias nas seguintes classes: A, B1, B2, C1, C2, D e E, sendo que, quanto mais longe da A, menor a renda familiar.

Após, foi realizada uma entrevista semiestruturada com 18 questões, sendo o principal instrumento para coleta de dados. A entrevista elaborada visou contemplar questões sobre a percepção dos cuidadores sobre a telereabilitação, a relação cuidador-bebê na hora do atendimento remoto, os efeitos desse tipo de atendimento na criança, barreiras e facilitadores encontrados na hora da realização dos exercícios propostos. Ao final da entrevista foi aplicado o questionário *Affordances in the Home Environment for Motor Development - Infant Scale*: (AHEMD-IS) para descrever as características ambientais. É um instrumento que aborda o autorrelato dos pais, avaliando a qualidade e quantidade dos recursos disponíveis no ambiente domiciliar. As pontuações foram obtidas através das calculadoras: AHEMD-IS *Calculador 3 to 11 meses Beta 1.0.xls*¹² e AHEMD *Calculador VP Beta 1.6*¹³.

Todo esse processo levou aproximadamente 40 minutos. As chamadas de vídeo foram gravadas e salvas em um HD externo, após, sendo apagadas de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou *nuvem*.

A análise foi realizada a partir da transcrição da entrevista gravada pela entrevistadora, os sujeitos entrevistados receberam a transcrição para aprovarem o conteúdo e fazerem as devidas modificações que achassem necessárias e, a partir disso, compreendeu-se o conteúdo dos depoimentos registrados.

As entrevistas foram submetidas à leitura preliminar para aumentar o contato do investigador com o material coletado, em seguida, procedeu-se a exploração propriamente dita do material, em que foram identificadas as ideias centrais das respostas. Os resultados das entrevistas foram trabalhados através da análise de conteúdo e, para isso, foi criado um quadro para organizar as unidades temáticas previamente definidas nas questões de pesquisa (percepção, facilitadores e barreiras), seguindo o modelo de Bardin¹⁴. A partir disso, foi possível compreender o conteúdo dos depoimentos registrados, transpor os conteúdos escritos nas falas, comparar os diferentes relatos dos participantes e sintetizá-los em torno das temáticas citadas acima. Foram criadas categorias de análise que respondiam aos objetivos específicos do estudo. E, por fim, comparou-se as respostas dos entrevistados nas distintas categorias para o desenvolvimento do trabalho¹⁵. Foram criadas cinco categorias para realizar a interpretação das entrevistas: características clínicas dos bebês, escolaridade e nível socioeconômico do cuidador, características ambientais, percepções dos atendimentos, barreiras e facilitadores. Para manter o anonimato dos participantes seus nomes foram substituídos por espécies de flores.

Os questionários (CCEB, AHEMD-IS) foram utilizados com o objetivo de descrever as condições socioeconômicas e algumas características ambientais respectivamente dos participantes do estudo, complementando as perguntas da *anamnese*.

A pesquisa foi iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da Universidade Federal

do Rio Grande do Sul (nº 4.849.222, CAAE: 48119121.0.0000.5347), respeitando os Critérios Éticos da Resolução 466/12 versão 2012 das Normas de Pesquisa em Saúde do Conselho Nacional de Saúde e do Ofício Circular nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No total foram entrevistados oito cuidadores, apenas dois ainda participavam do projeto e os demais já tinham recebido alta ou sido encaminhados para outras instituições devido ao diagnóstico de Paralisia Cerebral (PC), necessitando continuidade dos atendimentos. Dois bebês haviam realizado atividades de forma presencial e conseqüentemente foram os que ficaram mais tempo em atendimento com a PIMP, um com o diagnóstico de Síndrome de Down (SD) e outro com PC.

Quando há suspeitas de que o bebê está em risco para desenvolver a PC deve-se encaminhá-lo precocemente a uma equipe específica para que tenha uma investigação diagnóstica precisa, possibilitando uma intervenção adequada e a possibilidade de uma rede de apoio para seus cuidadores¹⁶. Hadders-Algra¹⁷ relata que há amplas evidências disponíveis sobre a intervenção realizada de forma precoce e salienta em sua análise resultados significativos em bebês com risco baixo a moderado de PC e deficiência intelectual. Os objetivos devem ser: aprimorar resultados motores, a cognição e comunicação, utilizando técnicas que proporcionem aprendizagem e neuroplasticidade, prevenir deficiências secundárias, diminuir complicações que pioram ou interferem no aprendizado, e

promover o enfrentamento e a saúde mental dos pais, para reduzir estresse, ansiedade e depressão¹⁶.

