

# Fisioterapia extra-hospitalar durante a pandemia: a visão e o posicionamento dos profissionais

*Out-of-hospital physical therapy during pandemic: the vision and positioning of professionals*

*Fisioterapia extrahospitalaria durante la pandemia: la visión y el posicionamiento de los profesionales*

Alexandra Madeira<sup>1</sup>, Letícia Salvaro<sup>2</sup>, Taís Justo<sup>3</sup>, Willians Cassiano Longen<sup>4</sup>

**RESUMO** | A pandemia da COVID-19 provocou momentos atípicos para a população. A fim de promover medidas de controle da disseminação viral, decretos emitidos pelos diversos níveis governamentais indicaram serviços essenciais e não essenciais que poderiam permanecer em funcionamento no Brasil durante determinado período. A fisioterapia extra-hospitalar foi considerada não essencial. O artigo tem como objetivo verificar se a fisioterapia no âmbito da atuação extra-hospitalar é considerada um serviço essencial, na visão de fisioterapeutas, durante os períodos de crises humanitárias, a exemplo da pandemia causada pela COVID-19, e identificar os tipos de procedimentos assistenciais executados. Para isso, foi realizada pesquisa transversal, quantitativa e descritiva do tipo survey com análise descritiva. Realizada por meio de um questionário eletrônico publicado nos sites dos Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (Crefito) do Paraná, de Santa Catarina, e do Rio Grande do Sul (respectivamente, Crefito 8, 10 e 5). Nos resultados, foi observado que 78% dos voluntários são do sexo feminino, sendo que 44% estão registrados no Crefito 8, 40% são fisioterapeutas do Crefito 5, 16% são registrados no Crefito 10 e 100% da amostra considerou a fisioterapia extra-hospitalar um serviço essencial. Em relação ao grau de formação, 70% dos profissionais que responderam possuem pós-graduação lato-sensu e 54% atuam em estabelecimentos privados. Durante o decreto de serviços essenciais, 56% dos profissionais não atuaram. Com isso, conclui-se que a fisioterapia extra-hospitalar

é essencial em crises pandêmicas. Além de dar início e proporcionar continuidade ao tratamento do paciente, evita visitas desnecessárias aos hospitais.

**Descritores** | Pandemias; Fisioterapeutas; Isolamento Social.

**ABSTRACT** | The COVID-19 pandemic caused atypical moments for the population. In Brazil, to promote measures to control viral dissemination, Decrees issued by several government levels indicated the essential and non-essential services that could remain in operation during a certain period. Out-of-hospital physical therapy was considered nonessential. This article aims to verify whether physical therapists consider the practice of out-of-hospital physical therapy as an essential service during periods of humanitarian crises, such as the COVID-19 pandemic. Additionally, we aim to identify the types of care procedures performed during this period. We performed a cross-sectional, quantitative, and descriptive survey with descriptive analysis, conducted by an electronic questionnaire published on the websites of the Regional Councils of Physical Therapy and Occupational Therapy (CREFITO's) of Paraná – CREFITO 8, Santa Catarina – CREFITO 10, and Rio Grande do Sul – CREFITO 5. 78% of the volunteers are female, and 44% are registered in CREFITO 8, 40% are physical therapist of CREFITO 5, 16% are registered in CREFITO 10, and 100% of the sample considered out-of-hospital physical therapy an essential service. Regarding the schooling level, 70% have a graduate degree and 54% work in private establishments. During the decree of essential services, 56% of the professionals did not practice. Out-of-hospital

<sup>1</sup>Universidade do Extremo Sul Catarinense (Unesc) – Criciúma (SC), Brasil. E-mail: alexandramadeira@gmail.com. ORCID-0000-0003-1685-7597

<sup>2</sup>Universidade do Extremo Sul Catarinense (Unesc) – Criciúma (SC), Brasil. E-mail: leticia.sfernandes@outlook.com. ORCID-0000-0003-0634-1159

<sup>3</sup>Universidade do Extremo Sul Catarinense (Unesc) – Criciúma (SC), Brasil. E-mail: taissparrejusto@gmail.com. ORCID-0000-0002-0731-4294

<sup>4</sup>Universidade do Extremo Sul Catarinense (Unesc) – Criciúma (SC), Brasil. E-mail: wcl@unesc.net. ORCID-0000-0001-8336-2311

physical therapy is essential in pandemic crises. In addition to providing initiation and continuity to patient treatment, it avoids unnecessary visits to hospitals.

**Keywords** | Pandemics; Physical Therapists; Social Isolation.

**RESUMEN** | La pandemia del COVID-19 provocó momentos atípicos para la población de todo el mundo. Con el fin de promover medidas para evitar la propagación del virus por Brasil, los decretos emitidos por los gobiernos indicaron servicios esenciales y no esenciales que podrían permanecer en funcionamiento por determinado periodo. La fisioterapia extrahospitalaria se consideró no esencial. Este artículo tiene por objetivo verificar si los profesionales consideran la fisioterapia en el contexto de la acción extrahospitalaria como un servicio esencial durante periodos de crisis humanitaria, como la pandemia provocada por el COVID-19, así como identificar los tipos de procedimientos asistenciales realizados. Para ello, se realizó una investigación

