



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

MURILO MAGESTE DE MORAES

**Percepção de Terapeutas Ocupacionais sobre suas experiências
em telerreabilitação com crianças no Brasil durante a
pandemia**

São Carlos

2022

MURILO MAGESTE DE MORAES

**Percepção de Terapeutas Ocupacionais sobre suas experiências
em telerreabilitação com crianças no Brasil durante a
pandemia**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Terapia Ocupacional. Área de Concentração: Processos de Intervenção em Terapia Ocupacional. Linha de Pesquisa: Promoção do Desenvolvimento Humano nos Contextos da Vida Diária.

Orientadora: Profa. Dra. Cláudia Maria Simões Martinez

São Carlos
2022



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional

Folha de Aprovação

Defesa de Dissertação de Mestrado do candidato Murilo Mageste de Moraes, realizada em 15/12/2022.

Comissão Julgadora:

Profa. Dra. Claudia Maria Simões Martinez (UFSCar)

Profa. Dra. Regina Helena Vitale Torkomian Joaquim (UFSCar)

Profa. Dra. Fabiana Cristina Frigieri de Vitta (UNESP)

O Relatório de Defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional.

Agradecimentos

Se hoje sou capaz de escrever estes agradecimentos é porque houve um conjunto de pessoas incríveis que estiveram ao meu lado me incentivando, segurando as minhas mãos, que não permitiram que eu desistisse, me apoiaram, acreditaram em mim e não me deixaram sozinho durante os momentos difíceis, deixo aqui, meus sinceros agradecimentos.

Antes de direcionar meus agradecimentos aos meus amados, agradeço imensamente a Deus por me proporcionar a vida e me permitir viver os momentos mais incríveis da minha vida e por nunca ter me desamparado.

À Elaine, minha mãe, que viveu e vive os meus sonhos como se fossem os dela. Que esteve ao meu lado desde o processo seletivo e comemorou comigo todas as etapas vividas durante este processo, que me concedeu amparo nos momentos difíceis, que de sua forma singular, esteve ao meu lado me dando suporte e apoio. Obrigado por ser luz e por acreditar em mim, sem você eu não estaria aqui e não teria conquistado o que conquistei.

Ao Ademir, meu pai, o homem mais incrível que eu já conheci e que sempre fez questão em dizer que é fã número 1. Obrigado por me ensinar a defender os meus sonhos, obrigado por sempre dirigir a mim as suas palavras sábias e que sempre foram como um doce abraço em meio ao caos. Obrigado por mostrar que a gente consegue e que não importa onde estivermos.

Ao Wellington, meu namorado, por todo amor e carinho dado a mim todos os dias, principalmente durante os dias de grande estresse, por estar ao meu lado, por ser tão solícito e empático, por me incentivar e estar presente do meu lado durante essa jornada. Obrigado por acreditar em mim como ninguém jamais havia acreditado.

Às minhas amigas Joice, Carolina, Maria Beatriz, Deise e Meyene, que estiveram ao meu lado desde o momento que cheguei a São Carlos, por todas as trocas, por toda irmandade, por toda parceria e por me acolher quando precisei. Vocês foram essenciais em todo esse processo. Muito obrigado, levarei vocês sempre comigo, não importa onde eu esteja.

À minha orientadora Prof.^a Dra. Claudia Maria Simões Martinez, por me acolher, por confiar em mim, pela paciência e por me proporcionar um novo caminho ao conhecimento, desconhecido por mim até então.

Aos colegas do PPGTO, Beatriz, Vanessa, Gisele, Kaíla, Lucas, Stéffany e Juliane, que sempre estiveram presente e me apoiaram.

À Prof.^a Mirela Figueiredo e Prof.^a Fabiana de Vitta pelas contribuições ofertadas à mim no momento da qualificação da presente dissertação.

Aos professores do PPGTO, em especial Prof.^a Mirela Figueiredo, Prof.^a Luzia Iara Pfeifer e Prof.^a Luciana Bolzan, sou grato pelos ensinamentos e pela dedicação comigo.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior — CAPES, pelo financiamento desta pesquisa.

“Seasons they will change, life will make you grow,
dreams will make you cry, everything is temporary,
everything will slide, love will never die“ (Imagine
Dragons).

Resumo

Objetivo: Descrever a percepção de Terapeutas Ocupacionais sobre suas experiências em telerreabilitação (TR) com crianças que têm disfunções sensoriais motoras no Brasil durante a pandemia. **Metodologia:** Este é um estudo descritivo, transversal de caráter quantitativo e qualitativo. Os participantes são profissionais graduados em Terapia Ocupacional que atuam no Brasil e que utilizam o recurso da TR para ofertar atendimento às crianças com disfunção sensorio-motora. A partir de um mapeamento de instituições, foi implementado via on-line um questionário com questões abertas e fechadas. Após, iniciou-se um diálogo, por meio de entrevistas realizadas *on-line* por meio de plataformas virtuais, com três participantes selecionados por amostragem de conveniência para aprofundar as informações sobre como ocorreu a TR. **Resultados:** Os (as) terapeutas ocupacionais desenvolveram ações de TR para atender crianças com disfunção sensorio-motora durante a pandemia causada pelo COVID-19. Todos os participantes manifestaram dificuldades para desenvolver e implementar as tecnologias de interação com as famílias e crianças, via remota, porém o processo evoluiu gradativamente com adaptação de ambas as partes. No geral há uma avaliação positiva dos terapeutas relativa à experiência terapêutica, virtual, mediada pela tecnologia: benefícios para as famílias, as crianças e o próprio (a) terapeuta (a) pelas aprendizagens promovidas no uso dos equipamentos e aplicativos. Como recursos utilizados durante as sessões em Terapia Ocupacional por meio da TR estão: jogos *on-line*, atividades lúdicas, histórias, brincadeiras de faz de conta, vídeos, filmes e outros recursos da própria casa da criança. Os resultados indicam fatores que dificultaram a TR: falta de acesso das famílias à internet, conexão da rede web instável, falta de contato físico com a criança impedindo manuseios, especialmente com as crianças com disfunção física, mais graves e impedimento da utilização de técnicas específicas para manuseios. Como indicadores favoráveis relacionados à TR estão: a maior proximidade do(a) terapeuta com a família; desenvolvimento de uma interação mais ativa entre terapeuta-pais; maior participação dos pais no processo terapêutico e (re)conhecimento da realidade da casa/contexto de vida da criança. Importante ressaltar que há controvérsias sobre os benefícios ou não de se considerar os pais como mediadores do processo terapêutico nesta modalidade da TR. **Conclusão:** Espera-se que os resultados produzidos nesta pesquisa possam contribuir para o aprimoramento das práticas de TR em terapia ocupacional dirigida às crianças com disfunções sensorio motoras, uma modalidade ainda nova no Brasil.