Características clínicas dos bebês

Na tabela 1 estão descritas as características clínicas dos bebês participantes da pesquisa.

No que se refere aos bebês prematuros, eles correm maior risco de apresentar alguma alteração no seu desenvolvimento neurológico quando comparados com uma criança que nasceu a termo¹⁸. Sanchez *et al.*¹⁹, observaram em seu estudo que as crianças nascidas precocemente demonstram maiores dificuldades de linguagem, sendo maior este déficit em crianças que nasceram antes das 30 semanas de gestação, que apresentam algum diagnóstico de desenvolvimento, ser do sexo masculino e ter alto risco social.

Prematuros com possíveis problemas de desenvolvimento físico ou intelectual devem ser identificados de forma precoce para que haja implementação de ações o mais rápido possível. Torna-se importante também o acompanhamento dos que conseguiram atingir suas habilidades motoras no tempo da criança típica, visto que há déficits que podem aparecer tardiamente¹⁸. As crianças nascidas pré-termo apresentam um maior risco de alterações cognitivas, pior desempenho escolar e problemas comportamentais. Destacando o risco expressivo no Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e menor capacidade cognitiva no início vida adulta e na infância¹⁹.

Tabela 1. Características clínicas dos bebês (n=8).

| | Sexo | Idade | Diagnóstico |
|--------|-----------|-------------------|--------------------|
| Bebê 1 | Masculino | 10 meses | Prematuro |
| Bebê 2 | Masculino | 1 ano e 10 meses | Prematuro Extremo |
| Bebê 3 | Masculino | 2 anos e 6 meses | Paralisia Cerebral |
| Bebê 4 | Feminino | 9 meses | Indefinido |
| Bebê 5 | Feminino | 1 ano e 10 meses | Prematura Extrema |
| Bebê 6 | Masculino | 2 anos e 11 meses | Paralisia Cerebral |
| Bebê 7 | Feminino | 2 anos e 5 meses | Síndrome de Down |
| Bebê 8 | Feminino | 2 anos e 1 mês | Prematura Extrema |

Escolaridade e nível socioeconômico do cuidador

Na soma do CCEB (questionário econômico) obteve-se as seguintes classificações: B1, B2, C1 e C2, sendo que apenas uma família apresentava a primeira (B1), quatro a segunda (B2), uma a terceira (C1) e duas a quarta (C2). Em relação ao grau de escolaridade da pessoa que mais contribui com a renda da casa, uma completou o ensino fundamental, três o ensino médio e quatro o ensino superior.

Os bebês vulneráveis apresentam vários fatores de risco, entre eles estão a baixa renda, falta de educação formal dos pais, longa carga horária de trabalho dos cuidadores e até mesmo a colocação em lares adotivos²⁰. Crianças nascidas extremamente prematuras e com o status socioeconômico mais baixo apresentam resultados acadêmicos e neuro cognitivos menores aos 10 anos de idade quando comparadas às crianças de famílias com esse marcador elevado²¹.

Noble *et al.*²² descobriram que a educação dos pais estava associada à área total cerebral das crianças. Isso indicou que qualquer ano de estudo a mais dos cuidadores estava associada a um aumento dessa área ao longo da infância e adolescência. A educação e a renda acabam sendo responsáveis pela variação nas regiões responsáveis pelo desenvolvimento da linguagem, funções executivas e memória.

Sendo assim, torna-se necessário que as intervenções para bebês com atraso no desenvolvimento de famílias que apresentam baixa renda e nível educacional menor seja uma prioridade, visto que os resultados para estas crianças não aparentam ser favoráveis no futuro se não receberem os cuidados adequados.

Características ambientais

A AHEMD-IS é uma escala utilizada para medir as oportunidades do lar da criança para o seu desenvolvimento, incluindo espaço físico,

variedade de atividades diárias e a quantidade de materiais lúdicos²⁰. Na tabela 2 encontram-se as pontuações que os lares obtiveram após a aplicação da escala.

