

Estado da publicação: O preprint foi publicado em um periódico como um artigo
DOI do artigo publicado: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022276.00752022>

Organização e oferta da assistência fisioterapêutica em resposta a pandemia da COVID-19 no Brasil

Thiago Santos de Souza, Ítalo Ricardo Santos Aleluia, Elen Beatriz Pinto, Elzo Pereira Pinto Junior, Rhaine Borges Santos Pedreira, Helena Fraga-Maia, Juliana Martins Pinto

<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.2538>

Submetido em: 2021-07-05

Postado em: 2021-07-06 (versão 1)

(AAAA-MM-DD)

Organização e oferta da assistência fisioterapêutica em resposta a pandemia da COVID-19 no Brasil

Thiago Santos de Souza¹, Ítalo Ricardo Santos Aleluia², Elen Beatriz Pinto³, Elzo Pereira Pinto Junior⁴, Rhaine Borges Santos Pedreira⁵, Helena Fraga-Maia⁶ e Juliana Martins Pinto⁷

Resumo

A recuperação das pessoas acometidas pela COVID-19 é um processo que continua para além do quadro agudo da infecção pelo Sars-CoV-2. O comprometimento de diversos sistemas corporais pode acarretar impactos funcionais e demandar assistência fisioterapêutica contínua tanto na atenção ambulatorial quanto na Atenção Primária à Saúde (APS). Neste ensaio, busca-se discutir os desafios da organização e da oferta de assistência fisioterapêutica em resposta a pandemia da COVID-19 no Brasil. A análise foi sumarizada em quatro dimensões: distribuição de fisioterapeutas no país; oferta da assistência fisioterapêutica na APS e na atenção ambulatorial; e oferta de atenção fisioterapêutica por Telessaúde. Conclui-se haver iniquidade na distribuição regional de fisioterapeutas no Brasil; a reabilitação funcional depende da capacidade de resposta da APS, a qual se encontra ameaçada pelo processo de desestruturação em curso; existe um déficit de serviços de reabilitação que antecede a pandemia, e pode não responder satisfatoriamente às demandas do atual contexto epidemiológico; faz-se necessária a articulação entre as equipes de fisioterapia ambulatorial e da APS; a telessaúde embora seja um recurso e uma oportunidade para ampliar o acesso da população à reabilitação funcional exige cautela; o fisioterapeuta possui papel crucial em todo o *continuum* de cuidados da COVID-19.

Palavras-chave: Fisioterapia. COVID-19. Atenção Primária à Saúde. Reabilitação. Telessaúde.

Organization and offer of physiotherapeutic assistance in response to the COVID-19 pandemic in Brazil

Abstract

The recovery of people affected by COVID-19 is a process that continues beyond the acute condition of infection by Sars-CoV-2. The impairment of several body systems can cause functional impacts and demand continuous Physical Therapy assistance both in outpatient care and in Primary Health Care (PHC). In this essay, we seek to discuss the challenges of organizing and offering Physical Therapy assistance in response to the COVID-19 pandemic in Brazil. The analysis was summarized in four dimensions: distribution of physical therapists

1 - Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP). Pesquisador da Rede CoVida. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1427-7345> / thiago_fst@yahoo.com.br

2 - Universidade Federal do Oeste da Bahia (UFOB). Pesquisador da Rede CoVida. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9499-6360> / italo.alelua@ufob.edu.br

3 - Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP). Universidade do Estado da Bahia (UNEB). Pesquisadora da Rede CoVida. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3753-923X> / elen.neuro@gmail.com

4 - Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para a Saúde (Cidacs) - Instituto Gonçalo Moniz/ Fundação Oswaldo Cruz-Bahia (Fiocruz- BA). Pesquisador da Rede CoVida. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6977-2071> / elzojr@hotmail.com

5 - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Pesquisadora da Rede CoVida. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8620-4076> / rhaineborges@gmail.com

6 - Universidade do Estado da Bahia (UNEB). Pesquisadora da Rede CoVida. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2782-4910> / helenafragamaia@gmail.com

7 - Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Pesquisadora da Rede CoVida. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2617-3308> / ju_fisio33@yahoo.com.br

in the country; offering physical therapy assistance in PHC and outpatient care; and provision of physical therapy care via telehealth. It is concluded that there is inequity in the regional distribution of physical therapists in Brazil; functional rehabilitation depends on the PHC's response capacity, which is threatened by the ongoing disruption process; there is a shortage of rehabilitation services that precedes the pandemic, and may not respond satisfactorily to the demands of the current epidemiological context; it is necessary to articulate the outpatient physiotherapy and PHC teams; telehealth, although a resource and an opportunity to increase the population's access to functional rehabilitation, requires caution; the physiotherapist plays a crucial role in the entire COVID-19 care continuum.

Keywords: Physiotherapy. COVID-19. Primary Health Care. Rehabilitation. Telehealth.

Introdução

A COVID-19, doença causada pelo Sars-Cov-2, foi identificada pela primeira vez na China, em dezembro de 2019, e desde então tem se disseminado rapidamente, configurando-se como a maior pandemia dos últimos 100 anos. No mundo, até o final de janeiro de 2021, dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontavam mais de 102 milhões de casos confirmados e mais de 2,2 milhões de óbitos por Covid-19¹. Nesse mesmo período, o Brasil era o terceiro país no mundo com mais casos e o segundo com maior número de óbitos confirmados pelo novo Coronavírus, com estatísticas oficiais do Ministério da Saúde indicando mais de 9 milhões de casos e mais de 220 mil óbitos em todo o território nacional².

Embora considerada de baixa letalidade na população geral³, as milhares de pessoas recuperadas da fase aguda da infecção pelo Sars-CoV-2, podem apresentar comprometimento em diversos sistemas corporais, tais como o respiratório, o neurológico e o musculoesquelético. Nesse cenário, os impactos funcionais decorrentes das manifestações clínicas secundárias à infecção pelo SARS-CoV-2 são múltiplos, e não se findam com a alta hospitalar ou com a resolução do quadro infeccioso^{4,5}. Portanto, haverá necessidade de cuidados contínuos englobando diferentes profissionais e serviços, sobretudo de assistência fisioterapêutica direcionada às práticas de prevenção de agravos, promoção à saúde e reabilitação funcional dos indivíduos^{6,7}.