Palavras Chave: Telerreabilitação, Tecnologia Assistiva, Terapia Ocupacional, Criança com Deficiência, Brincar.

Abstract

Objective: To describe the perception of Occupational Therapists about their experiences in telerehabilitation (TR) with children who have sensorimotor dysfunctions in Brazil during the pandemic. **Methodology:** This is a descriptive, cross-sectional quantitative and qualitative study. The participants are professionals graduated in Occupational Therapy who work in Brazil and who use the TR resource to offer care to children with sensorimotor dysfunction. Based on a mapping of institutions, an online questionnaire with open and closed questions was implemented. Afterwards, a dialogue began, through interviews conducted online using virtual platforms, with three participants selected by convenience sampling to deepen the information about how the TR occurred. **Results:** Occupational therapists developed TR actions to assist children with sensorimotor dysfunction during the pandemic caused by COVID-19. All participants expressed difficulties in developing and implementing technologies for interacting with families and children remotely, but the process gradually evolved with adaptation on both sides. In general, there is a positive assessment by therapists regarding the therapeutic experience, virtual, mediated by technology: benefits for families, children and the therapist himself/herself through the learning promoted in the use of equipment and applications. As resources used during sessions in Occupational Therapy through TR are: online games, recreational activities, stories, make-believe games, videos, movies and other resources from the child's own home. The results indicate factors that made TR difficult: lack of access to the internet by families, unstable web connection, lack of physical contact with the child, preventing handling, especially with children with more severe physical dysfunction, and impediment to the use of specific techniques for handling. As favorable indicators related to TR are: greater proximity of the therapist to the family; development of a more active interaction between therapist-parents; greater participation of parents in the therapeutic process and acknowledge of the reality of the child's home/life context. It is important to point out that there are controversies about the benefits or otherwise of considering parents as mediators of the therapeutic process in this modality of TR. **Conclusion:** It is expected that the results produced in this research can contribute to the improvement of TR practices in occupational therapy aimed at children with sensorimotor disorders, a modality that is still new in Brazil.

Keywords: Telerehabilitation, Self-Help Device, Occupational Therapy, Disabled Child.

Lista de ilustrações

Figura 1 – Ações e procedimentos para coleta de dados via e-mail para as instituições, grupo de profissionais e via WhatsApp	20
Figura 2 – Grau de familiaridade declarada pelos participantes em relação à Tecnologia Assistiva	24
Figura 3 – Tempo de formação em Terapia Ocupacional e Familiaridade declarada pelo Terapeuta Ocupacional com Tecnologia Assistiva	25
Figura 4 – Atividade e/ou ocupação em que eram utilizados os recursos de Tecnologia Assistiva	27
Figura 5 – Crianças em Telerreabilitação e uso de dispositivos de Tecnologia Assistiva	32

Lista de tabelas

Tabela 1 – Familiaridade e trabalho com Tecnologia Assistiva X Atividades e Ocupações em que eram utilizados recursos de TA com as crianças	25
Tabela 2 – Tempo declarado pelos Terapeutas Ocupacionais sobre a atuação com o público infantil em função de atividades e ocupações empregando recursos de TA com as crianças	27
Tabela 3 – Tempo de formação X Necessidade de existir um programa de TR	33
Tabela 4 – Tempo de atuação com crianças X Necessidade de um programa de TR . . .	34
Tabela 5 – Familiaridade e trabalho com TA X Necessidade de um programa de TR . .	35
Tabela 6 – Tempo de formação X Possibilidade de integrar recursos de TA para estimular o brincar em TR	37
Tabela 7 – Tempo de atuação com crianças X Possibilidade de integrar recursos de TA para estimular o brincar em TR	37
Tabela 8 – Familiaridade e trabalho com TA X Possibilidade de integrar recursos de TA para estimular o brincar em TR	38

Lista de abreviaturas e siglas

AACD	Associação de Assistência à Criança Deficiente
AIVD	Atividade Instrumental de Vida Diária
AOTA	American Occupation Therapy Association
APAE	Associação de pais de alunos excepcionais
ATA	American Telemedicine Association
AVD	Atividade de Vida Diária
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade
COFFITO	Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
COVID-19	Corona Vírus
CREFITO	CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL
E1	Entrevistado 1
E2	Entrevistado 2
E3	Entrevistado 3
OMS	Organização Mundial da Saúde
TA	Tecnologia Assistiva
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEA	Transtorno do Espectro Autista
TO	Terapia Ocupacional
TR	Telerreabilitação
WFOT	World Federation of Occupational Therapists

Sumário

1	INTRODUÇÃO	11
1.1	Justificativa	16
2	OBJETIVOS	18
2.1	Objetivo Geral	18
2.2	Objetivos específicos	18
3	METODOLOGIA	19
3.1	Participantes, critérios de elegibilidade e exclusão	19
3.2	Procedimentos éticos	19
3.3	Procedimentos da Pesquisa	19
3.4	Instrumentos e Procedimentos de coleta	20
3.5	Etapas	21
3.6	Análise dos dados	22
3.6.1	Análise dos dados do questionário	22
3.6.2	Análise de dados das entrevistas	22
4	RESULTADOS	23
4.1	Caracterizando profissionais Terapeutas Ocupacionais participantes da pesquisa.	23
4.2	Abordando o tema da Telerreabilitação no contexto da Terapia Ocupacional com crianças no contexto da pandemia	28
5	DISCUSSÃO	45
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
7	REFERÊNCIAS	53
	APÊNDICES	60
	ANEXOS	70

1 INTRODUÇÃO

O campo de atuação dos profissionais da área da saúde tem se diversificado ao passar dos anos e, com isso, a contribuição da tecnologia para os projetos em saúde tem tido um aumento contínuo na partilha de conhecimentos e na qualificação da assistência em saúde à sociedade (SANTOS et. al. 2014). Nesta direção, pode-se dizer que a prática do profissional de Terapia Ocupacional (TO) e outros profissionais da área da reabilitação também têm sido inovadas e expandidas, seja por descobertas de novas áreas para atuação ou para adaptação mediante aos contextos ambientais e de vivências (HUNG e FONG, 2019).

Uma das medidas que tem se mostrado de sucesso no campo da saúde é a Telemedicina ou Telessaúde, que tem sua definição pela *American Telemedicine Association* (ATA) como uma troca de informações por meio da comunicação com o uso de dispositivos eletrônicos visando melhorar a condição de saúde dos usuários (MARQUES et. al., 2013). Existe também a definição de Telemedicina pela Organização Mundial da Saúde (OMS), onde ela é descrita como a prestação de serviços em saúde quando a distância é um fator-chave (SANTOS et. al. 2014).

Outro termo também descrito pela ATA é a Telerreabilitação (TR), que diz respeito a reabilitação desenvolvida por profissionais especialistas da reabilitação (Terapeutas Ocupacionais, Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos, entre outros) fazendo uso de tecnologias como computadores e dispositivos móveis para proporcionar o acesso à serviços de reabilitação e de apoio nas atividades de lazer e de vida diária. (MARQUES et. al., 2013; HUNG e FONG, 2019).