Tabela 2. Pontuação AHEMD-IS.

| | AHEMD-IS (3-18 meses) | AHEMD-IS (18-42 meses) |
|-------|--------------------------|------------------------|
| Lar 1 | Pontuação excelente (32) | |
| Lar 2 | | Pontuação média (11) |
| Lar 3 | | Pontuação média (10) |
| Lar 4 | Pontuação adequada (25) | |
| Lar 5 | | Pontuação média (15) |
| Lar 6 | | Pontuação baixa (9) |
| Lar 7 | | Pontuação média (11) |
| Lar 8 | | Pontuação média (11) |

AHEMD-IS: *Affordances in the Home Environment for Motor Development - Infant Scale*

Um estudo que investigou os fatores ambientais e pessoais que explicam as habilidades funcionais e a assistência do cuidador em crianças até os 18 meses de idade nos trouxe que maiores oportunidades de estimulação no domicílio estão ligadas com a menor necessidade de assistência familiar na função social do bebê, sendo assim, um ambiente com estímulo adequado melhora e aumenta a independência dos mesmos¹². Mas, mesmo com recursos mínimos, cuidadores com treinamento intensivo são capazes de realizar intervenções que promovam o desenvolvimento da criança²⁰.

A seguir, serão apresentadas as três categorias temáticas que emergiram da análise das falas das participantes: 1) Percepções dos atendimentos; 2) Barreiras; 3) Facilitadores.

Categoria 1: Percepções dos atendimentos

Os cuidadores relataram o sentimento de privilégio e gratidão por poderem participar do projeto da PIMP. Ficaram contentes, satisfeitos e agradecidos com o atendimento que foi prestado, mesmo cientes que não foi um processo fácil. Em suas falas trouxeram que a telerreabilitação serviu para valorizar o trabalho da fisioterapia e o profissional.

“Eu me sinto privilegiada, porque eu acredito que não sejam pra todos e todos não conheçam [...]. [...] me sinto extremamente agradecida, [...] considero uma experiência que foi muito gratificante [...]. E valoriza três vezes mais ainda o trabalho de vocês, o sacrifício que vocês têm com bebês”. (Amarílis)
“Um privilégio na realidade, porque foi onde a gente encontrou um espaço.

Porque até então, a gente recebeu aquele diagnóstico e não sabia o que fazer. Aí a gente chegou lá e foi super acolhida.” (Begônia)

“Ficamos bem contentes quando começou o atendimento da PIMP [...], ficamos contentes com o atendimento, com o desenvolvimento dela [...]. Então, nós ficamos bem satisfeitos com o atendimento online, cientes de que não foi um atendimento fácil.” (Cravo)

Estudos atuais trouxeram que a telerreabilitação é viável e bem aceita pelas famílias, e relataram experiências positivas dos cuidadores que receberam atendimento de forma virtual, observando grandes benefícios no crescimento e desenvolvimento infantil. Mas como essas pesquisas foram realizadas no âmbito da pandemia, há a possibilidade de que esse resultado possa ter sido positivo por conta do momento que estamos vivendo^{9,23,24}. Os achados de uma revisão sistemática revelaram o efeito positivo da telerreabilitação fisioterapêutica em crianças com diferentes condições clínicas durante a pandemia do COVID-19. Também mostraram que os profissionais e os pais/cuidadores destas crianças estavam satisfeitos com os serviços prestados remotamente¹⁰. Camden *et al.*⁷ trouxeram que as intervenções realizadas de forma *online* podem ser tão eficazes quanto os atendimentos presenciais e aparentam ser uma abordagem promissora para a prestação de serviços de reabilitação para a população pediátrica.

Segundo a maioria dos entrevistados, o atendimento remoto permitiu que houvesse

maior conexão entre cuidador e bebê, possibilitando ter mais tempo com a criança. Viram no atendimento uma forma de poder ajudar no tratamento do filho e poder conhecê-lo melhor. Alguns pais não viram diferença na relação e no tempo a mais com a criança, visto que, independente do atendimento, estariam juntos de qualquer forma.