Além do cuidado hospitalar, especialmente relacionado às internações em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), as manifestações da COVID-19 em médio e longo prazo também são alvos das intervenções fisioterapêuticas, tanto na atenção ambulatorial quanto no acompanhamento desses indivíduos no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS). A assistência fisioterapêutica é imprescindível para garantir funcionalidade, independência na realização das atividades da vida diária e qualidade de vida a essa população^{6,7}.

As medidas de prevenção e controle da COVID-19, especialmente o distanciamento social e a restrição de circulação de pessoas⁸, tem contribuído para promover novas modalidades de assistência à saúde aos mais distintos grupos populacionais. Nesse cenário, iniciativas de telessaúde se tornaram uma alternativa aos atendimentos presenciais, tendo em vista a necessidade de ofertar cuidados contínuos, mesmo que remotamente. Sob a perspectiva da Fisioterapia, o atendimento via Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), como chamadas de vídeo, ligações e uso de aplicativos de troca de mensagem, representa um novo desafio a ser encarado, a fim de ampliar o acesso à atenção fisioterapêutica, sem que haja prejuízos para a qualidade da assistência^{6,9}.

A Fisioterapia é uma profissão cujo objeto principal é a promoção da saúde geral do indivíduo, relacionada à funcionalidade humana¹⁰. Do mesmo modo, o escopo da prática dos fisioterapeutas tornou-se abrangente com aplicação de princípios científicos e ações para prevenir, identificar, tratar ou reabilitar a disfunção do movimento. Na sua estrutura prática, é consistente com valores refletidos¹¹ na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) da Organização Mundial da Saúde, considerando dimensões amplas, com uma abordagem além das limitações de estrutura e função, atividade e participação; inclui também, a avaliação de fatores contextuais, como o ambiente do indivíduo, fatores pessoais, com foco nas condições de estilo de vida¹².

As publicações ainda são escassas no que diz respeito à abordagem fisioterapêutica nesse contexto epidemiológico. Embora a demanda urgente e crescente por serviços de reabilitação funcional venha sendo evidenciada no escopo da pandemia de COVID-19, é preciso considerar que não se trata de um problema pontual¹³. Soma-se a isso a demanda pré-existente por serviços de reabilitação decorrente de doenças crônicas, marcada ao longo dos anos por oferta de serviços deficitária¹⁴. A identificação das necessidades no planejamento da oferta do cuidado deve incluir não somente a gravidade do caso, mas também a multimorbidade, a funcionalidade e a vulnerabilidade individual.

Diante do exposto, o objetivo deste ensaio é discutir os desafios da organização e da oferta de assistência fisioterapêutica em resposta a pandemia da COVID-19 no Brasil.

A distribuição de fisioterapeutas no Brasil

O quadro sanitário atual tem destacado o papel social do fisioterapeuta com suas práticas voltadas para promoção da funcionalidade, autonomia e participação social. Entretanto, a oferta de serviços fisioterapêuticos é extremamente desigual no país e sofre

influência de vários fatores. Evidências apontam para uma grande influência do desenvolvimento econômico na distribuição destes profissionais entre as macrorregiões do país, com densidade elevada na região Sudeste e muito baixa na região Norte^{15,16}. Neste sentido, foi estimado que haviam na região Norte menos de 5 profissionais para cada 10.000 habitantes, enquanto que na região Sudeste há 13,4 para cada 10.000 habitantes¹⁵.

A oferta de atenção fisioterapêutica também apresenta grandes variações na distribuição microrregional. No país, 70,5% dos municípios são de pequeno porte e a distribuição de profissionais é maior na APS, e quando comparada aos municípios de grande porte, a concentração de fisioterapeutas é maior na atenção ambulatorial especializada e/ou em hospitais/urgências e emergências^{16,17}. A contratação de fisioterapeutas pela esfera administrativa municipal foi estimada em 6.917 cadastros na APS e presença em 47% dos municípios brasileiros, sugerindo a inexistência da prestação de serviços fisioterapêuticos municipais em mais da metade das cidades¹⁸.

Em suma, vale reiterar que a maior concentração de fisioterapeutas na APS em municípios de pequeno porte, possivelmente reflete a ausência de serviços especializados e/ou hospitalares, sendo, portanto, consequência das características de oferta de serviços nos sistemas municipais de saúde e não uma decisão política dos gestores pela inclusão prioritária do fisioterapeuta na atenção primária.

Oferta da assistência fisioterapêutica na Atenção Primária à Saúde (APS)

Com as mudanças impostas pela COVID-19, revisitar as possibilidades de atuação dos fisioterapeutas, e suas equipes, pode apontar caminhos na delimitação dos objetos das práticas ou mesmo na adequação das atividades efetuadas. Nesse contexto, a fisioterapia na APS apresenta-se como alternativa capaz de fortalecer a resolutividade do sistema e contribuir para a garantia da integralidade na assistência¹⁴. Dentre a variedade de atividades apontadas na literatura, o fisioterapeuta pode atuar no controle dos danos e de riscos. No controle de danos, destacam-se as ações individuais nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nos domicílios^{19,20,21} e, no controle de riscos, a realização de grupos de diversas ordens destinados a pessoas com patologias, grupos populacionais específicos, práticas corporais ou mesmo socialização^{20,22}.

Outras estratégias coletivas envolvem a participação nas reuniões de equipe, planejamento de ações, discussão de casos, construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), matriciamento sobre o movimento humano, fomento a promoção à saúde, clínica

ampliada, atuação no território, articulação com a população e parceria com os equipamentos sociais^{19,20,23}. Destaca-se ainda que a educação em saúde e a prevenção de agravos podem ser marcadas pela orientação de exercícios, incentivo a modificação do estilo de vida, convite à corresponsabilização do usuário e sua família no processo terapêutico ou mesmo em recomendações para cuidadores evitarem lesões^{19,24}.