transversal, cuantitativa y descriptiva, del tipo encuesta, con análisis descriptivo. Se usó un cuestionario electrónico publicado en los sitios web de los Consejos Regionales de Fisioterapia y Terapia Ocupacional (Crefito) de Paraná, de Santa Catarina y de Rio Grande do Sul (Crefito 8, 10 y 5, respectivamente). Los resultados indican que el 78% de los voluntarios son mujeres, el 44% están registrados en Crefito 8, el 40% son fisioterapeutas en Crefito 5, el 16% están registrados en Crefito 10, y el 100% de la muestra considera la fisioterapeuta extrahospitalaria un servicio esencial. En cuanto al nivel educativo, el 70% de los profesionales que respondieron tiene posgrado lato-sensu y el 54% trabajan en establecimientos privados. Durante el decreto sobre servicios esenciales, el 56% de los profesionales no trabajaban. Esto permite concluir que la fisioterapia extrahospitalaria es fundamental en crisis pandémicas. Además de iniciar y dar continuidad al tratamiento del paciente, evita que este vaya a hospitales sin necesidad.

**Palabras clave** | Pandemias; Fisioterapeutas; Aislamiento Social.

## INTRODUÇÃO

Desde dezembro de 2019, uma série de casos inexplicáveis do que se pensava ser pneumonia foi relatada na cidade de Wuhan, na China. Em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a epidemia de 2019-nCoV como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII)<sup>1</sup>. Na Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020, o Brasil declarou Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional, em decorrência da infecção humana pelo SARS-Cov-2<sup>2,3</sup>.

O governo nacional criou a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que dispõe sobre medidas ao enfrentamento da ESPII decorrente do coronavírus<sup>4</sup>. O presidente da república tratou dos serviços públicos e as atividades essenciais no Decreto nº 10.282, de 20 de março de 2020, para garantir a aquisição de bens, serviços e insumos destinados ao enfrentamento da pandemia e promover o distanciamento social<sup>5</sup>. Em seguida, cada estado atuou de acordo com seus dados epidemiológicos, determinando o fechamento e a abertura dos serviços essenciais e não essenciais.

Diante disso, a fisioterapia foi considerada um serviço não essencial, exceto a fisioterapia hospitalar e de terapia intensiva, conseqüentemente o estado de Santa Catarina proibiu a atuação do profissional pelo Decreto nº 515, de 17 de março de 2020; seguido pelo Rio Grande do Sul,

com o Decreto nº 55.130, de 20 de março de 2020 e, por fim, o estado do Paraná, pelo Decreto nº 4.317, de 21 de março de 2020<sup>6-8</sup>. Após algumas semanas, os estados decidiram viabilizar a abertura dos serviços não essenciais e o serviço de fisioterapia extra-hospitalar voltou a funcionar em Santa Catarina pela Portaria nº 223, de 5 de abril de 2020, no Rio Grande do Sul pela Portaria nº 274, de 24 de abril de 2020, e no Paraná, a capital Curitiba publicou o Decreto nº 470, de 26 de março de 2020, permitindo tais serviços<sup>9-11</sup>.

A fisioterapia foi regulamentada como profissão de nível superior em 13 de outubro de 1969, pelo Decreto-Lei nº 938. O fisioterapeuta executa métodos e técnicas com objetivo de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente. Sendo assim, a atuação do profissional é fundamental em todo o processo saúde-doença<sup>12</sup>. O artigo 196 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 indica que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos<sup>13</sup>.

Sendo assim, um caminho a ser discutido de forma mais aprofundada pela fisioterapia, incluindo os grupos de profissionais de seus locais de trabalho, as associações loco regionais de fisioterapeutas, as associações de especialidades, bem como o Sistema dos Conselhos Regionais e Federal, é acerca do melhor entendimento

do quão importante é essa área, e do que é essencial em fisioterapia para a cobertura da assistência necessária para a população e as fronteiras dos limites de atuação do profissional fisioterapeuta em momentos críticos. Nesse sentido, o objetivo deste estudo foi verificar se a fisioterapia no âmbito da atuação extra-hospitalar é considerada um serviço essencial, na visão de fisioterapeutas, durante os períodos de crises humanitárias, a exemplo da pandemia causada pela COVID-19, e identificar os tipos de procedimentos assistenciais executados.

## METODOLOGIA

A pesquisa ocorreu nos princípios éticos, com base na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Foi assinado o termo de confidencialidade para preservar a privacidade e o anonimato dos sujeitos com relação a toda informação.

Trata-se de estudo transversal, quantitativo e descritivo do tipo *survey* com análise descritiva, realizado por meio de um questionário eletrônico publicado nos sites dos Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (Crefito) do Paraná (Crefito-8), de Santa Catarina (Crefito-10) e do Rio Grande do Sul (Crefito-5).

No estudo foram incluídos profissionais das três capitais dos estados da região sul do Brasil que estavam regularmente inscritos em seus Crefito no ano de 2020 e, especialmente, que se voluntariaram para participar da pesquisa por meio da assinatura eletrônica do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Conforme os dados estatísticos do Crefito-8, a capital Curitiba registra 4.077 profissionais, o Crefito-10, em Florianópolis, conta com 1.547 fisioterapeutas e o Crefito-5 encerra 3.665 registros na capital Porto Alegre. A exatidão da atuação dos profissionais não conta com um mecanismo de controle, como os organismos formais de registro, por exemplo, o e-Social, o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), ou o Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (Caged), entre outros, que poderiam servir de base para pesquisas. Esses órgãos registram apenas o espectro de trabalhadores formais, no entanto a grande maioria dos profissionais fisioterapeutas, a exemplo de muitos da área da saúde, atuam como profissionais liberais.