Na pesquisa de Provenzi *et al.*⁹ a maioria dos pais relatou um aumento nos sentimentos de engajamento, auto relevância, apoio percebido e reconhecimento de seu papel no cuidado da criança. A terapia de intervenção precoce prioriza a relação pai-filho provocando interações consistentes de alta qualidade desde a primeira infância. Com a distância do profissional, a entrega da reabilitação por telessaúde depende do uso de *coaching* familiar, podendo melhorar a fidelidade dos pais ao papel de treinador, produzir resultados sociais e comportamentais equivalentes e fornecer tratamento eficaz para diferentes deficiências motoras²⁵. A pandemia salientou a importância da família e o envolvimento de todos os seus integrantes na intervenção, bem como a necessidade de promover uma parentalidade positiva em casa para potencializar o desenvolvimento da criança²⁶. Com o atendimento realizado de forma remota, os familiares se tornaram os principais protagonistas do tratamento do bebê, fato que difere do atendimento presencial, onde, na maioria das vezes, o profissional é o único responsável pelas intervenções realizadas no paciente.

Esse tipo de atendimento foi desafiador para as famílias, pois além de terem as responsabilidades de mãe/pai, também tiveram a de terapeuta. O cuidador acabou se organizando no seu cotidiano para fazer as

atividades na criança, visto que era a saída que tinha no período pandêmico. Muitos relataram a falta de conhecimento e limitações próprias na hora da realização dos exercícios propostos, mas frisaram o quão importante foi o suporte dos profissionais, tanto para auxiliar virtualmente na realização dos exercícios quanto para passar confiança.

“[...] uma responsabilidade gigantesca. [...] além de ter que cuidar dele, eu ainda tinha que realizar a fisioterapia, então, isso coloca uma responsabilidade na gente que não é só de mãe, mas também de profissional. [...], mas também ao mesmo tempo muito bom, porque isso cria uma conexão maior entre mãe e filho”. (Begônia)

“Mesmo sendo remoto ela me mostrava, ela pegava uma boneca, [...] ou ela mesmo fingia que era a criança pra mostrar o que que é que tinha que ser feito, né? Então é bastante atenção”. (Hortência)

Em contrapartida, um estudo que descreveu o estado de saúde mental e a mudança na tensão percebida entre os cuidadores durante o surto de COVID-19 demonstrou que os familiares que realizaram a telerreabilitação e a terapia domiciliar pontuaram esses tipos de terapias como fisicamente tensas. Os cuidadores que não conseguiram aprender a terapia domiciliar estavam mais deprimidos e os que aprenderam os métodos acabaram experimentando mais

tensão²⁷. Este tipo de atendimento apareceu como uma “saída” no período pandêmico, mas acabou colocando mais uma responsabilidade no cuidador. Os participantes tiveram que se tornar “fisioterapeutas” mesmo sem os conhecimentos técnicos necessários, aumentando suas inseguranças e medos. Então, entende-se que seria interessante discutir estes sentimentos com os familiares antes de iniciar esta forma de terapia.

Krasovsky *et al.*²⁴ identificaram uma alta sensação de presença e envolvimento dos terapeutas nesse tipo de atendimento pela visão das famílias, e também encontraram uma grande capacidade de manter a aliança terapêutica, visto que há uma necessidade de continuar prestando serviços pessoais e profissionais sem comprometer a essência principal do atendimento presencial. Esse achado compactua com os relatos dos participantes da pesquisa, visto que, independente do horário e do dia da semana, os profissionais estavam disponíveis para sanar as dúvidas das atividades propostas e até mesmo do diagnóstico do bebê.

Algumas famílias tinham o pré-julgamento de que o atendimento remoto não funcionaria, mas depois, no decorrer das sessões e observando a evolução da criança, mudaram de opinião. Com essa justificativa, três pessoas prefeririam seguir com o atendimento *online* caso a PIMP pudesse voltar presencialmente.

Categoria 2: Barreiras

As principais barreiras apontadas pelos cuidadores foram: a falta de equipamentos /acessórios para a realização das atividades, o fato de que o ambiente (casa) não é

preparado para a fisioterapia, falta de colaboração da criança (principalmente nas maiores, por já demonstrarem o que lhes desagradava) e a falta de conhecimento teórico/prático para a realização das atividades. A conexão com a *internet* e problemas com o próprio equipamento surgiram em poucas entrevistas.