O termo telerreabilitação foi usado pela primeira vez no ano de 1998, se referindo ao uso da comunicação e transmissão de informação por meio de tecnologia para se propagar os serviços de reabilitação à distância (BRENNAN et al., 2010; KAIRY et al., 2009; MCCUE, FAIRMAN e PRAMUKA, 2010; HUNG e FONG, 2019).

As tecnologias utilizadas na prática da TR podem incluir o uso de internet, mídias ou programas, computadores, celulares, *smartphones*, *tablets*, aplicativos, videoconferência, transmissão de dados por meio de vídeo, fotos e e-mails enviados pelo profissional da saúde e/ou pelo usuário do serviço (BRENNAN et al., 2010; KAIRY et al., 2009; MCCUE, FAIRMAN e PRAMUKA, 2010; HUNG e FONG, 2019).

As práticas da TR podem ser ofertadas de maneira que o profissional e o usuário estejam conectados simultaneamente, porém em locais diferentes, ou quando o profissional e o usuário não estão conectados simultaneamente e estão em locais diferentes, mas os mesmos possuem acesso à um acervo com conteúdos disponibilizados uns pelos outros, como por exemplo vídeos, fotos, atividades, dúvidas e feedbacks, tendo como denominação atividades síncronas e assíncronas, respectivamente (CASON et al., 2013; HUNG e FONG, 2019).

Há aproximadamente uma década, em alguns países como Estados Unidos da América (EUA) e Japão, tem-se discutido a prática da TR para promover a reabilitação de usuários que usem os serviços da Terapia Ocupacional. De acordo com Cason (2012; 2014) e Hung e Fong (2019), os serviços oferecidos pela Terapia Ocupacional nos EUA por meio da TR têm

ressaltado evidências na melhoria do acesso a serviços de reabilitação, sendo possível evitar atrasos desnecessários no recebimento de cuidados e também a diminuição da falta de acesso de serviços de profissionais de reabilitação nas áreas de maior vulnerabilidade.

Em 2010, segundo a *American Occupational Therapy Association* (AOTA), as ofertas de serviços presenciais eram de 55,4% e sofriam algumas limitações, havendo pouca oferta para áreas rurais e áreas com acesso limitado. Em 2014, a *World Federation of Occupational Therapists* (WFOT) reconheceu a TR como um modelo de serviço adequado para as práticas e entrega de serviços oferecidos por Terapeutas Ocupacionais, auxiliando assim os usuários a desenvolverem suas habilidades, incorporar o uso de Tecnologia Assistiva (TA) em seu cotidiano e desenvolver hábitos e rotinas visando a promoção de saúde (CASON et al., 2013; HONG e FONG, 2019).

Ainda nos EUA, a pesquisa desenvolvida por Tenforde et al. (2020) teve como objetivo descrever a viabilidade e a satisfação dos usuários que passaram a utilizar dos serviços de Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Fonoaudiologia por meio da TR devido à pandemia da COVID-19. Os participantes atendidos por meio da TR eram pacientes com lesões esportivas, lesões em membros inferiores e de neurologia pediátrica. Foi feita uma pesquisa online com os pacientes após receberem o tratamento via TR, e desses que responderam, em sua maioria eram mulheres. De acordo com os resultados da pesquisa, os participantes classificaram os serviços de TR como “excelentes” e “muito bom”, e por sua vez alguns benefícios foram ressaltados, como a não necessidade de se transportar até o local de atendimento.

Em Hong Kong, os serviços de TR oferecidos por meio de aplicativos de *smartphones* foram comparados com instruções feitas a lápis e papel para pacientes adultos em situação ambulatorial em pós-operatório de fratura de quadril que estavam sendo acompanhados por Terapeutas Ocupacionais. Foi evidenciado que a TR feita por meio de *smartphones* tem um grande potencial no uso da prática de Terapia Ocupacional para adultos em pós-operatório de fratura de quadril (LI et al, 2020).

Já no Brasil, o cenário relacionado às práticas da Terapia Ocupacional em TR é diferente, primeiramente pelo fato deste serviço ter sido denominado com outros termos, como por exemplo, telemonitoramento, teleatendimento e teleconsultoria, porém correspondendo às mesmas práticas (COFFITO, 2020).

As práticas em TR no Brasil foram iniciadas por conta da pandemia da COVID-19. A COVID-19 é uma doença respiratória de caráter infeccioso que teve o primeiro caso na China em dezembro de 2019, essa doença tem como seus principais sintomas febre, tosse, fadiga e dores de cabeça podendo evoluir para casos mais graves levando o indivíduo contaminado à óbito. (VELAVAN e MEYER, 2020). Devido à disseminação desta doença ter sido rápida, em março de 2020, a OMS declarou situação de Pandemia Mundial, e logo após, no Brasil, foi declarado estado de calamidade de saúde pública devido aos números de casos e internações recorrentes à COVID-19 (OPAS, 2020; BRASIL, 2020). Com o objetivo de conter a disseminação da pandemia e consequentemente diminuir a sobrecarga dos sistemas de saúde do Brasil, medidas

de distanciamento social e trabalho remoto foram adotados (INGLESBY, 2020).

Neste cenário, para que fosse possível dar andamento nos atendimentos em saúde de forma segura, estes passaram a ser realizados remotamente, com o uso da tecnologia para ampliar a entrega dos atendimentos em saúde. (SANTOS, 2020). Nesta circunstância, os serviços de TR no Brasil passaram a ser utilizados e conseqüentemente tiveram mais notoriedade.

Para que os serviços de reabilitação e habilitação oferecidos por Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais fossem entregues aos usuários durante a pandemia da COVID-19, o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFITTO) na Resolução No 516, de 20 de março de 2020, regulamentou os atendimentos não presenciais. Dessa forma, permitiu-se que os mesmos pudessem ocorrer nas modalidades de teleconsulta, teleconsultoria e telemonitoramento, podendo ser de forma síncrona ou assíncrona. Estabelecendo também que o Fisioterapeuta e o Terapeuta Ocupacional têm a autonomia e a liberdade em decidir quais são os casos que se beneficiariam com o atendimento à distância.

Embora as alternativas de atendimento remoto tenham sido regulamentadas recentemente no Brasil, é possível encontrar na literatura alguns estudos pioneiros na área da Fisioterapia com crianças nessa temática com diferentes tipos de intervenção e participantes.

No estudo de Formiga et al. (2021), é dito que a modalidade de telessaúde realizada por vias remotas nas modalidades síncronas e assíncronas são um meio alternativo efetivo para a realização de programas de Intervenção Precoce para crianças com Síndrome de Down. A percepção dos cuidadores foi favorável ao uso desta modalidade, uma vez que eles relataram que se sentiram confortáveis com o desenvolvimento da criança, com a tecnologia utilizada, com os materiais disponibilizados, com os recursos utilizados, com a rotina e com a participação de outros membros da família nos cuidados com a criança.