O questionário proposto nesta pesquisa foi respondido por 50 voluntários(as) fisioterapeutas. Tal alcance amostral representa a totalidade plena de 9.289 profissionais fisioterapeutas das três capitais, sem distinção de atuação hospitalar ou extra-hospitalar, por não existirem dados precisos a respeito, considerando um erro amostral de

10% e um nível de confiança de 90%. Isso significa que se estima que a cada 1.000 fisioterapeutas entrevistados, 900 demonstrem as características aqui expressas.

O levantamento foi realizado por meio de um formulário produzido com o Google Forms, cujo link foi postado nas páginas e redes sociais dos Crefito. Na primeira seção do Google Forms foi apresentado o TCLE. Na segunda seção do formulário, se iniciava o instrumento de pesquisa, composto por 18 perguntas, sendo nove de resposta única e nove de resposta múltipla.

Os dados coletados foram analisados com auxílio do software IBM Statistical Package for the Social Science (SPSS) versão 22.0. As variáveis qualitativas foram expressas por meio de frequência e porcentagem. Todos os resultados foram expressos por meio de tabelas e/ou gráficos. Os testes estatísticos foram realizados com um nível de significância  $\alpha=0,05$  e, portanto, confiança de 95%. A investigação da existência de associação entre as variáveis qualitativas foi realizada por meio da aplicação dos testes razão de verossimilhança e exato de Fisher.

## RESULTADOS

Tabela 1. Características da amostra

	n (%)
	n=50
Sexo	
Feminino	39 (78,0)
Masculino	11 (22,0)
Crefito	
Crefito-8 (PR)	22 (44,0)
Crefito-10 (SC)	8 (16,0)
Crefito-5 (RS)	20 (40,0)
Tempo de formação (anos)	
Até 5	9 (18,0)
De 5 a 10	9 (18,0)
De 10 a 20	14 (28,0)
Acima de 20	18 (36,0)
Outras formações	
Aperfeiçoamento	23 (46,0)
Especialização	35 (70,0)
Mestrado	11 (22,0)
Doutorado/Pós-Doutorado	4 (8,0)
Não	3 (6,0)

(continua)

Tabela 1. Continuação

	n (%)
	n=50
Área(s) de atuação	
Traumato-Ortopédica	28 (56,0)
Respiratória	18 (36,0)
Neurofuncional	15 (30,0)
Oncológica	12 (24,0)
Terapia Intensiva	12 (24,0)
Hospitalar	12 (24,0)
Gerontologia	10 (20,0)
Esportiva	6 (12,0)
Do trabalho	6 (12,0)
Cardiovascular	5 (10,0)
Dermatofuncional	5 (10,0)
Saúde da Mulher	3 (6,0)
Acupuntura	3 (6,0)
Aquática	3 (6,0)
Osteopatia	2 (4,0)
Outros	9 (18,0)
Renda salarial (mensal)	
De 1 a 2 salários	2 (4,0)
De 3 a 5 salários	14 (28,0)
Mais de 5 salários	34 (68,0)

Fonte: dados da pesquisa (2020).

A amostra foi composta por 50 participantes, dos quais 39 são do sexo feminino e 11 do sexo masculino. Quando questionados sobre a região de atuação, observou-se que 22 atuam na região do Crefito-8, 20 na região do Crefito-5 e oito na região do Crefito-10. Essas e outras características podem ser observadas na Tabela 1.

Sobre o vínculo do trabalho, 27 (54%) fisioterapeutas atuam em vínculo privado, 32 (64%) profissionais são autônomos e 31 (62%) empregados. Na visão de toda a amostra, a fisioterapia extra-hospitalar é considerada um serviço essencial a ser mantido durante os decretos de serviços essenciais e não essenciais, sendo que 29 (58%) profissionais acreditam que todas as áreas da profissão deveriam trabalhar durante o decreto (Tabela 2).

A respeito das especialidades, 18 (36%) profissionais acreditam que as fisioterapias respiratória e neurofuncional deveriam trabalhar nos períodos em que somente serviços essenciais foram mantidos. Quando questionados sobre terem participado de ações durante a pandemia, 22 (44%) relatam não ter participado de

nenhuma ação e 17 (34%) profissionais prestaram orientações à população (Tabela 2).

Tabela 2. Retrato sobre o trabalho, a essencialidade e a participação em ações durante a pandemia

	n (%)
	n=50
Vínculo do trabalho	
Privado	27 (54,0)
Privado e público	12 (24,0)
Público	11 (22,0)
Relação de trabalho	
Autônomo	32 (64,0)
Empregado	31 (62,0)
Empregador	3 (6,0)
Percebem a fisioterapia extra-hospitalar como serviço essencial	50 (100,0)
Percebem como especialidades que deveriam atuar nos períodos em que somente os serviços tidos como essenciais foram mantidos	
Respiratória	18 (36,0)
Neurofuncional	18 (36,0)
Cardiovascular	17 (34,0)
Gerontologia	16 (32,0)
Traumato-Ortopédica	16 (32,0)
Oncológica	15 (30,0)
Acupuntura	12 (24,0)
Saúde da Mulher	10 (20,0)
Do trabalho	10 (20,0)
Osteopatia	8 (16,0)
Quiropraxia	6 (12,0)
Esportiva	3 (6,0)
Aquática	1 (2,0)
Todas	29 (58,0)
Participação em ações na saúde durante a pandemia	
Orientações à população	17 (34,0)
Triagens	7 (14,0)
Campanha de vacinação	2 (4,0)
Outras	9 (18,0)
Não participou	22 (44,0)

Fonte: dados da pesquisa (2020).

O Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (Coffito) autorizou o uso de tecnologia nas modalidades de teleconsulta, teleconsultoria e telemonitoramento para realização de atendimentos durante o tempo de vigor do decreto, em que foram mantidos somente os serviços essenciais, lembrando que o serviço de fisioterapia extra-hospitalar foi considerado não essencial. Dos entrevistados, 25 (50%) profissionais não fizeram uso desses recursos e

16 (32%) utilizaram a modalidade de telemonitoramento. Esses novos meios foram empregados principalmente pela especialidade de fisioterapia traumato-ortopédica (Tabela 3).

Sobre a atuação de forma presencial durante o decreto, 22 (44%) fisioterapeutas afirmaram ter atuado diretamente com a fisioterapia de forma extra-hospitalar e as principais áreas de atuação foram fisioterapia respiratória, neurofuncional e traumato-ortopédica (Tabela 3).

Tabela 3. Tipos de tecnologias utilizadas e assistência fisioterapêutica durante o decreto de serviços essenciais

	n (%) n=50
Uso de tecnologias remotas	
Para teleconsulta	12 (24,0)
Para teleconsultoria	8 (16,0)
Para telemonitoramento	16 (32,0)
Não utiliza tecnologias	25 (50,0)
Área em que atuou com tecnologias remotas	
Traumato-Ortopédica	12 (24,0)
Neurofuncional	5 (10,0)
Respiratória	4 (8,0)
Gerontologia	4 (8,0)
Do trabalho	2 (4,0)
Oncológica	2 (4,0)
Esportiva	1 (2,0)
Saúde da Mulher	1 (2,0)
Dermatofuncional	1 (2,0)
Terapia Intensiva	1 (2,0)
Outros	5 (10,0)
Atuação com a fisioterapia extra-hospitalar durante o decreto	
Sim	22 (44,0)
Não	28 (56,0)
Assistência prestada	
Respiratória	11 (22,0)
Neurofuncional	9 (18,0)
Traumato-Ortopédica	9 (18,0)
Oncológica	8 (16,0)
Terapia Intensiva	7 (14,0)
Gerontologia	5 (10,0)
Cardiovascular	2 (4,0)
Do trabalho	2 (4,0)
Osteopatia	2 (4,0)
Acupuntura	2 (4,0)
Esportiva	1 (2,0)
Outras	4 (8,0)

Fonte: dados da pesquisa (2020).

Tabela 4. Medidas de higiene e atuação fisioterapêutica durante o início da pandemia da COVID-19

	n (%) n=50
Medidas de higiene e segurança adotadas	
Álcool em gel	28 (56,0)
Higiene das mãos	27 (54,0)
Uso de máscara	27 (54,0)
Limpeza frequente do local de trabalho	26 (52,0)
Uso de jaleco	23 (46,0)
Uso de luvas	20 (40,0)
Distanciamento social	19 (38,0)
Etiqueta da tosse	18 (36,0)
Horários marcados com pouca aglomeração	17 (34,0)
Uso de propé	15 (30,0)
Uso de touca	14 (28,0)
Tempo sem trabalhar no período inicial da pandemia da COVID-19	
1 semana	5 (22,7)
1 a 2 semanas	5 (22,7)
2 a 3 semanas	6 (27,3)
Mais de 4 semanas	6 (27,3)
Não fiquei sem trabalhar nesse período	28 (56,0)

Fonte: dados da pesquisa (2020).

Foram realizados cruzamentos de vários aspectos, a exemplo de locais de atuação, tempo de formação, renda mensal e áreas de atuação profissional, todas com atuação ou não atuação durante o decreto de manutenção somente de serviços essenciais, sendo que nenhuma dessas características profissionais apresentaram relação estatística significativa (Tabela 5).

Chamou a atenção neste estudo (Tabela 5) que independente do perfil de atuação profissional envolvendo tempo de formação e áreas de atuação, bem como renda dos profissionais voluntários no estudo, não houve influência na decisão direta de realizar o trabalho específico com a fisioterapia no período em que somente os trabalhos essenciais estiveram mantidos. Em paralelo, a totalidade dos profissionais, sem distinção de perfis, entende que deveria poder trabalhar e estar atuando, pois vislumbram sua profissão como um serviço essencial.