A contextualização de experiências em distintos sistemas municipais de saúde revela que a Fisioterapia, na sua construção histórica, vem acumulando um saber e um fazer na APS que pode apoiar a reorganização das práticas de atenção às necessidades dos sujeitos com sequelas da COVID-19. Ressalta-se que este processo não é simples e não depende exclusivamente da implicação dos profissionais, mas sim das condições que os municípios terão para organizar, ampliar e qualificar os serviços de saúde, sua infraestrutura, o número de profissionais e o modelo de atenção às novas demandas.

A pandemia convida às equipes de APS centrarem esforços no enfrentamento da COVID-19. Entretanto é fundamental que o processo de trabalho seja vigilante e consiga responder às demandas oriundas do perfil epidemiológico da população marcado pelas doenças cardiovasculares, doença encefálica vascular, neoplasias, lesões por causas externas, usuários com sequelas das arboviroses, outras doenças respiratórias, alergias, pessoas com deficiência ou mesmo com restrição da participação social^{19,20,21}.

Para além dos aspectos pontuados, a prática da reabilitação em fisioterapia, de indivíduos com sequelas da COVID-19, dependerá, dentre outros aspectos, da capacidade de resposta da APS frente a esta nova demanda e do seu papel na coordenação do cuidado responsável por direcionar o itinerário do usuário na rede de serviços de saúde. A identificação dos casos, o mapeamento, a classificação dos riscos e a articulação entre o nível primário, a rede de serviços especializados e a parceria com as instituições de ensino serão cruciais para que o sistema consiga acolher e atenuar a nova demanda. Deste modo, serão necessários o desenho de fluxos de referência e contrarreferência, a reorganização da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência²⁵ e da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas²⁶, ou mesmo a implantação de uma nova Linha de Cuidado à Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde (RAS), na busca pela oferta de atenção integral e coordenada²⁷.

Apesar dos significativos avanços da APS na melhoria das condições de vida da população, o Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta um subfinanciamento histórico e uma centralização normativa pelo governo federal, que limita a heterogeneidade das formas de organização dos serviços em resposta às demandas e necessidades da população²⁸. Somado a isso, existe um projeto em curso de desestruturação da atenção primária brasileira que pode

comprometer o alcance dos seus atributos por suas equipes e, também, as possibilidades dos gestores municipais organizarem a oferta de reabilitação funcional na APS.

A partir da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) editada em 2017, houve uma inflexão no conjunto das políticas relacionadas à APS no país, quais sejam: Programas Previne Brasil, Médicos pelo Brasil, Saúde na Hora, Carteira de Serviços e Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS). Estas iniciativas suscitam a erosão dos princípios doutrinários do SUS, a centralidade do cuidado individual com foco nas doenças, a conversão das UBS em pronto atendimento, a diluição da abordagem territorial comunitária, o comprometimento da qualidade da assistência e o potencial privatizante dessas estratégias²⁹.

O novo financiamento da atenção primária proposto pelo Previne Brasil denota os riscos circunscritos nessa normativa, que estrangula o aporte de recursos para o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), enquanto componente estratégico, e torna facultativo aos gestores municipais manter as equipes de apoio na retaguarda clínica e assistencial. Tal medida poderá restringir o acesso da população à reabilitação e às atividades diferenciadas induzidas pelas equipes do NASF-AB tais como construção da integralidade, cuidado ampliado territorializado, articulação de rede e intercâmbio com serviços e políticas de outros setores^{29,30}. Diante desse constrangimento fiscal, há uma fragilização da capacidade dos gestores manterem as equipes do NASF-AB existentes e até mesmo ampliar as ações de reabilitação funcional para as sequelas de COVID-19 na APS.

Oferta de atenção ambulatorial em fisioterapia para reabilitação funcional na COVID-19

O aumento da demanda por reabilitação funcional no manejo da COVID-19 já é realidade em diferentes países como Itália, Portugal e Espanha³¹⁻³³. Há crescente notificação de pacientes com declínio da capacidade cardiorrespiratória, limitações musculoesqueléticas, neurológicas e redução da qualidade de vida, na fase crônica da doença^{34,35}, mas também, há importante escassez da oferta de atendimentos de reabilitação e os pontos de atenção ambulatorial não oferecem estrutura para absorver o fluxo de usuários com complicações secundárias à infecção pelo novo coronavírus³⁶.

Nessa direção, evidencia-se não somente o papel estratégico dos serviços de fisioterapia ambulatorial no processo de reabilitação funcional^{7,37,38}, mas a urgência de debates sobre a oferta de atendimentos dessa natureza no SUS, haja vista que a maior parcela

da população brasileira depende, diretamente, do cuidado ofertado pelo sistema público de saúde. O SUS garantiu o direito constitucional à saúde, mas o debate sobre a oferta de atendimentos ambulatoriais de fisioterapia para reabilitação na COVID-19 não deve soar desvinculado dos desafios históricos do sistema, que inclui desde a distribuição regional de serviços de saúde e profissionais ao subfinanciamento³⁹.

Os serviços ambulatoriais de fisioterapia compõem o desenho da RCPD, mas a oferta de cuidado para reabilitação funcional na COVID-19 deve ser analisada com preocupação, dada fragilidade histórica na ampliação e organização de serviços de reabilitação em saúde no Brasil^{23,40,41}. Isso expõe duas questões centrais: a primeira, referente à capacidade de resposta dos estados e municípios para ampliarem os serviços públicos em velocidade compatível com essa nova demanda; a segunda, referente ao modelo de atenção, que possibilite um cuidado integral e equânime, pela diversidade de usuários com necessidades singulares de reabilitação funcional.