"[...] a conexão de internet às vezes era algo [...] que a gente não tem como controlar. É algo imprevisível [...]. Equipamentos, que nem eu te disse, não é que fosse difícil, mas a clínica já é preparada pra isso, a casa da gente não é preparada pra fazer fisioterapia". (Amarilis)

"[...] falta de equipamentos, falta de habilidade e coordenação do executante da ação. Colaboração do bebê, chegou um momento que ela não queria mais fazer os exercícios. Material apropriado [...]". (Cravo)

"[...] o que dificulta é a questão às vezes dos exercícios porque não estudei pra isso [...]. Então, eu acho que isso que dificulta, a falta de conhecimento mesmo na hora de executar as coisas com ela, né? Apesar de que elas me explicam, elas mandam os vídeos, mas na prática ali com a criança se debatendo e não querendo fazer fica mais complicado [...]" (Lavanda)

Uma revisão observou em 25 artigos que os desafios mais comuns desse tipo de atendimento

era o ceticismo, problema de conexão com a *internet* e questões legais, classificando-as em fatores humanos (aceitação, conhecimento e habilidades), técnicos e organizacionais²⁸. Indo ao encontro de outra pesquisa, que demonstrou que os maiores desafios encontrados pelos pais foram os problemas de conexão, lacunas na alfabetização da web e dificuldades em seguir as instruções dadas pelo profissional⁹.

Dhiman *et al.*²⁷ demonstram que a maior tensão encontrada foi em cuidadores cuja percepção da terapia domiciliar foi de moderada a difícil. Com isso, trouxeram a necessidade de uma melhora na comunicação entre os profissionais responsáveis pela reabilitação e os cuidadores, com o objetivo de ensinar as estratégias de forma eficiente para reduzir o desgaste dos mesmos. Tornam-se necessárias intervenções de telerreabilitação que reflitam a melhora das práticas, aumentando as habilidades dos cuidadores para melhorar o desenvolvimento da criança: treinando a família, promovendo a transferência de conhecimento e capacitando⁷. Cabe ao terapeuta encorajar as famílias, reduzir as inseguranças e ter a capacidade de mostrar a importância delas nessa continuidade do cuidado.

Quando se fala de bebês de risco, sabe-se que estamos lutando contra o tempo em relação ao seu desenvolvimento, por isso deve-se potencializar ao máximo as habilidades dessa criança. Com a pandemia e a necessidade de dar seguimento ao tratamento, acabou não sendo tão importante o quanto os cuidadores conheciam da teoria das técnicas utilizadas, mas sim, que a atividade passada para a família fosse realizada conforme o combinado, garantindo a evolução do bebê.

Alguns pais apresentaram sugestões para a melhora da telerreabilitação, sendo elas: fornecimento de equipamentos ou até mesmo vídeos de como fazê-los em casa, uma lista com todos os materiais necessários até a alta da fisioterapia, ilustrações dos exercícios, ter mais sessões durante a semana e ter uma reavaliação pós-alta.

Categoria 3: Facilitadores

A maior facilidade encontrada durante a telerreabilitação foi o suporte contínuo dos profissionais, por estarem sempre presentes e prestativos. Após esse apontamento, outro facilitador foi a flexibilidade de horários para a realização da sessão, assim, o bebê não ficava sem atendimento.

“[...] eu tiro minhas dúvidas, medos, qualquer questionamento que eu tenha. Elas me orientam bastante, me ajudam bastante, [...] dão um suporte muito bom, não só nos encontros, como em qualquer horário [...]”. (Hibisco)

“[...] em questão de um não poder num dia e poder no outro [...] essa flexibilidade, se fosse presencial, nós não teríamos. [...] conseguimos ter semanas que achávamos que ia ser uma semana perdida e de repente nos sábados conseguíamos fazer os exercícios. [...] garantiu que quase praticamente toda semana, com poucas exceções, nós mantivemos os atendimentos”. (Cravo)

Vilaseca *et al.*²⁶ observaram que os familiares das crianças que eram atendidas por um programa de intervenção precoce na Espanha ficaram satisfeitos com a atenção recebida do profissional durante o período de *lockdown*. O uso de uma abordagem de *coaching* (o terapeuta explica para a família o que fazer), programas implementados pelos pais e o tratamento em tempo real com as crianças são associados a intervenções mais eficazes, assim como ter as sessões programadas e pré-definidas, ajudando as famílias a identificar e atender melhor às suas necessidades.