Tabela 5. Análises de associações entre registro profissional, tempo de formação, renda salarial e áreas de atuação com a atuação durante o decreto de atividades essenciais

	Atuação na pandemia, n (%)		Valor-p
	Sim	Não	
	n=22	n=28	
Crefito			
Crefito-8	10 (45,5)	12 (42,9)	0,460 <sup>†</sup>
Crefito-10	2 (9,1)	6 (21,4)	
Crefito-5	10 (45,5)	10 (35,7)	
Tempo de formação (anos)			
Até 5	3 (13,6)	6 (21,4)	0,609 <sup>†</sup>
De 5 a 10	3 (13,6)	6 (21,4)	
De 10 a 20	6 (27,3)	8 (28,6)	
Acima de 20	10 (45,5)	8 (28,6)	
Renda mensal			
De 1 a 2 salários	1 (4,5)	1 (3,6)	0,380 <sup>†</sup>
De 3 a 5 salários	4 (18,2)	10 (35,7)	
Mais de 5 salários	17 (77,3)	17 (60,7)	
Área de atuação			
Traumato-Ortopédica	13 (59,1)	15 (53,6)	0,778 <sup>††</sup>
Respiratória	8 (36,4)	10 (35,7)	0,999 <sup>††</sup>
Neurofuncional	9 (40,9)	6 (21,4)	0,214 <sup>††</sup>
Oncológica	3 (13,6)	9 (32,1)	0,186 <sup>††</sup>
Terapia Intensiva	4 (18,2)	8 (28,6)	0,512 <sup>††</sup>
Hospitalar	6 (27,3)	6 (21,4)	0,743 <sup>††</sup>
Gerontologia	7 (31,8)	3 (10,7)	0,084 <sup>††</sup>
Esportiva	3 (13,6)	3 (10,7)	0,999 <sup>††</sup>
Do trabalho	3 (13,6)	3 (10,7)	0,999 <sup>††</sup>
Cardiovascular	4 (18,2)	1 (3,6)	0,155 <sup>††</sup>
Dermatofuncional	1 (4,5)	4 (14,3)	0,368 <sup>††</sup>
Saúde da Mulher	2 (9,1)	1 (3,6)	0,576 <sup>††</sup>
Acupuntura	2 (9,1)	1 (3,6)	0,576 <sup>††</sup>
Aquática	1 (4,5)	2 (7,1)	0,999 <sup>††</sup>
Osteopatia	1 (4,5)	1 (3,6)	0,999 <sup>††</sup>
Outros	4 (18,2)	5 (17,9)	0,999 <sup>††</sup>

Fonte: dados da pesquisa (2020).

<sup>†</sup>Valor obtido após aplicação do teste razão de verossimilhança; <sup>††</sup>valor obtido após aplicação do teste exato de Fisher.

## DISCUSSÃO

Foi possível observar (Tabelas 2 e 3) a percepção dos fisioterapeutas a respeito da essencialidade da fisioterapia durante pandemias e a atuação dos profissionais nos períodos dos decretos de serviços essenciais, considerando que a fisioterapia extra-hospitalar não foi enquadrada como atividade essencial<sup>14</sup>.

Toda a amostra presente neste estudo considerou que a fisioterapia extra-hospitalar, durante a pandemia, deveria ser considerada como um serviço essencial. Além disso, grande parte da amostra relatou participar de ações de saúde durante a pandemia, fornecendo orientações e informações para a população.

A Resolução Coffito n° 424, de 8 de julho de 2013, que estabelece o Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia, expõe os deveres do fisioterapeuta. De acordo com o artigo 4º, o artigo 9º, inciso V, o artigo 10º, inciso I, e o artigo 15º, inciso I e II:

Artigo 4º – O fisioterapeuta presta assistência ao ser humano, tanto no plano individual quanto coletivo, participando da promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e recuperação da sua saúde e cuidados paliativos, sempre tendo em vista a qualidade de vida, sem discriminação de qualquer forma ou pretexto, segundo os princípios do sistema de saúde vigente no Brasil. (...) Artigo 9º – Constituem-se deveres fundamentais do fisioterapeuta, segundo sua área e atribuição específica: (...) V – Colocar seus serviços profissionais à disposição da comunidade em caso de guerra, catástrofe, epidemia ou crise social, sem pleitear vantagem pessoal incompatível com o princípio de bioética de justiça. (...)

Artigo 10º – É proibido ao fisioterapeuta:

I – Negar a assistência ao ser humano ou à coletividade em caso de indubitável urgência. (...)

Artigo 15º – É proibido ao fisioterapeuta:

I – Abandonar o cliente/paciente/usuário em meio a tratamento, sem a garantia de continuidade de assistência, salvo por motivo relevante;

II – Dar consulta ou prescrever tratamento fisioterapêutico de forma não presencial, salvo em casos regulamentados pelo Conselho Federal de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional<sup>15</sup>.

Considerando a gravidade e a rapidez com que o coronavírus se espalhou em diversos países e no Brasil, durante o enfrentamento da pandemia o Coffito permitiu a Resolução n° 516, de 20 de março de 2020, que previu a suspensão temporária do artigo 15, inciso II da Resolução n° 424/2013, supracitada anteriormente, estabelecendo outras providências durante o enfrentamento da crise provocada pela pandemia da COVID-19, permitindo o atendimento não presencial nas modalidades teleconsulta, teleconsultoria e telemonitoramento. Especificamente no artigo 2º, expõe a definição de cada modalidade de atendimento não presencial e concede autonomia

ao profissional para decidir quais pacientes podem ser atendidos à distância<sup>16</sup>.

Nesta pesquisa, toda a amostra teve a percepção de que a atuação da fisioterapia extra-hospitalar é um serviço essencial (Tabela 2). A American Physical Therapy Association (APTA) apoiou a prestação de cuidados de fisioterapia domiciliar e comunitária, considerada fisioterapia extra-hospitalar, para pacientes que podem ser prejudicados por atrasos ou cancelamento de sessões de terapia<sup>17</sup>.