No âmbito internacional, observa-se um debate mais caloroso sobre a necessidade de estruturar serviços de fisioterapia para reabilitação de complicações da COVID-19, evidente em diferentes documentos sobre consenso de especialistas e recomendações institucionais na Espanha e Itália^{7,36}. Em alguns artigos, há correntes que defendem a ampliação da oferta de atendimentos em comunidade (domiciliar e ambulatorial), considerando que há baixa viabilidade de acesso a serviços especializados na maioria dos casos que recebem alta hospitalar⁷; e outras que, mesmo assim, defendem sua ampliação no âmbito ambulatorial especializado⁴². No Brasil, no entanto, esse debate ainda não assumiu fôlego, evidente apenas em menções superficiais dos protocolos de atenção à COVID-19^{43,44}, sem qualquer debate propositivo sobre a ampliação da oferta de serviços de fisioterapia ambulatorial para reabilitação dos usuários²⁷.

As desigualdades na oferta pública de fisioterapia ambulatorial tem sido um ponto crítico importante para garantir acesso à reabilitação funcional na abordagem da COVID-19. Na Espanha, isso tem sido recorrente pela maior concentração de fisioterapeutas no setor privado e assimetria na relação profissional/habitantes no sistema público³¹. Diante do cenário de transmissão comunitária e acelerada interiorização da pandemia para regiões rurais e remotas⁴⁵, essa desigualdade na oferta de serviços de fisioterapia ambulatorial evidencia um alerta para países em situação de crise econômica e onde há regiões de saúde com grandes desigualdades fiscais e população dependente, exclusivamente, dos sistemas públicos³¹. No Brasil, artigos apontam um cenário de importante desigualdade socioeconômica regional como entrave para ampliação e pactuação da oferta de serviços de saúde, em especial, nas

regiões Norte e Nordeste^{46,47}, o que também inclui pensar essa realidade diante das necessidades mais recentes de ampliação da oferta de cuidado fisioterapêutico ambulatorial na COVID-19.

No âmbito nacional, os desafios para oferta de reabilitação funcional não abarcam somente a ampliação regional de serviços, mas a natureza deles (se público, privada ou filantrópica). Artigos mais recentes sinalizam o importante quantitativo de estabelecimentos ambulatoriais de fisioterapia no país, com crescente produção de atendimentos e repasses financeiros do SUS destinados a esses serviços^{48,49}. Todavia, as características da produção ambulatorial de fisioterapia revelaram que ainda concentramos boa parte dos serviços ofertados no setor privado/filantrópico, contratualizado pelo SUS⁴⁹, o que ratifica um desafio crônico para os gestores de regiões de saúde que não contam com serviços da rede própria para garantirem a ampliação de oferta pública de atendimentos e, até mesmo, a negociação para contratualizar novos pontos de atenção em reabilitação funcional para COVID-19.

As interrupções do funcionamento de estabelecimentos de fisioterapia ambulatorial, como medidas de mitigação, podem afetar negativamente a oferta do cuidado ao desconsiderar o aumento do risco de hospitalização, quedas, fraturas e outras consequências da imobilidade induzidos pela quarentena, sem garantir acompanhamento remoto^{32,36}. O déficit de profissionais por afastamentos e as modificações na proporção equipe/usuário sinalizam como desafio, a criação de novas rotinas organizacionais e operacionais dos serviços ambulatoriais, incluindo a redefinição de papéis entre os profissionais, os turnos de trabalho e a dinâmica dos agendamentos e atendimentos fisioterapêuticos^{33,50}, afim de proporcionar segurança sanitária tanto para usuários quanto para fisioterapeutas. Situação similar ocorreu em países como Espanha e Portugal⁷.

A Fisioterapia é uma das profissões mais vulneráveis à contaminação pela COVID-19, dado seu processo de trabalho exigir contato muito próximo com os pacientes. A insuficiência de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) limita a oferta de reabilitação funcional em condições ideais de segurança para os profissionais e usuários^{31,51}. Há ainda, desafios não somente relacionados à disponibilidade de EPI, mas à dedicação de tempo necessário dos profissionais para treinamentos e atualizações sobre seu uso, assim como a oferta de equipamentos de qualidade, sobretudo nas situações de maior exposição como a reabilitação respiratória⁷.

Por fim, vale reiterar o desafio de garantir reabilitação funcional na COVID-19, integrada a outros serviços da RAS, que possibilite a continuidade do cuidado, pautada na interação entre os profissionais e a família. Faz-se necessária a articulação das equipes de

fisioterapia ambulatorial a equipes de fisioterapia na atenção primária, que podem utilizar a telessaúde como recurso para ofertar apoio técnico na assistência aos pacientes⁴³.

Oferta de atenção fisioterapêutica por Telessaúde e a pandemia de Covid-19

A suspensão dos atendimentos fisioterapêuticos presenciais devido ao distanciamento social recomendado pela OMS causou mudanças expressivas na organização e na oferta de atenção à saúde desafiando os serviços, profissionais de saúde e usuários a incorporarem recursos tecnológicos que possibilitem cuidados em saúde à distância. Sendo assim, novas modalidades de atendimentos denominadas teleconsulta, telemonitoramento e teleconsultoria foram autorizadas pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) por meio da Resolução n.º 516, de 20 de março de 2020⁵², possibilitando a continuidade do acompanhamento fisioterapêutico de outras condições de saúde, bem como os cuidados com os pacientes recuperados da fase aguda da Covid-19 que podem apresentar complicações e disfunções em diversos sistemas^{53,54}.

O atendimento fisioterapêutico por meio de telessaúde representa recurso e oportunidade de ampliação do acesso à reabilitação por alguns grupos populacionais. Os custos com deslocamento, assim como, o tempo dispendido para chegar até o local de atendimento pode ser reduzido com o uso da telessaúde^{55,56}. Além disso, ela pode aumentar o acesso aos cuidados em saúde para as populações que historicamente convivem com a dificuldade de acesso aos serviços de Fisioterapia, entre elas, as populações privadas de liberdade e os que vivem em áreas rurais¹⁵.