O atendimento remoto por meio do telemonitoramento destinado às crianças com atraso no desenvolvimento, Síndrome de Down e Paralisia Cerebral também foi evidenciado como eficaz pelo estudo de Rohr et al. (2021), segundo a percepção dos responsáveis e dos fisioterapeutas. Foi identificado que a maioria dos responsáveis pelas crianças relatou que as atividades propostas pelo atendimento remoto síncrono e assíncrono eram possíveis de serem realizadas em seu ambiente domiciliar. Os responsáveis também relataram que foi possível identificar melhoras e progressões no desenvolvimento das crianças, além de se sentirem satisfeitos com o atendimento remoto via telemonitoramento.

Um programa de TR para bebês com alto risco para Paralisia Cerebral foi testado no Brasil durante a pandemia da COVID-19 por Schlichting et. al., (2022). O objetivo do estudo era avaliar a efetividade deste programa, que consistia em uma assistência para crianças com 3 a 18 meses de idade corrigida. O programa consistia em orientações de posturas e posicionamentos, enriquecimento ambiental e atividades orientadas a tarefa e objetivos. A adesão ao programa foi de 90% da amostra dos participantes. Os autores relatam que o programa de TR foi viável, uma vez que foi possível identificar alterações significativas no desenvolvimento de crianças que eram acompanhadas.

A revisão de literatura feita por Santos et. al. (2014), investigou a aplicação da telessaúde na reabilitação de crianças e adolescentes. A pesquisa evidenciou que os países como Estados Unidos, Holanda, Austrália e Taiwan foram os que mais mostraram interesse na temática da TR em crianças e adolescentes, onde a condição de saúde mais estudada por estes foi a asma crônica. A maioria dos estudos contemplados neste trabalho envolveram crianças com idade acima de seis anos, o que evidencia um bom retorno em relação aos atendimentos em TR, visto que as crianças têm contato com as tecnologias cada vez mais cedo. Além disso, os estudos apresentaram um bom retorno em relação aos atendimentos em TR para tais crianças, constituindo-se uma via fácil de entregar os serviços em saúde a partir das tecnologias e de estratégias lúdicas capazes de despertarem a motivação e o interesse da criança para com a TR proposta. (SANTOS et. al, 2014).

Embora estudos recentes tragam um cenário motivador para o campo da TR no Brasil, a escassez de estudo ainda é grande. No que diz respeito às pesquisas envolvendo a TR com crianças e adolescentes com algum tipo de deficiência no Brasil, estes ainda são quase inexistentes, deixando abertas várias lacunas literárias que necessitam de maior atenção e investimento para que essa modalidade de atendimento em saúde seja explorada no nosso país, não mencionando também em específico a Terapia Ocupacional. (SANTOS et. al., 2014).

Muitas vezes, o público infantil que necessita dos serviços de reabilitação de um Terapeuta Ocupacional são crianças com disfunções sensorio-motoras.

O desenvolvimento motor faz parte de um processo que depende de elementos inter-relacionados, como por exemplo, o ambiente em que o indivíduo está inserido bem como suas características físicas e estruturais. É um processo contínuo, pelo qual o indivíduo é capaz de obter diferentes habilidades motoras, as quais vão se aprimorando de movimentos simples, desorganizados e grosseiros para a aquisição de habilidades motoras mais refinadas, precisas e complexas (WILLRICH, AZEVEDO, FERNANDES, 2009), o que contribui para o entendimento de como o ser humano age diante das influências internas e externas ao seu corpo (TUDELLA, GRECO, PEREIRA, 2019).

O desenvolvimento de crianças pode não ocorrer da mesma forma generalizadamente, pois, desde muito tempo atrás, de acordo com Inhelder (1963) e Moreno e Sastre (1987) tem se evidenciado que crianças com deficiência podem apresentar ritmos diferentes ou até oscilações no desenvolvimento quando comparado com crianças típicas (BRASIL, 2006). Alguns autores informam que, o desenvolvimento neuropsicomotor de crianças com deficiência física ocorre como os de crianças típicas e que a diferença está compreendida nas fases deste, uma vez que a criança com deficiência inicia sua fase de exploração do ambiente mais tarde, devido ao seu ritmo nas execuções de suas ações (GODOI, GALASSO e MIOSSO, 2006; BRASIL, 2022; BRASIL, 2006). Ainda assim, autores dizem que a criança com deficiência ou disfunção física, também tem seu desenvolvimento ocorrendo por meio de suas experiências em sociedade (BERNAL, 2010; BRASIL, 2022; BRASIL, 2006).

As crianças com deficiência e disfunções físicas podem acabar apresentando diversos

comprometimentos, estes podem ser nas funções motoras variando o comprometimento entre um indivíduo e outro. Estes comprometimentos podem ser no aparelho locomotor, osteoarticular, muscular e também no sistema nervoso central ou periférico (FERLINI e CAVALARI, 2010; BRASIL, 2006).

As crianças que apresentam os possíveis comprometimentos citados anteriormente, ocorrendo de forma isolada ou em conjunto, acabam sofrendo limitações físicas em diversos graus e gravidades, podendo assim, caracterizar a criança com disfunção física ou disfunção sensório-motora (FERLINI e CAVALARI, 2010; OMOTE, 1993; OMOTE, 1997; BRASIL, 2006).

Essas crianças com disfunções podem ser classificadas como um grupo elegível para que fazer uso de algum tipo de dispositivo ou de algum recurso de TA. Segundo o Comitê de Ajudas Técnicas (CAT) (2007), TA são “produtos, recursos, metodologias, estratégias, práticas e serviços que tem como seu principal objetivo visar a funcionalidade de pessoas com deficiência em âmbitos de autonomia, independência, participação, lazer, qualidade de vida e inclusão social” (ROCHA e DELIBERATO, 2011).

Portanto, estes dispositivos de TA podem ser abordados e contemplados durante as práticas de reabilitação feita pelos Terapeutas Ocupacionais, e também podem estar inclusas nos serviços de TR, pois muitas dessas crianças utilizam TA nas suas atividades de rotina (VARELA e OLIVER, 2013). Os recursos de TA podem ser facilitadores do desempenho ocupacional e promover o engajamento da criança, como por exemplo, na ocupação do brincar, principalmente quando isso é observado no contexto de vida real da criança, que é o seu ambiente domiciliar e escolar (VARELA e OLIVER, 2013).

De acordo com a AOTA (2020), as ocupações são definidas por atividades que as pessoas realizam diariamente para dar significado e propósito a sua vida, podendo ser feitas em diversos contextos, como familiar, comunitário, escolar e no trabalho. Nesta direção e, de acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), a criança é um ser funcional e exerce suas ocupações perante a sociedade ativamente, podendo ser destacada a ocupação do brincar (OMS, 2011).