Uma pesquisa realizada nos Estados Unidos descreveu que no período em que a federação executou estratégias para reduzir a propagação da COVID-19, com recomendações de distanciamento social em vigor nacionalmente e a maioria dos estados implementando ordens de permanência em casa ainda mais rígidas e que limitam viagens relacionadas ao trabalho fora de casa apenas para aqueles que realizam trabalhos essenciais, os fisioterapeutas foram considerados trabalhadores essenciais sob as diretrizes estaduais e federais<sup>18</sup>.

A respeito da abertura e do fechamento de clínicas e consultórios, o conselho afirma que isso cabe aos órgãos de vigilância sanitária e de gestão em saúde nas esferas estadual, municipal ou federal, respeitando e cumprindo as recomendações do Ministério da Saúde e demais autoridades sanitárias, ressaltando-se que o conselho não proibiu atividades em clínicas e consultórios. Por fim, quando verificada a possibilidade de o atendimento remoto acarretar complicações cardiorrespiratórias e vasculares, perdas importantes da capacidade funcional e riscos de agravamento, levando o paciente a procurar atendimento hospitalar, conclui-se que a modalidade presencial deve ser mantida<sup>19</sup>.

Há evidências emergentes de que os fisioterapeutas agregam valor, especialmente considerando que muitas visitas aos hospitais são para tratar de lesões musculoesqueléticas e, na população idosa, essas visitas podem provocar quedas e/ou problemas de deambulação. Os fisioterapeutas também podem lidar com outras condições em tempo de crises humanitárias, como a vertigem posicional paroxística benigna (VPPB), que tem ocorrência alta no pronto-socorro. Com o acompanhamento a domicílio para evitar quedas e lesões recorrentes, a ida a um pronto-socorro poderia ser evitada. Além disso, envolver fisioterapeutas nas transições de cuidados pode ajudar a reduzir as revisitas nos prontos-socorros e em internações hospitalares<sup>20</sup>.

Um artigo relata que uma das maiores preocupações durante a pandemia é a capacidade dos hospitais em lidar com um aumento repentino de pacientes infectados

e, ao mesmo tempo, cuidar de pacientes com doenças não infecciosas ou lesões traumáticas. Além disso, os atendimentos domiciliares podem prevenir a falta de recursos e insumos nos centros de emergências<sup>21</sup>.

Abdicar dessas funções essenciais, permitir que a fisioterapia seja designada como não essencial, e as intervenções fisioterapêuticas urgentemente necessárias sejam consideradas opcionais em um momento de crise pode prejudicar desproporcionalmente os pacientes mais vulneráveis e enviar uma mensagem preocupante aos pagadores e ao público em geral sobre o valor dos fisioterapeutas<sup>22</sup>.

Nesta pesquisa, 28 fisioterapeutas prestaram assistência fisioterapêutica durante o decreto de serviços essenciais e não essenciais e 22 profissionais ficaram algum período sem atuar (Tabela 4). Uma pesquisa aponta que com muitas clínicas de fisioterapia fechadas ou experimentando reduções substanciais de volume, pode haver oportunidades para desenvolver modelos inovadores de atendimento domiciliar ou clínico para problemas musculoesqueléticos urgentes que aumentam a disponibilidade da equipe. Além disso, relata que os fisioterapeutas são treinados para ser o primeiro ponto de contato no sistema de saúde, e fechar completamente as clínicas e consultórios é definir a reabilitação como não essencial<sup>23</sup>.

Nesta pesquisa, 25 voluntários afirmaram que não fizeram uso das tecnologias durante o decreto de serviços essenciais e não essenciais (Tabela 3). Um artigo publicado recomenda a presença de telemedicina e reabilitação para promover e manter a alta protegida do ambiente hospitalar, monitorar pacientes em quarentena e garantir a continuidade dos cuidados para pacientes com e sem COVID-19. A mesma pesquisa descreve que as áreas de intervenção em reabilitação remota devem ser adaptadas ao estado funcional do sujeito, sendo: o treino cognitivo, a mobilidade, o treino de resistência e o treino de marcha. Afirma ainda que estão desenvolvendo um aplicativo de baixo custo para o acompanhamento remoto de pacientes, contendo exercícios de reabilitação cognitiva e motora que podem beneficiar sua recuperação<sup>24</sup>.

Uma pesquisa aponta que o uso de tecnologias é útil para compartilhar casos clínicos complexos com hospitais e clínicas, evitando viagens desnecessárias do paciente<sup>25</sup>. Um estudo relata que na reabilitação respiratória, as tecnologias são úteis para o monitoramento remoto dos exercícios, que podem ser realizados on-line e off-line, e para monitorar os sinais vitais e parâmetros cardiovasculares<sup>26</sup>. Para a reabilitação cognitiva e motora, as modalidades tecnológicas devem ser adaptadas a cada caso clínico, sendo que a reabilitação motora de forma remota é

especialmente recomendada para pacientes que apresentam poucas perdas de atividades de vida diária (AVD)<sup>26,27</sup>.

Nesta pesquisa, todos os fisioterapeutas que atuaram durante o decreto relataram que fizeram uso de mais de um equipamento de proteção individual (EPI) e de medidas de higiene (Tabela 4). A Resolução Coffito nº 517, de 25 de março de 2020 incumbe aos profissionais, responsáveis técnicos, e/ou coordenadores fisioterapeutas de cada Unidade de Saúde a atribuição de verificar e garantir que os fisioterapeutas tenham à sua disposição os EPIs necessários<sup>27</sup>.