O paciente pode ser acompanhado por telefone ou chamadas de vídeo utilizando aplicativos, plataformas e mídias digitais para ser monitorado⁵⁷. Essa prática tem apresentado êxito no seguimento de pacientes com câncer, nefropatias crônicas graves, e outras condições crônicas, pois amplia a capacidade de atendimento e solução de problemas menos complexos que requerem alguma orientação específica e proporciona a manutenção do vínculo entre equipe e usuário⁵⁷. A Fisioterapia tem atuado especialmente no monitoramento de sintomas, na prevenção secundária de complicações e do declínio funcional oferecendo atendimentos por meio de chamada de vídeo, ligações telefônicas para consultas individualizadas e compartilhamento de material informativo para educação em saúde e suporte aos familiares e cuidadores. Até o momento, não há diretrizes ou recomendações oficiais sobre procedimentos e condutas para garantir a qualidade da assistência e a segurança dos pacientes submetidos a atendimentos remotos. Pesquisadores sugerem que as estratégias de telessaúde sejam intercaladas com atendimentos presenciais para reavaliação funcional e manutenção do

vínculo e que sejam indicadas para casos específicos, de modo que, configure um recurso a ser somado à prática fisioterapêutica⁵⁸.

O planejamento e implantação da telessaúde devem considerar aspectos socioeconômicos, culturais, epidemiológicos e ambientais que influenciam o acesso, a compreensão e a adesão dos usuários aos serviços oferecidos. A fisioterapia por telessaúde requer a disponibilidade de equipamentos para comunicação, como telefone fixo e móvel, tablet, computador e o acesso à rede de internet de qualidade. Embora o acesso a esses recursos venha aumentando nas últimas décadas na população brasileira, não se pode afirmar que todos os usuários tenham o mesmo nível de acesso aos serviços e facilidades oferecidas por telessaúde. A exclusão digital, que se soma às desigualdades sociais e de acesso aos serviços de saúde, certamente configura fonte das principais limitações quanto à implantação e uso de telessaúde no SUS^{54,57}.

De acordo com a PNAD 2017-2018, 79,1% brasileiros tem acesso à internet, e este ocorre majoritariamente pelo smartphone (93,2%). Entretanto, esse acesso apresenta diferenças importantes entre a área urbana (79,4%) e a rural (46,5%), e entre as regiões do país, sendo maior nas regiões Sul e Sudeste (81,1% e 84,8%), quando comparadas com as regiões Norte e Nordeste (72,1% e 69,1%). As desigualdades de acesso se acentuam também nos grupos de sexo, idade e renda, com destaque para as faixas etárias⁶¹. Os mais jovens, de 20 a 24 anos, são os que mais usam a internet (91,0%), sendo que entre aqueles com 60 anos ou mais a proporção de uso era de 38,7%. Assim, observa-se que é justamente a população mais velha, mais suscetível às doenças crônicas não transmissíveis aquela que, possivelmente, teria menor acesso à telessaúde. Ainda segundo este relatório, o rendimento real médio per capita dos domicílios em que se utilizavam a internet (R\$ 1.769) era muito superior do observado entre os que não a utilizavam (R\$ 940). Todos esses dados devem ser considerados no sentido de auxiliar o planejamento das ações para atingir os que, de fato, serão os menos propensos a receber cuidados de saúde.

As disparidades, iniquidades e desigualdades apresentadas caracterizam o cenário socioeconômico e cultural no qual se pretende implantar tecnologias muitas vezes inacessíveis, incompreensíveis ou impraticáveis por uma parte considerável da população. Ademais, os critérios de prescrição específicos para assistência por telessaúde devem considerar as limitações decorrentes das disfunções físicas e sensoriais que resultam em incapacidades para comunicação (fala, audição), para compreensão (cognitiva)⁶² e motivação (distúrbios do humor)⁶³.

As estratégias de telessaúde devem ser incorporadas com cautela para não acentuar as desigualdades já existentes⁶⁴. Discute-se a ampliação da exploração de empresas privadas que prioriza o lucro em detrimento dos cuidados com a vida das pessoas, o que ameaça as políticas universais de atenção à saúde. Muitos serviços de saúde são atraídos pelas promessas de redução de gastos e melhora no prognóstico e desfechos dos pacientes, entretanto, muitas dessas promessas carecem de evidências científicas⁵⁶.

Em geral, a expansão da telessaúde pode ser vista como algo positivo e promissor para muitos setores e serviços nas RAS, porém o planejamento e implantação requerem políticas públicas abrangentes para reduzir a desigualdade social e digital, com ênfase para a democratização da Internet, bem como a elaboração de diretrizes específicas (ainda ausentes) para capacitar e orientar os profissionais de saúde. De fato, os problemas de acesso à internet e aos dispositivos para seu uso como resposta às demandas geradas pela Covid-19 no Brasil não se restringem aos usuários, mas são vivenciados também por profissionais de saúde e gestores de unidades de APS.

Em relatório sobre os desafios da atenção básica no enfrentamento da pandemia de Covid-19 no SUS, Bousquat et al.⁵¹, descreveram que a estratégia de adaptação ao contexto pandêmico mais frequente foi a incorporação de formas de contato à distância principalmente por telefone, e que esta foi referida por 50,8% dos profissionais e por 37,7% dos gestores, seguida pelo uso do WhatsApp⁵¹. Estes autores realçaram que, com tais ações, os SUS está se reinventando, mas faltam recursos e internet. A internet foi precária ou quase inexistente para, aproximadamente, 60% dos respondentes da pesquisa. Foi evidenciada ainda pouca disponibilidade de celulares institucionais implicando na necessidade do emprego dos dispositivos pessoais dos profissionais para o contato com os usuários. Uma das principais recomendações deste relatório é a necessidade urgente de ampliar a disponibilidade de celulares e acesso à internet para profissionais e usuários para, assim, viabilizar as novas formas de comunicação à distância que vêm sendo desenvolvidas.