As crianças com deficiências desenvolvem suas ocupações no contexto de suas vidas diárias. No estudo de Asbjørnslett (2015) foi explorada a forma em que crianças norueguesas com algum tipo de deficiência se envolvem em ocupações e é evidenciado que as crianças mantêm um maior engajamento em atividades que são satisfatórias e de interesse pessoal. Ainda segundo Asbjørnslett (2015), as crianças com deficiência se engajaram e se adaptaram em ocupações nas quais havia um significado pessoal e social em sua cultura pertencente, onde essas ocupações lhes causavam diversão, prazeres e desafios.

Um dos meios mais importantes para os seres humanos se relacionarem com o mundo e aprender sobre ele, é por meio do brincar (PINHEIRO e GOMES, 2016; VARELA e OLIVER, 2012; FIGUEIREDO, SOUZA e SILVA, 2016). O brincar pode ser considerado uma das ocupações mais importantes na infância, visto que é por meio do brincar que a criança explora

o ambiente em que está inserida, permite a socialização com familiares e vivência de novas experiências (VARELA e OLIVER, 2012; FIGUEIREDO, SOUZA e SILVA, 2016).

As ocupações na infância ao serem desenvolvidas com a família, amigos ou outras pessoas, acabam provendo um repertório ocupacional que conseqüentemente favorece as crianças a desenvolverem papéis diversificados como criança nos momentos de brincar, estudar e se relacionar (FOLHA e DELLA BARBA, 2022). Neste estudo de revisão de Folha e Della Barba (2022), as autoras afirmam que a ocupação do brincar foi um tema amplamente abordado enquanto ocupação infantil e também está presente nas práticas de educação infantil. Afirmam também que os resultados apontam o brincar como a principal ocupação infantil, o que caracteriza o reconhecimento dos terapeutas ocupacionais sobre o quanto esta ocupação assume lugar relevante para a infância e por fim indicam o estudo nacional de Sant'Anna (2016) por evidenciar o protagonismo do brincar no âmbito da terapia ocupacional.

De acordo com as evidências supracitadas enfatizando os benefícios dos programas de atenção via remota (Telessaúde, Telemonitoramento e Telerreabilitação) à criança com deficiência, acredita-se na importância de descrever se no Brasil as práticas de TO's em TR que promovem as ocupações, inclusive a do brincar por meio do uso da TA em crianças com disfunções sensorio-motoras. Acredita-se ainda que este conhecimento seja necessário por contribuir na identificação de estratégias que possibilitam a participação ativa da criança no ambiente domiciliar, escolar e social, onde ela poderá desenvolver ações para seu engajamento nas ocupações do cotidiano.

Uma revisão de literatura reforça ainda mais a pertinência de estudos no campo da telerreabilitação em terapia ocupacional com crianças. O estudo de revisão submetido para publicação (MAGESTE DE MORAES; MARTINEZ; 2022) verificou-se que as crianças que fazem uso de dispositivo de TA não foram contempladas nas populações investigadas. Somado a isto, não foram encontrados estudos brasileiros sobre o tema de TA no contexto da telerreabilitação com crianças com disfunções sensorio-motoras, o que motiva a execução da presente pesquisa.

1.1 Justificativa

Considerando-se que as tecnologias de comunicação trazem impactos relevantes no campo da saúde, hipotetiza-se que este cenário seja promissor também para as práticas de reabilitação. Observando-se o fato de que os serviços de reabilitação podem ser entregues de forma remota por meio da TR isso faz com que novas possibilidades de intervenções possam ser incorporadas.

Frente ao fato dos programas de TR terem se mostrado um forte componente nas práticas dos Terapeutas Ocupacionais em diversos países e dos avanços na oficialização desta prática por órgãos de categoria (WFOT, CREFITO, entre outras), hipotetiza-se também que no Brasil, esses meios sejam encorajadores e estejam em uso podendo trazer informações promissoras dos efeitos de sua aplicação.

A revisão de literatura de Mageste de Moraes e Martinez (2022) apontou que estão sendo desenvolvidos estudos com recursos de TA incluídos em programas de TR, porém, as populações em sua maioria são de idosos e pessoas com demência e não com o público infantil, o que encoraja o desenvolvimento do presente estudo.

De acordo com a literatura citada (VARELLA e OLIVER, 2012; ASBJØRNSLETT, 2015), crianças com disfunções sensório-motoras fazem uso de TA, e na atualidade são usuárias dos serviços de TR oferecidos por Terapeutas Ocupacionais, porém, não foi encontrado na literatura nacional fatos que evidenciem isso.

Portanto, esse estudo parte da hipótese de que existam ações em TR no Brasil, desenvolvidas por terapeutas ocupacionais que utilizam TA como estratégias de intervenção para promoção para participação e engajamento de criança com disfunções sensório-motoras em suas ocupações cotidianas.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Descrever a percepção de Terapeutas Ocupacionais sobre suas experiências em Telerreabilitação com crianças com disfunção sensório-motoras no Brasil durante a pandemia.

2.2 Objetivos específicos

Descrever as experiências de terapeutas ocupacionais que fazem uso da TR no Brasil para crianças com disfunções sensório-motoras;

Identificar se a TA está contemplada nos atendimentos de terapia ocupacional nos programas de TR para crianças com disfunções sensório-motoras;

Descrever a percepção dos terapeutas ocupacionais sobre o uso de TA nas ocupações cotidianas com ênfase no brincar em TR.

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, transversal de caráter quantitativo e qualitativo (GIL, 2002; ANDRADE e PEGOLO, 2020).

3.1 Participantes, critérios de elegibilidade e exclusão

Participaram deste estudo, profissionais da saúde com graduação em Terapia Ocupacional que residem e atuam no Brasil e que utilizam ou utilizaram o recurso da Telerreabilitação para ofertar atendimento às crianças com disfunção sensório-motora, que concordaram em participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e que aceitaram a responder um questionário on-line semiestruturado elaborado pelo pesquisador principal.

Foram excluídos deste estudo quaisquer profissionais da saúde cuja formação acadêmica não seja em Terapia Ocupacional, profissionais de Terapia Ocupacional que não utilizaram a Telerreabilitação como forma de entregar seus serviços às crianças com disfunção sensório-motora.

3.2 Procedimentos éticos

O estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar (CEP/UFSCar), e seguiu as Diretrizes e Normas Regulamentadoras das Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde), aprovado em 12/07/2022, sob parecer N. 5.524.272 (ANEXO 1).