A telerreabilitação pode ser utilizada com os objetivos de reduzir listas de espera, controlar casos crônicos não urgentes, proporcionar horários flexíveis de atendimento e reduzir o desgaste de comparecer às clínicas. Esse tipo de sistema pode estimular os pacientes a realizarem os exercícios em casa²⁹. Pode ser visto também como um serviço auxiliar útil para pacientes que residem longe e precisam percorrer uma longa distância até o atendimento ou como meio para avaliar a adequação e os equipamentos que não podem ser levados até o local da sessão²³. O atendimento remoto não serviu somente para dar a continuidade do cuidado, mas também para fornecer a oportunidade de atendimento para famílias que moram longe e não apresentam condições de ir até o local, seja pela localização das suas casas ou pela dificuldade de locomoção. Além disso, foi possível ensinar os cuidadores sobre a importância da estimulação em casa, assim o familiar conseguiu perceber as oportunidades que a criança tem em seu ambiente e foi capaz de potencializá-la.

A fisioterapia foi capaz de se adaptar ao ambiente da pessoa e de utilizar os materiais que a família tinha em casa, sem necessidade de gastos financeiros expressivos. O fato de não precisar se locomover, o cuidador só precisava parar de fazer suas atividades diárias na hora da sessão e voltar logo após. A comodidade de ser em casa, em um ambiente que a criança conhecia também foi apontado como um facilitador, visto que na clínica o bebê poderia estranhar o local, o examinador e isso acabar dificultando o atendimento.

“Facilidade eu acho que foi com os exercícios propostos com o que a gente tivesse em casa, sabe? Nada que eu tivesse que comprar, que eu tivesse que procurar [...]”. (Calêndula)

“[...] por ser por vídeo a gente não ter que se deslocar, né? Porque toda aquela preparação pra poder ir pra fisio para toda a rotina. [...] tu para, só faz a fisio e tu já retorna o que tu tava fazendo [...]”. (Amarílis)

“[...] acho que por ela estar em casa, ela se desenvolvia muito mais rápido porque ela tá no ambiente dela. [...] às vezes que ela fez as sessões lá no [...] eu vi que ela ficava um pouquinho mais assustada [...]. Então em casa ela tava no conforto dela, com os brinquedinhos dela, [...] acho que isso facilitava”. (Lavanda)

A telerreabilitação permite que o profissional continue a fornecer o treinamento da criança dentro das suas fases de aprendizado e em um ambiente onde ela

precisa aperfeiçoar suas habilidades, é capaz de implementar as melhores práticas para este público promovendo seu conhecimento e desenvolvimento^{23,26}. Pode fornecer aos terapeutas mais oportunidades para entender o local em que o paciente vive e transferir as competências para aquele cenário, além de fornecer o treinamento dos cuidadores para aumentar as oportunidades terapêuticas em casa³⁰. A presença de irmãos ou brinquedos pessoais da criança são vistos como facilitadores da terapia²⁴.

Uma pesquisa que teve como objetivo determinar as percepções de famílias e profissionais sobre o funcionamento do modelo de intervenção precoce durante a pandemia discutiu que os familiares sentiram que os profissionais foram capazes de oferecer orientações sobre como utilizar os materiais de casa para realizar as atividades e melhorar o desenvolvimento da criança²⁶. Faz-se importante que os profissionais fiquem atentos às possibilidades, bem como tenham a sensibilidade de conhecer um pouco da rotina familiar e como ela funciona, com o objetivo de entendê-la e adaptar-se. Com isso, torna-se necessário e possível implementar atividades viáveis dentro daquele contexto sem sobrecarregar o cuidador.

Algumas limitações devem ser consideradas. O número pequeno de participantes por conta do critério de saturação, logo, seria interessante estudos com uma amostra maior para verificar se a telerreabilitação é viável permanecer após o período pandêmico.

CONCLUSÃO

A telerreabilitação apareceu como uma estratégia durante a pandemia, mas, através dessa possibilidade, fomos capazes de ver algumas facilidades para o profissional e para a família. Por mais que o atendimento presencial seja a essência da fisioterapia e permita o toque no paciente, o atendimento remoto nos trouxe informações a mais sobre aquela criança e seu contexto familiar e, também, facilitou a vida de muitos cuidadores pelo fato de não terem que se deslocar para a clínica, garantindo o cuidado e assistência para diferentes públicos. Sendo assim, esse tipo de acompanhamento não deve ser visto apenas como uma medida utilizada para determinadas situações, mas como uma opção viável para que consigamos garantir o cuidado ou a sequência dele para nossos pacientes.