Contudo, recomendam-se discussões mais aprofundadas sobre as formas e situações de implantação da telessaúde na Fisioterapia e no SUS para que os serviços oferecidos à população dependente da saúde pública não sejam ainda mais desiguais quando comparados àqueles que têm acesso aos planos de saúde ou serviços particulares. Sem os devidos cuidados, teme-se que a emergência das práticas de telessaúde pode acentuar as desigualdades e iniquidades sociais e de saúde no Brasil.

Considerações finais

A COVID-19 ratificou à sociedade a relevância do SUS, o funcionamento do sistema de saúde de modo integrado, a necessidade de uma APS forte e universal, o enfrentamento do projeto em curso de sua neoseletividade e mercantilização, assim como a luta pela garantia do direito à saúde, à vida e aos serviços de Fisioterapia com qualidade. Os fisioterapeutas têm um papel indiscutível em todo o *continuum* de cuidados da COVID-19, o que inclui a prevenção do contágio, a atenção na fase aguda da doença, as ações de vigilância dos fatores de risco para o declínio funcional, e as intervenções para maximizar os resultados funcionais em longo prazo.

A organização e oferta de assistência fisioterapêutica em resposta à pandemia de COVID-9 requerem estratégias que atuem sobre a iniquidade da distribuição regional de fisioterapeutas no Brasil e que garantam a manutenção e ampliação das experiências acumuladas de atenção fisioterapêutica na APS e no âmbito ambulatorial especializado. Todavia, o novo regime fiscal brasileiro somado à crise econômica e política ameaça não apenas a continuidade do cuidado, mas, sobretudo, sua ampliação pública em velocidade compatível com demanda.

A telessaúde, embora seja um recurso e oportunidade de ampliar o acesso da população à reabilitação funcional na COVID-19, sua disponibilidade de uso não depende apenas da contratação de profissionais, mas de um processo de implantação que esteja aliado à superação de barreiras culturais e tecnológicas da população brasileira. Deve atentar ainda, para que esse processo não acentue desigualdades de acesso e não se torne objeto de dominância do setor privado, com imposições de barreiras econômicas ao processo de cuidado.

A pandemia revelou a necessidade de desenvolvimento de novas competências pelos profissionais de saúde, gestores, autoridades políticas, associações de classe e Universidades. No bojo desse processo a Fisioterapia nos serviços de saúde tem reiterado seu papel social e compromisso com a manutenção/potencialização do movimento humano e da vida.

Recomendam-se novos estudos sobre a distribuição e desigualdades na oferta de assistência fisioterapêutica na COVID-19, sobre as estratégias de organização dos serviços de Fisioterapia em resposta à pandemia na APS e na atenção ambulatorial especializada, bem como sobre as formas de organização do cuidado por meio da telessaúde.

Colaboradores

Contribuição dos autores: TS SOUZA, IRS ALELUIA, EB PINTO, EP PINTO-JUNIOR, RBS PEDREIRA, H FRAGA-MAIA e JM PINTO, colaboraram igualmente na

concepção e planejamento dos dados, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. Todos os autores declaram não possuir conflito de interesse de ordem financeira, comercial, política, acadêmica e pessoal.

Referências

1. World Health Organization (WHO). WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard. Geneva: WHO; 2020. [acesso em 01 fev 2021]. Disponível em: <https://covid19.who.int/>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Painel de casos de doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19) no Brasil pelo Ministério da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020. [acesso em 01 fev 2021]. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>
3. Levin AT, Hanage WP, Owusu-Boaitey N. et al. Assessing the age specificity of infection fatality rates for COVID-19: systematic review, meta-analysis, and public policy implications. *Eur J Epidemiol*. 2020. [acesso em 20 nov 2020]. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10654-020-00698-1>.
4. Stam HJ, Stucki G, Bickenbach J. COVID-19 and Post Intensive Care Syndrome: A Call for Action. *J Rehabil Med*. 2020; 52(4):jrm00044.
5. Iannaccone S, Castellazzi P, Tettamanti A et al. Role of Rehabilitation Department for Adult Individuals With COVID-19: The Experience of the San Raffaele Hospital of Milan. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2020; 101:1656-61.
6. Kalirathinam D, Guruchandran R, Subramani P. Comprehensive physiotherapy management in covid-19 – a narrative review. *Scientia Medica*. 2020; 30(supl.1):e38030.
7. Sheery L. M. Considerations for Postacute Rehabilitation for Survivors of COVID-19. *JMIR Public Health Surveill*. 2020; 6(2):1-8.
8. Aquino EML, Silveira IH, Pescarini JM et al. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2020; 25(supl.1):2423-2446.
9. Caetano R, Silva AB, Guedes ACCM et al. Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*. 2020; 36(5):e00088920.
10. World Confederation for Physical Therapy. What is physical therapy? 2020. [acesso em 20 nov 2020]. Disponível em: <https://www.wcpt.org/what-is-physical-therapy>
11. Dean E. Physical Therapy in the 21st Century (Part II): Evidence-Based Practice Within the Context of Evidence-Informed Practice. *Physiotherapy Theory and Practice*. 2009; 25(5-6):354-368.