3.3 Procedimentos da Pesquisa

Para a identificação e convite dos profissionais foi realizado um primeiro contato com pelo menos uma instituição de ensino de cada estado do país previamente listadas pela Rede Nacional de Ensino e Pesquisa em Terapia Ocupacional (RENETO). Para além destes contatos, foi elaborada também uma divulgação da pesquisa por meio de veículos de mídias sociais contendo o esclarecimento da pesquisa e realizando um convite para que o profissional responda o questionário semiestruturado. Somado a isto, para fontes iniciais de coleta foram convidadas algumas instituições, para permitir o contato com os terapeutas ocupacionais, como por exemplo, Associações Pais Amigos Excepcionais (APAE) do estado de São Paulo, Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD) e centros de reabilitação da região de São Carlos-SP.

Neste estudo, foi utilizada ainda a amostragem não probabilística, amostra obtida por meio da técnica “Bola de Neve”. Os indivíduos selecionados para participar indicaram novos participantes que estavam dentro da sua rede de conhecidos (GOODMAN, 1961). Somado aos procedimentos acima descritos, também foram acionados grupos de *WhatsApp* de profissionais

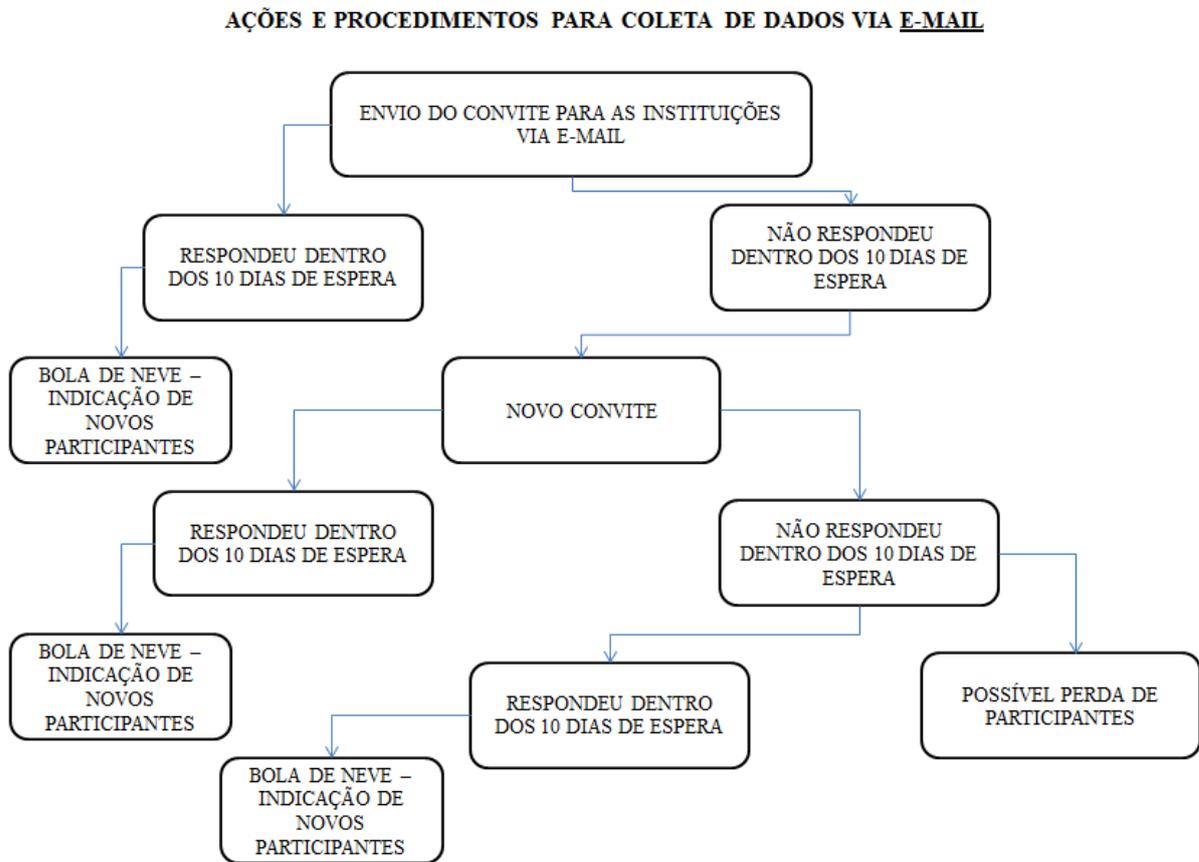
da Terapia Ocupacional e de pesquisadores (mestrandos e doutorandos do Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da UFSCar), a pesquisa foi enviada e repassada pelos pertencentes dos respectivos grupos.

3.4 Instrumentos e Procedimentos de coleta

Após a aprovação foram desenhadas as ações programáticas das etapas seguintes da pesquisa relativa à coleta de dados, a fim de organizar e controlar os procedimentos adotados.

Foi elaborado um fluxograma contendo o caminho a ser seguido e as etapas para a localização e contato com os participantes da pesquisa. Considerando que o contato inicial previa a indicação de participantes pelos gestores das instituições de ensino e de reabilitação e também por meio da Técnica da Bola de Neve (GOODMAN, 1961), ambas as situações foram contempladas.

Figura 1 – Ações e procedimentos para coleta de dados via e-mail para as instituições, grupo de profissionais e via WhatsApp



O Modelo do convite para participar da pesquisa encontra-se no Apêndice 3. O Modelo de Convite enviado via e-mail ou *WhatsApp* diretamente ao profissional indicado encontra-se no Apêndice 4.

Nesta pesquisa foram empregados dois instrumentos para coleta de dados: um questionário semiestruturado no *Google Forms* com questões abertas e fechadas e um roteiro de entrevista semiestruturada que foi realizada por meio do *Google Meet*.

Foi utilizado um questionário semiestruturado elaborado pelo pesquisador onde havia perguntas sobre o início do trabalho em TR, público alvo, sobre a adesão das famílias das crianças para esse tipo de intervenção, condição de saúde da criança em tratamento, uso de TA e sobre a ocupação do brincar nesta modalidade. O questionário, na íntegra encontra-se no APÊNDICE 2.

O questionário semiestruturado é um conjunto de perguntas realizadas para coletar os dados necessários para que os objetivos que permeiam a pesquisa sejam atingidos (CHAGAS, 2000). Foi utilizado este instrumento por ser uma via objetiva e direta.

Com base no número de respostas do questionário, foi realizada uma amostragem por conveniência, ou seja, selecionando-se profissionais cujas práticas utilizam TA na estimulação do brincar de crianças para participar de uma entrevista semiestruturada, o critério utilizado para serem selecionados foi quando no questionário os participantes disseram que durante suas atividades em TR eram utilizados dispositivos de TA para estimular o brincar das crianças atendidas. De acordo com Manzini (2004), tal entrevista é conhecida como semidiretiva, onde existe a possibilidade em obter informações de forma livre, sendo assim, as respostas não estarão condicionadas a um padrão. A entrevista semiestruturada abarca questionamentos básicos que, ao ser realizada, fornece um ambiente favorável a novas interrogativas mediante as hipóteses que se emergem ao receber as respostas do entrevistado (MANZINI, 2004; TRIVIÑOS, 1987).