Ao mesmo tempo que a telerreabilitação apresenta pontos positivos, os cuidadores relataram um aumento de suas responsabilidades e dificuldades teóricas/técnicas para realizar os exercícios na criança. Mesmo assim, os sentimentos de privilégio e gratidão foram os que prevaleceram por poderem participar do projeto e do desenvolvimento de seus filhos. O atendimento remoto acrescentou os cuidadores na intervenção e mostrou como o ambiente pode potencializar a evolução das crianças. A telerreabilitação pode ser uma estratégia importante no atendimento do bebê de risco e que pode ser utilizada em momentos de dificuldade de acesso ao serviço ou em situações atípicas.

REFERÊNCIAS

1. Chiquetti EM, Valentini NC. Test of Infant Motor Performance for Infants in Brazil: Unidimensional Model, Item Difficulty, and Motor Function. *Pediatr Phys Ther.* 2020;32(4):390-397. doi:10.1097/PEP.0000000000000745.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v1.pdf. Acesso em 14/03/2022.
3. Rotta NT, Filho CAB, Bridi FS. Plasticidade Cerebral e Aprendizagem: Abordagem Multidisciplinar. Porto Alegre: Artmed; 2018.
4. Brasil. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO). Resolução nº 516, de 20 de março de 2020. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=15825>. Acesso em 6/04/2022.
5. Galea MD. Telemedicine in Rehabilitation. *Phys Med Rehabil Clin N Am.* 2019;30(2):473-483. doi:10.1016/j.pmr.2018.12.002.
6. Rabatin AE, Lynch ME, Severson MC, Brandenburg JE, Driscoll SW. Pediatric telerehabilitation medicine: Making your virtual visits efficient, effective and fun. *J Pediatr Rehabil Med.* 2020;13(3):355-370. doi:10.3233/PRM-200748.
7. Camden C, Pratte 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. *Disabil Rehabil.* 2020;42(24):3424-3436. doi:10.1080/09638288.2019.1595750.
8. Grumi S, Provenzi L, Gardani A, Aramini V, Dargenio E, Naboni C, Vacchini V, et al. Rehabilitation services lockdown during the COVID-19 emergency: the mental health response of caregivers of children with neurodevelopmental disabilities. *Disabil Rehabil.* 2021;43(1):27-32. doi:10.1080/09638288.2020.1842520.
9. Provenzi L, Grumi S, Gardani A, Aramini V, Dargenio E, Naboni C, Vacchini V, et al. Italian parents welcomed a telehealth family-centred rehabilitation programme for children with disability during COVID-19 lockdown. *Acta Paediatr.* 2021;110(1):194-196. doi:10.1111/apa.15636.
10. Alonazi A. Effectiveness and Acceptability of Telerehabilitation in Physical Therapy during COVID-19 in Children: Findings of a Systematic Review. *Children (Basel).* 2021;8(12):1101. doi:10.3390/children8121101.
11. Carpenter C, Suto M. Qualitative Research for Occupational and Physical Therapists: A Practical Guide. 1.ed. Wiley-Blackwell; 2008.