12. [WHO] World Health Organization. International Classification of functioning, disability and health: ICF. World Health Organization; 2001.
13. Dean E, Jones A, Yu HP et al. Translating COVID-19 Evidence to Maximize Physical Therapists' Impact and Public Health Response. *Physical therapy*. 2020; 100(9):1458–1464.
14. Bispo-Junior JP. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010; 15(supl. 1):1627-1636.
15. Matsumara ESS, Souza Júnior AS, Guedes JÁ, Teixeira RC, Kletzer KS, Castro LSF. Distribuição territorial dos profissionais fisioterapeutas no Brasil. *Fisioter Pesqui*. 2018; 25(3):309-314.
16. Tavares LRC, Costa JLR, Oishi J et al. Distribuição territorial de fisioterapeutas no Brasil: análise do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde CNES/2010. *ConScientiae Saúde*. 2016; 15(1):53-61.
17. Costa LR, Costa JLR, Oishi J, Driusso P. Distribuição de fisioterapeutas entre estabelecimentos públicos e privados nos diferentes níveis de complexidade de atenção à saúde. *Rev Bras Fisioter*, São Carlos, v. 16, n. 5, p. 422-30, set./out. 2012.
18. Tavares LRC, Costa JLR, Oishi J, Driusso P. Inserção da fisioterapia na atenção primária à saúde: análise do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde em 2010. *Fisioter Pesqui*. 2018;25(1):9-19.
19. Fernandes JM, Rios TA, Sanches VS et al. NASF's tools and practices in health of physical therapists. *Fisioterapia em Movimento*. 2016; 29(4):741-750.
20. Braghini CC, Ferretti F, Ferraz L. Physiotherapist's role in the NASF: perception of coordinators and staff. *Fisioterapia em Movimento*. 2016; 29(4):767-776.
21. Souza MO, Santos KOB. Physical therapists role in Family Health Support Center. *Fisioterapia em movimento*. 2017; 30(2):237-246.
22. Barros JO, Goncalves RMA, Kaltner RP et al. Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da cidade de São Paulo, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2015; 20(9):2847-2856.
23. Rodes CH, Kurebayashi R, Kondo VE et al. O acesso e o fazer da reabilitação na Atenção Primária à Saúde. *Fisioterapia e Pesquisa*. 2017; 24(1):74-82.
24. Friedrich TL, Petermann XB, Miolo SB et al. Motivações para práticas coletivas na Atenção Básica: percepção de usuários e profissionais. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2018; 22(65):373-385.
25. Brasil. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*. 25 abr, 2012.

26. Brasil. Portaria nº 483, de 01 de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado.
27. Portela MC, Grabois V, Travassos C. Matriz linha de cuidado COVID-19 na rede de atenção à saúde. Observatório COVID-19 Fiocruz, 2020. 15 p. [acesso em 20 nov 2020]. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/documento/matriz-linha-de-cuidado-covid-19-na-rede-de-atencao-saude>.
28. Giovanella L. Atenção básica ou atenção primária à saúde?. *Cad. Saúde Pública*. 2018; 34(8):e00029818.
29. Giovanella L, Franco CM, Almeida PF. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos?. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2020; 25(4):1475-1482.
30. Morosini MVGC, Fonseca AF, Baptista TWF. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica?. *Cadernos de Saúde Pública*. 2020; 36(9):e00040220.
31. Lozano RR, Ojeda AMA, Martínez MM et al. La fisioterapia española en tiempos de pandemia de la COVID-19. *Fisioterapia (Madr., Ed. impr.)*. 2020; 42(4):224-225.
32. Minghelli B, Soares A, Guerreiro A et al. Physiotherapy services in the face of a pandemic. *Rev Assoc Med Bras (1992)*. 2020; 66(4):491-497.
33. Simonelli C, Paneroni M, Fokon AG et al. How the COVID-19 infection tsunami revolutionized the work of respiratory physiotherapists: an experience from Northern Italy. *Monaldi Arch Chest Dis*. 2020; 90(2):292-298.
34. Hall G, Laddu DR, Phillips SA et al. A tale of two pandemics: how will COVID-19 and global trends in physical inactivity and sedentary behavior affect one another? *Prog Cardiovasc Dis*. 2020. [Epub ahead of print]
35. Jiménez-Pavón D, Carbonell-Baeza A, Lavie CJ. Physical exercise as therapy to fight against the mental and physical consequences of COVID-19 quarantine: special focus in older people. *Prog Cardiovasc Dis*. 2020.
36. Falvey JR, Krafft C, Kornetti D. The Essential Role of Home- and Community-Based Physical Therapists During the COVID-19 Pandemic. *Phys Ther*. 2020; 100(7):1058-1061.
37. Bim CR, González A. Distribuição territorial de fisioterapeutas no Paraná e inserção em equipes na atenção básica. *Saude e pesqui. (Impr.)*. 2020; 13(1):83-9.
38. Silva RMV da, Sousa AVC de. Fase crônica da COVID-19: desafios do fisioterapeuta diante das disfunções musculoesqueléticas. *Fisioter. Mov*. 2020; 3:1-3.

39. Viacava F, Oliveira RAD de, Carvalho C de C et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. *Ciênc. saúde coletiva*. 2018; 23(6): 1751-1762.
40. Dubow C, Garcia EL, Krug SBF. Percepções sobre a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em uma Região de Saúde. *Saúde Debate*. 2018; 42(117):455-467.
41. Caetano LA, Sampaio RF, Costa LA. A expansão dos serviços de reabilitação no SUS à luz do arcabouço normativo federal. *Rev Ter Ocup Univ*. 2018; 29(3):195-203.
42. Smith JM, Lee AC, Zeleznik H et al. Home and Community-Based Physical Therapist Management of Adults With Post-Intensive Care Syndrome. *Phys Ther*. 2020; 100(7):1062-1073.
43. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. COVID-19: guia orientador para o enfrentamento da pandemia na Rede de Atenção à Saúde. Brasília: DF. 2020.
44. Engstrom E, Melo E, Giovanella L et al. Recomendações para a organização da Atenção Primária à Saúde no SUS no enfrentamento da Covid-19. Observatório Covid-19 Fiocruz; 2020. Nota técnica. 13 p.
45. Floss M, Franco CM, Malvezzi C et al. A pandemia de COVID-19 em territórios rurais e remotos: perspectiva de médicas e médicos de família e comunidade sobre a atenção primária à saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2020; 36(7).
46. Viana ALD, Bousquat A, Melo GA, Negri-Filho A, Medina MG. Regionalização e Redes de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018; 23(6):1791-1798.
47. Geremia DS, Dain S. Federalismo e gestão metropolitana: subsídios para o planejamento territorial dos serviços de saúde. *Tempus actas de saúde colet*. 2018; 11(2):255-256.
48. Araújo RV, Aleluia IRS, Fontoura FCS et al. Aplicação de um instrumento de auditoria em serviços de fisioterapia do SUS na Bahia. *Cad. Edu Saúde e Fis*. 2020. 7(13):1-14.
49. Aleluia IRS, Barreto A, Sodré N et al. Análise da produção ambulatorial de fisioterapia no SUS, Bahia, 2008-2014. *Revista Gestão e Saúde*. 2017; 8:254-269.
50. Amatya B, Khan F. Rehabilitation Response in Pandemics. *Am J Phys Med Rehabil*. 2020; 99(8):663-668.
51. Bousquat A, Giovanella L, Medina MG et al. Desafios da Atenção Básica no enfrentamento da pandemia da Covid-19 no SUS. Relatório de Pesquisa. USP, Fiocruz, UFBA, UFPEL, OPAS Brasil. Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco. Rio de Janeiro: Rede de Pesquisa em APS Abrasco. Agosto de 2020. Disponível em: <https://redeaps.org.br/>

52. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO). Resolução n.º 516, de 20 de março de 2020. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=15825>.
53. Kalirathinam D, Guruchandran R, Subramani P. Comprehensive physiotherapy management in covid-19 – a narrative review. *Scientia Medica Porto Alegre*, v. 30, p. 1-9, jan.-dez. 2020. <http://dx.doi.org/10.15448/1980-6108.2020.1.38030>.
54. Silva CMS, Andrade AN, Nepomuceno B et al. Evidence-based Physiotherapy and Functionality in Adult and Pediatric patients with COVID-19. *J Hum Growth Dev*. 2020; 30(1):148-155. DOI: <http://doi.org/10.7322/jhgd.v30.10086>.
55. Flumignan CDQ, Rocha AP, Pinto ACPN et al. What do Cochrane systematic reviews say about telemedicine for healthcare? *Sao Paulo Med J*. 2019; 137(2):184-92.
56. Udsen FW, Hejlesen O, Ehlers LH. A systematic review of the cost and cost-effectiveness of telehealth for patients suffering from chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Telemedicine and Telecare*. 2014; 0(0):1–9.
57. Carvalho RBM, Ferreira KR, Modesto FC. A Fisioterapia Digital em Oncoginecologia durante a Pandemia de Covid-19. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2020; 66:e-1082.
58. Fioratti I, Fernandes LG, Reis FJ et al. Strategies for a safe and assertive telerehabilitation practice. *Braz J Phys Ther*. 2020, <https://doi.org/10.1016/j.bjpt.2020.07.009>.
59. Viacava F, Porto SM, Carvalho CC et al. Desigualdades regionais e sociais em saúde segundo inquéritos domiciliares (Brasil, 1998-2013). *Ciência & Saúde Coletiva*. 2019; 24(7):2745-2760.
60. Oliveira RAD, Duarte CMR, Pavão ALB et al. Barreiras de acesso aos serviços em cinco Regiões de Saúde do Brasil: percepção de gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2019; 35(11):e00120718.
61. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Acesso à Internet e à televisão e posse de telefone móvel celular para uso pessoal 2018 [Relatório de pesquisa]. ISBN 978-85-240-4527-1. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/17270-pnad-continua.html?edicao=23205&t=sobre>. Acessado em 08 de novembro de 2020.
62. Leochico CFD, Espiritu AI, Ignacio SD et al. Challenges to the Emergence of Telerehabilitation in a Developing Country: A Systematic Review. *Front. Neurol*. 2020; 11:1007. doi: 10.3389/fneur.2020.01007.
63. Hoaas H, Andreassen HK, Lien LA et al. Adherence and factors affecting satisfaction in long-term telerehabilitation for patients with chronic obstructive pulmonary disease: a mixed methods study. *BMC Medical Informatics and Decision Making* (2016) 16:26. DOI 10.1186/s12911-016-0264-9.

64. Krug RR, Xavier AJ, D'Orsi E. Fatores associados à manutenção do uso da internet, estudo longitudinal EpiFloripa Idoso. *Rev Saude Publica*. 2018; 52:37.

Este preprint foi submetido sob as seguintes condições:

- Os autores declaram que estão cientes que são os únicos responsáveis pelo conteúdo do preprint e que o depósito no SciELO Preprints não significa nenhum compromisso de parte do SciELO, exceto sua preservação e disseminação.
- Os autores declaram que os necessários Termos de Consentimento Livre e Esclarecido de participantes ou pacientes na pesquisa foram obtidos e estão descritos no manuscrito, quando aplicável.
- Os autores declaram que a elaboração do manuscrito seguiu as normas éticas de comunicação científica.
- Os autores declaram que os dados, aplicativos e outros conteúdos subjacentes ao manuscrito estão referenciados.
- O manuscrito depositado está no formato PDF.
- Os autores declaram que a pesquisa que deu origem ao manuscrito seguiu as boas práticas éticas e que as necessárias aprovações de comitês de ética de pesquisa, quando aplicável, estão descritas no manuscrito.
- Os autores concordam que caso o manuscrito venha a ser aceito e postado no servidor SciELO Preprints, a retirada do mesmo se dará mediante retratação.
- Os autores concordam que o manuscrito aprovado será disponibilizado sob licença [Creative Commons CC-BY](#).
- O autor submissor declara que as contribuições de todos os autores e declaração de conflito de interesses estão incluídas de maneira explícita e em seções específicas do manuscrito.
- Os autores declaram que o manuscrito não foi depositado e/ou disponibilizado previamente em outro servidor de preprints ou publicado em um periódico.
- Caso o manuscrito esteja em processo de avaliação ou sendo preparado para publicação mas ainda não publicado por um periódico, os autores declaram que receberam autorização do periódico para realizar este depósito.
- O autor submissor declara que todos os autores do manuscrito concordam com a submissão ao SciELO Preprints.