A entrevista semiestruturada empregada no presente estudo foi elaborada a partir de um roteiro elaborado pelo pesquisador principal. O roteiro da entrevista encontra-se na íntegra no APÊNDICE 3. O objetivo desta fase foi obter maiores detalhes a respeito das práticas de TR identificadas como estratégia para estimular o brincar, buscando-se aprofundar o conhecimento nesta ocupação específica. O número de participantes desta etapa foi definido de acordo com o total de práticas selecionadas, por amostragem de conveniência buscando-se aprofundar os dados com parte da amostra estimada, a princípio, entre 5 a 10%.

3.5 Etapas

Inicialmente foi feita a testagem dos instrumentos de pesquisa disponibilizando a sua estrutura inicial (questionário e roteiro de entrevista) para ser discutida com os membros do laboratório com a participação da orientadora. A partir das sugestões que visaram excluir perguntas repetidas e selecionar apenas aquelas que estavam vinculadas ao objetivo real da pesquisa, uma versão final foi obtida.

Após a localização dos participantes foi enviado um convite para o profissional participar da pesquisa. Neste convite, foram incluídos todos os esclarecimentos a respeito da investigação a ser realizada, o termo de consentimento livre e esclarecido e, no caso de aceite, foi encaminhando um link de um formulário on-line contendo o questionário semiestruturado a ser respondido.

Após o profissional responder às questões do questionário, foi solicitado para que o mesmo indicasse outros possíveis participantes a serem convidados da sua rede de conhecidos que se enquadram nos critérios da pesquisa. Após a indicação de novos profissionais por aqueles que já haviam respondido, foi aplicada a Técnica de Bola de Neve (GOODMAN, 1961), onde o contato foi feito via *WhatsApp* e via e-mail, convidando os profissionais a participarem da pesquisa.

Logo após, foram tabulados os dados das respostas dos questionários em uma planilha no *Microsoft Excel*. E foram selecionados três profissionais que fazem uso de TA para a promoção do brincar para a realização das entrevistas on-line por meio do *Google Meet* para conhecer de maneira mais aprofundada as estratégias utilizadas, com duração média prevista para 30 minutos.

Com base nos dados de questionários e entrevistas, somado ao referencial teórico adotado na presente pesquisa, foi feita a descrição das práticas de Terapeutas Ocupacionais em TR no Brasil descrevendo-se o modo como contemplam a TA em suas práticas terapêuticas visando a participação e engajamento da criança com disfunção sensório-motora nas ocupações cotidianas.

Como compromisso social da pesquisa está prevista a realização de um *feedback* dirigido aos profissionais participantes sobre os resultados obtidos neste estudo.

3.6 Análise dos dados

3.6.1 Análise dos dados do questionário

O questionário ficou composto por questões abertas e questões fechadas. Para as questões fechadas foram feitas análises de frequência de respostas simples, gerando gráficos para interpretações. As questões abertas foram analisadas de forma qualitativa-descritiva.

3.6.2 Análise de dados das entrevistas

As entrevistas feitas foram do tipo semiestruturada, sendo assim, para a análise dos dados oriundos das entrevistas seguiu-se as orientações de Bardin (2011), onde foi realizada a leitura e releitura dos textos que foram transcritos na íntegra, buscando identificar categorias de respostas de acordo com os temas e subtemas desta pesquisa.

Bardin prevê a análise de conteúdos de entrevistas de forma organizada da seguinte maneira, pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. As hipóteses são formuladas e assim são criados indicadores que irão nortear a interpretação final das mesmas, portanto, se faz necessário atentar-se a questões como exaustividade, representatividade, homogeneidade, pertinência e exclusividade (BARDIN, 2011).

4 RESULTADOS

Fazem parte dos resultados aqui apresentados, as respostas de 36 participantes obtidas por meio do questionário on-line e os dados analisados de três entrevistas.

O que dizem os dados dos questionários e das entrevistas sobre as práticas de Terapeutas Ocupacionais em Telerreabilitação com crianças?

Conforme já exposto, o questionário operacionalizado via *Google Forms* constava de questões que buscavam inicialmente caracterizar os profissionais terapeutas ocupacionais participantes da pesquisa. Havia também perguntas sobre o início do trabalho em TR, público alvo, sobre a adesão das famílias das crianças para esse tipo de intervenção, condição de saúde da criança em tratamento, uso de TA e sobre a ocupação do brincar nesta modalidade.

Os resultados obtidos por meio dos questionários são apresentados de forma descritiva acompanhado de ilustrações extraídas das entrevistas, especialmente sobre as experiências dos Terapeutas Ocupacionais em intervenções via TR com uso de TA.

4.1 Caracterizando profissionais Terapeutas Ocupacionais participantes da pesquisa.

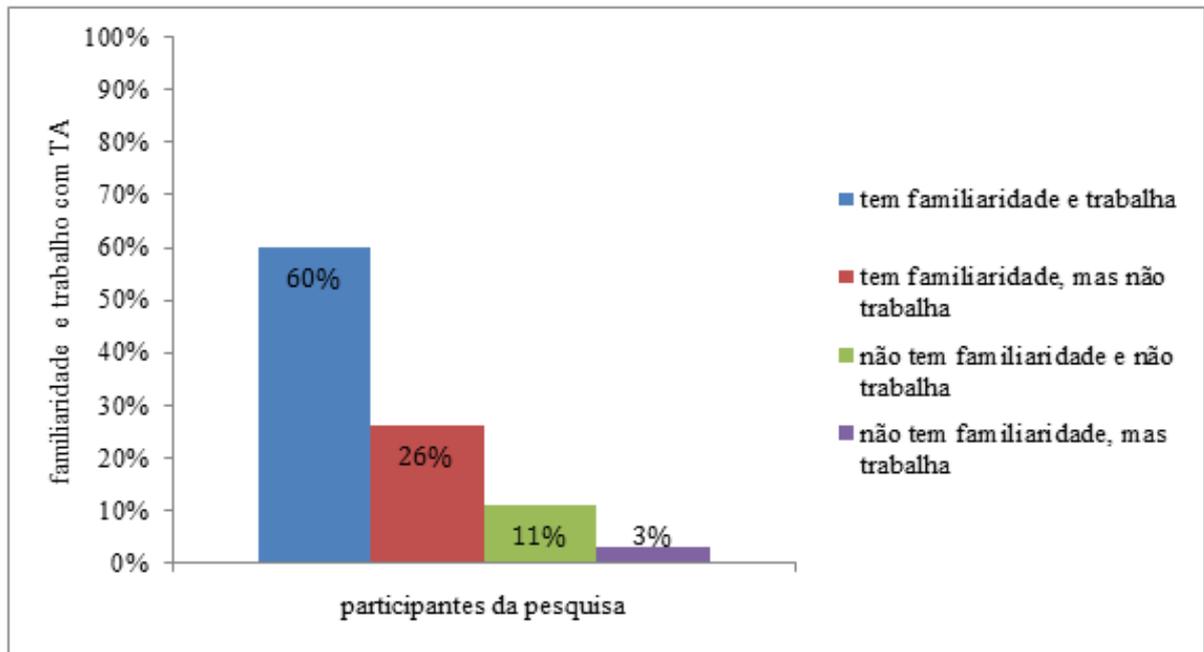
O público é predominantemente do gênero feminino, onde estes correspondem a 34 dos 36 indivíduos participantes com média da idade de 35,17 anos.