12. Pereira DG, Santos JN, Tsopanoglou SP, Lima MF, Costa LB, Morais RL, Oliveira VC. Environmental and personal factors that explain functional abilities and caregiver assistance on children aged 6 to 18 months: a cross-sectional study. *Motriz: The J of Phys Educat UNESP*. 2021; 27.
13. Projecto AHMED. Oportunidades de estimulação motora na casa familiar. (Affordances in the home environment for motor development) AHMED Calculador: VPbeta1.6. Disponível em: http://www.ese.ipvc.pt/dmh/AHEDM/pt/ahemd_6pt.htm. Acesso em 03/11/2021.
14. Bardin L. Análise de Conteúdo/ Laurence Bardin: tradução Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016. Disponível em: <https://madmunifacs.files.wordpress.com/2016/08/an-c3a1lise-de-contec3bado-laurence-bardin.pdf>. Acesso em 02/02/2022.
15. Gaya A. *Ciência do Movimento Humano: Introdução à Metodologia da Pesquisa*. Porto Alegre: Artmed; 2008.
16. Novak I, Morgan C, Adde L, Blackman J, Boyd RN, Brunstrom-Hernandez J, Cioni G et al. Early, Accurate Diagnosis and Early Intervention in Cerebral Palsy: Advances in Diagnosis and Treatment. *JAMA Pediatr*. 2017;171(9):897-907. doi:10.1001/jamapediatrics.2017.1689.
17. Hadders-Algra M. Early Diagnostics and Early Intervention in Neurodevelopmental Disorders-Age-Dependent Challenges and Opportunities. *J Clin Med*. 2021;10(4):861. doi:10.3390/jcm10040861.
18. Chung EH, Chou J, Brown KA. Neurodevelopmental outcomes of preterm infants: a recent literature review. *Transl Pediatr*. 2020;9(Suppl 1):S3-S8. doi:10.21037/tp.2019.09.10
19. Sanchez K, Boyce JO, Mei C, São João M, Smith J, Leembruggen L, Mills S, et al. Communication in children born very preterm: a prospective cohort study. *Dev Med Child Neurol*. 2020;62(4):506-512. doi:10.1111/dmcn.14360.
20. Valentini NC, de Almeida CS, Smith BA. Effectiveness of a home-based early cognitive-motor intervention provided in daycare, home care, and foster care settings: Changes in motor development and context affordances. *Early Hum Dev*. 2020;151:105223. doi:10.1016/j.earlhumdev.2020.105223.
21. Joseph RM, O'Shea TM, Allred EN, Heeren T, Kuban KK. Maternal educational status at birth, maternal educational advancement, and neurocognitive outcomes at age 10 years among children born extremely preterm. *Pediatr Res*. 2018;83(4):767-777. doi:10.1038/pr.2017.267.
22. Noble KG, Houston SM, Brito NH, Bartsch H, Kan E, Kuperman JM, Akshoomoff N, et al. Family income, parental education and brain structure in children and adolescents. *Nat Neurosci*. 2015;18(5):773-778. doi:10.1038/nn.3983.
23. Tanner K, Bican R, Boster J, Christensen C, Coffman C, Kristin Fallieras K, Long R, et al. Feasibility and Acceptability of Clinical Pediatric Telerehabilitation Services. *Int J Telerehabil*. 2020;12(2):43-52. doi:10.5195/ijt.2020.6336.
24. Krasovsky T, Silberg T, Barak S, Eisenstein E, Erez N, Feldman I, Dafna Guttman D, et al. Transition to Multidisciplinary Pediatric Telerehabilitation during the COVID-19 Pandemic: Strategy Development and Implementation. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(4):1484. doi:10.3390/ijerph18041484.
25. Hsu N, Monasterio E, Rolin O. Telehealth in Pediatric Rehabilitation. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2021;32(2):307-317. doi:10.1016/j.pmr.2020.12.010.
26. Vilaseca R, Ferrer F, Rivero M, Bersabé RM. Early Intervention Services During the COVID-19 Pandemic in Spain: Toward a Model of Family-Centered Practices. *Front Psychol*. 2021;12:738463. doi:10.3389/fpsyg.2021.738463.
27. Dhiman S, Sahu PK, Reed WR, Ganesh GS, Goyal RK, Jain S. Impact of COVID-19 outbreak on mental health and perceived strain among caregivers tending children with special needs. *Res Dev Disabil*. 2020;107:103790. doi:10.1016/j.ridd.2020.103790.
28. Leochico CFD, Espiritu AI, Ignacio SD, Mojica JAP. Challenges to the Emergence of Telerehabilitation in a Developing Country: A Systematic Review. *Front Neurol*. 2020;11:1007. doi:10.3389/fneur.2020.01007.
29. Albahrouh SI, Buabbas AJ. Physiotherapists' perceptions of and willingness to use telerehabilitation in Kuwait during the COVID-19 pandemic. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2021;21(1):122. doi:10.1186/s12911-021-01478-x.
30. Bican R, Christensen C, Fallieras K, Sagester G, O'Rourke S, Byars M, Tanner K. Rapid Implementation of Telerehabilitation for Pediatric Patients During Covid-19. *Int J Telerehabil*. 2021;13(1):e6386. doi:10.5195/ijt.2021.6371.