Constatou-se (Tabela 5) que, independentemente do perfil de atuação profissional envolvendo o tempo de formação, áreas de atuação e a renda dos profissionais voluntários desta pesquisa, não houve influência na decisão direta de realizar o trabalho específico com a fisioterapia no período em que somente os trabalhos essenciais foram mantidos. Em paralelo, a totalidade dos profissionais, sem distinção dos seus perfis, entende que deveria atuar, pois entendem sua profissão como serviço essencial.

Fechar clínicas e consultórios para diminuir o risco de infecções por COVID-19 sem levar em consideração o impacto prejudicial das interrupções ou impedimento de início de tratamentos pode, paradoxalmente, aumentar outros riscos, como os de hospitalizações por quedas, fraturas, dores agudas, entre outras situações previsíveis induzidas pela pandemia e que possam ocorrer no dia a dia dos indivíduos. Se a relação risco e benefício não for considerada favorável, a assistência de fisioterapia em alguns casos pode ser executada de forma remota e os profissionais são assegurados por seus conselhos sobre tal atuação. Sabe-se que a opção de fazer uso de tecnologias não é viável para todos os pacientes e não é possível substituir ou prestar serviço remoto exclusivamente, pois pode exacerbar as desigualdades existentes no sistema. Essas abordagens em relação aos serviços de fisioterapia carecem de mais estudos, e discutir a assistência fisioterapêutica nos seus diferentes contextos parece ser essencial.

Um aspecto limitante deste estudo foi o número de profissionais respondentes à proposta de pesquisa, o que pode ter sofrido influência de vários aspectos, entre eles o momento pandêmico caracterizado pelo represamento de demandas de assistência fisioterapêutica após um período de maior distanciamento social e interrupção temporária dos serviços extra-hospitalares, bem como a dificuldade em fazer a informação sobre a pesquisa alcançar o público-alvo em função das restrições de acesso a dados pessoais inerentes aos órgãos representativos da profissão, que, por força de lei, têm restrições impeditivas.

## CONCLUSÃO

Os fisioterapeutas são capazes de analisar e decidir sobre riscos e benefícios de fornecer avaliações e intervenções face a face durante a pandemia de COVID-19. Esses profissionais participam em todo o processo de saúde e doença, contribuindo para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação.

A leitura de cenário governamental da fisioterapia como serviço não essencial envia uma mensagem preocupante para a população em geral no que diz respeito ao valor da assistência em saúde, prejudicando os pacientes que dependem do tratamento fisioterapêutico. Por meio do estudo percorrido, percebe-se a importância que a fisioterapia extra-hospitalar tem para a população, devendo ser considerada um serviço de saúde essencial, realizando procedimentos assistenciais com a devida utilização dos equipamentos de proteção durante a pandemia.

## REFERÊNCIAS

- Jin YH, Cai L, Cheng ZS, Cheng H, Deng T, Fan YP, et al. A rapid advice guideline for the diagnosis and treatment of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) infected pneumonia (standard version). *Mil Med Res*. 2020;7(4):1-23. doi: 10.1186/s40779-020-0233-6.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 188, de 3 de fevereiro de 2020: declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). *Diário Oficial da União*. 2020 Feb 4;11.
- Croda JHR, Garcia LP. Resposta imediata da vigilância em saúde à epidemia da COVID-19. *Epidemiol Serv Saude*. 2020;29(1):e2020002. doi: 10.5123/S1679-4974202000100021.
- Brasil. Lei n. 13.979, de 6 de fevereiro de 2020: dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. *Diário Oficial da União*. 2020 Feb 7;11.
- Brasil. Decreto n. 10.282, de 20 de março de 2020: regulamenta a Lei n. 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para definir os serviços públicos e as atividades essenciais. *Diário Oficial da União*. 2020 Feb 21;11.
- Santa Catarina. Decreto n. 515, de 17 de março de 2020: declara situação de emergência em todo o território catarinense, nos termos de COBRADE n. 1.5.1.1.0 – doenças infecciosas virais, para fins de prevenção e enfrentamento à COVID-19, e estabelece outras providências. *Diário Oficial do Estado de Santa Catarina*. 2020 Mar 17:1-3.
- Rio Grande do Sul. Decreto n. 55.130, de 20 de março de 2020: altera o decreto n. 55.128, de 19 de março de 2020, que declara situação de calamidade pública em todo território do Estado do Rio Grande do Sul para fins de prevenção e enfrentamento à epidemia causada pela COVID-19 (novo coronavírus), e dá



- outras providências. Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul. 2020 Mar 21;57:4.
8. Paraná. Decreto n. 4.317, de 21 de março de 2020: dispõe sobre as medidas para a iniciativa privada acerca do enfrentamento da emergência de saúde pública de importância decorrente da COVID-19. Diário Oficial do Estado do Paraná. 2020 Mar 21;10651:4.
  9. Santa Catarina. Secretária do Estado da Saúde. Portaria n. 223, de 5 de abril de 2020: autoriza, em todo o território catarinense, a partir de 6 de abril de 2020, a realização de atividades listadas nesta Portaria. Diário Oficial do Estado de Santa Catarina. 2020 Apr 5;21.238:1-2.
  10. Rio Grande do Sul. Secretária do Estado da Saúde. Portaria n. 274, de 24 de abril de 2020: regulamenta a realização de procedimentos eletivos pela rede de prestadores de serviços de saúde, SUS e PRIVADOS, no âmbito do Estado do Rio Grande do Sul, tais como hospitais, clínicas, consultórios, serviços de diagnóstico por imagens, serviços de óticas, laboratórios óticos, serviços de assistência e prótese odontológica. Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul. 2020 Apr 24;81:97-9.
  11. Paraná. Decreto n. 470, de 26 de março de 2020: estabelece medidas complementares para o enfrentamento da Emergência em Saúde Pública, decorrente do novo Coronavírus (Covid-19) e define os serviços públicos e as atividades essenciais que devem ser resguardados pelo Poder Público e pela iniciativa privada. Diário Oficial Municipal de Curitiba. 2020 Mar 26;57:53-8.
  12. Brasil. Decreto-lei n. 938, de 13 de outubro de 1969: o fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional, diplomados por escolas e cursos reconhecidos, são profissionais de nível superior. Diário Oficial da União. 1969 Oct 14;1:8658.
  13. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
  14. Shiwa SR, Schmitt ACB, João SMA. O fisioterapeuta do estado de São Paulo. *Fisioter Pesqui*. 2016;23(3):301-10. doi: 10.1590/1809-2950/16115523032016.
  15. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (BR). Resolução n. 424, de 8 de julho de 2013: estabelece o Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia. Diário Oficial da União. 2013 Aug 1;1:85-7.
  16. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (BR). Resolução n. 516, de 20 de março de 2020: dispõe sobre a suspensão temporária do Artigo 15, inciso II e Artigo 39 da Resolução COFFITO n. 424/2013 e Artigo 15, inciso II e Artigo 39 da Resolução COFFITO n. 425/2013 e estabelece outras providências durante o enfrentamento da crise provocada pela Pandemia do COVID-19. Diário Oficial da União. 2020 Mar 23;1:184-5.
  17. American Physical Therapy Association. APTA statement on patient care and practice management during COVID-19 outbreak. Alexandria: APTA; 2020. Available from: <https://www.apta.org/patient-care/public-health-population-care/coronavirus/statement-on-patient-care-and-practice-management-during-covid-19>
  18. Thomas P, Baldwin C, Bissett B, Boden I, Gosselink R, Granger CL, et al. Physiotherapy management for COVID-19 in the acute hospital setting: clinical practice recommendations. *J Physiother*. 2020;66(2):73-82. doi: 10.1016/j.jphys.2020.03.011.
  19. Kim HS, Strickland KJ, Mullen KA, Lebec MT. Physical therapy in the emergency department: a new opportunity for collaborative care. *Am J Emerg Med*. 2018;36(8):1492-96. doi: 10.1016/j.ajem.2018.05.053.
  20. Ranney ML, Griffeth V, Jha AK. Critical supply shortages – the need for ventilators and personal protective equipment during the Covid-19 pandemic. *N Engl J Med*. 2020;382(18):e41. doi: 10.1056/NEJMp2006141.
  21. Falvey JR, Burke RE, Malone D, Ridgeway KJ, McManus BM, Stevens-Lapsley JE. Role of physical therapists in reducing hospital readmissions: optimizing outcomes for older adults during care transitions from hospital to community. *Phys Ther*. 2016;96(8):1125-34. doi: 10.2522/ptj.20150526.
  22. Iannaccone S, Castellazzi P, Tettamanti A, Houdayer E, Brugliera L, Blasio F, et al. Role of rehabilitation department for adult individuals with COVID-19: the experience of the San Raffaele hospital of Milan. *Arch Phys Med Rehabil*. 2020;101(9):1656-61. doi: 10.1016/j.apmr.2020.05.015.
  23. Brugliera L, Spina A, Castellazzi P, Cimino P, Arcuri P, Negro A, et al. Nutritional management of COVID-19 patients in a rehabilitation unit. *Eur J Clin Nutr*. 2020;74(6):860-3. doi: 10.1038/s41430-020-0664-x.
  24. Agostini M, Moja L, Banzi R, Pistotti V, Tonin P, Venneri A, et al. Telerehabilitation and recovery of motor function: a systematic review and meta-analysis. *J Telemed Telecare*. 2015;21(4):202-13. doi: 10.1177/1357633x15572201.
  25. Ferioli M, Cisternino C, Leo V, Pisani L, Palange P, Nava S. Protecting healthcare workers from SARS-CoV-2 infection: practical indications. *Eur Respir Rev*. 2020;29:200068. doi: 10.1183/16000617.0068-2020.
  26. Gutenbrunner C, Stokes EK, Dreinhöfer K, Monsbakken J, Clarke S, Côté P, et al. Why rehabilitation must have priority during and after the COVID-19-pandemic: a position statement of the Global Rehabilitation Alliance. *J Rehabil Med*. 2020;52(7):jrm00081. doi: 10.2340/16501977-2713.
  27. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (BR). Resolução n. 517, de 25 de março de 2020: dispõe sobre a fiscalização quanto à disponibilização dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI) para o enfrentamento da crise provocada pela Pandemia do COVID-19. Diário Oficial da União. 2020 Mar 26;1:132.