O local de maior frequência onde os profissionais de Terapia Ocupacional participantes da pesquisa exercem suas atividades são as clínicas e consultórios privados, o que corresponde ao total de 77,14%. Porém, houve participantes que assinalaram mais de uma opção devido ao fato de exercerem suas atividades em mais de um local.

Em relação à frequência de respostas referente ao estado do Brasil onde os participantes exercem suas atividades, é possível identificar que embora tenha sido feito esforço para se obter respostas de todos os estados na presente pesquisa, apenas participantes de 6 estados (SP, RJ, RS, CE, PR, MG), responderam ao questionário, sendo a grande maioria dos participantes atuando e residindo no estado de São Paulo, o que corresponde a 83% dos participantes.

Em relação ao tempo de formação dos participantes da pesquisa, 16 participantes têm 10 anos ou mais de formação, 10 na faixa de 5 a 10 anos de formação, 4 na faixa de 3 a 4 anos, 4 na faixa de 1 a 2 anos e 2 com menos de um ano de formado. É possível dizer que a maioria dos participantes tem 5 a 10 anos ou mais de formação e experiência em Terapia Ocupacional

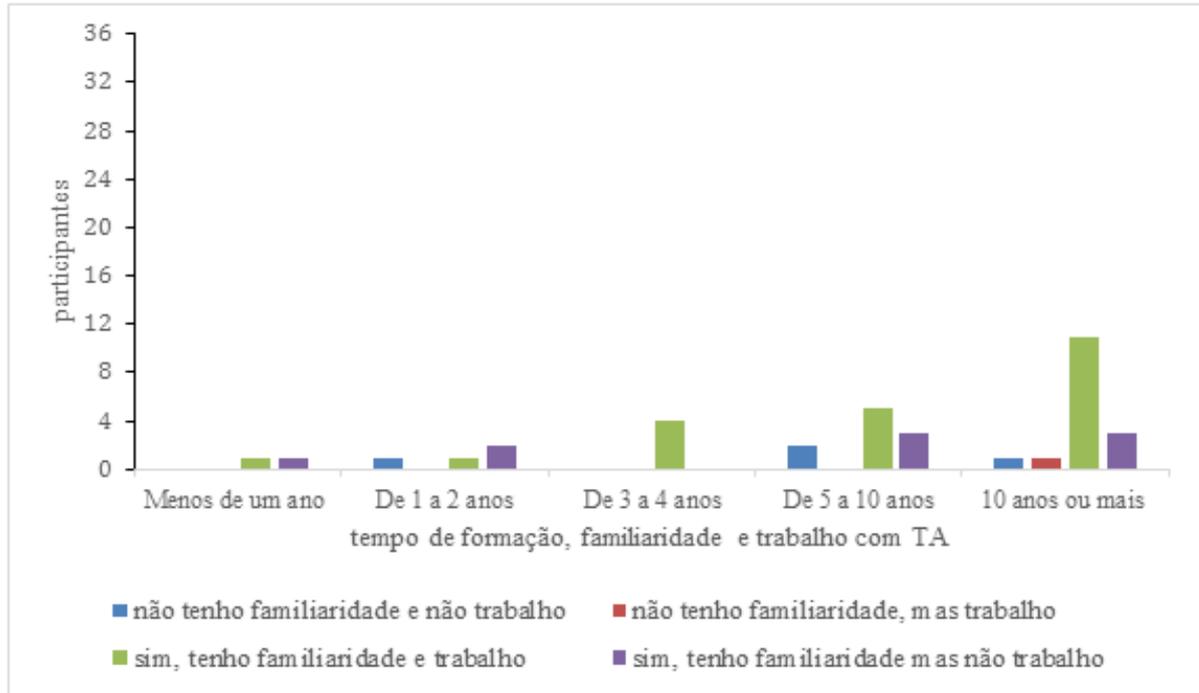
No que diz respeito à TA, os participantes informaram se trabalham ou se tem familiaridade com este tema como mostra o gráfico da Figura 2.

Figura 2 – Grau de familiaridade declarada pelos participantes em relação à Tecnologia Assistiva

Apenas uma parcela mínima, 3% dos participantes respondeu que não tem familiaridade e trabalha com TA, evidenciando um contraste grande ao comparar com os 60% dos participantes com familiaridade e que trabalham com TA, o que significa que a maioria dos participantes tem familiaridade e trabalha com este recurso.

Como mostra o gráfico da Figura 3 é possível dizer que 14 dos 16 participantes que possuem 10 anos ou mais de formação em Terapia Ocupacional, tem familiaridade com recursos de TA.

Figura 3 – Tempo de formação em Terapia Ocupacional e Familiaridade declarada pelo Terapeuta Ocupacional com Tecnologia Assistiva



A associação destas variáveis apresentadas acima, revela que quanto maior o tempo de formação destes profissionais, maior é a sua familiaridade com os recursos de TA.

Ainda sobre a familiaridade do participante Terapeuta Ocupacional com recursos de TA, foi possível identificar que 22 dos participantes com familiaridade e trabalham com recursos de TA, 7 destes utilizam TA em 5 campos das ocupações (AVD, AIVD, Brincar, Lazer e Atividades Escolares) das crianças em que são atendidas por eles, como mostra a Tabela 1.

Tabela 1 – Familiaridade e trabalho com Tecnologia Assistiva X Atividades e Ocupações em que eram utilizados recursos de TA com as crianças

Tem familiaridade, trabalhou ou trabalha com TA?	AVDS, AIVDS, Brincar, Lazer e Atividades escolares
Não tem familiaridade e não trabalha	-

Tem familiaridade, trabalhou ou trabalha com TA?	AVDS, AIVDS, Brincar, Lazer e Atividades escolares
Não tem familiaridade, mas trabalha	1
Tem familiaridade e trabalha	7
Tem familiaridade, mas não trabalha	1
Total geral	9

Elaborado pelo autor (2022).

Na amostra, apenas 7 Terapeutas Ocupacionais que têm familiaridade com recursos de TA exploram os cinco campos das ocupações que foram abordadas no questionário, ou sejam, as AVD's, AIVD's, brincar, lazer e atividades escolares.

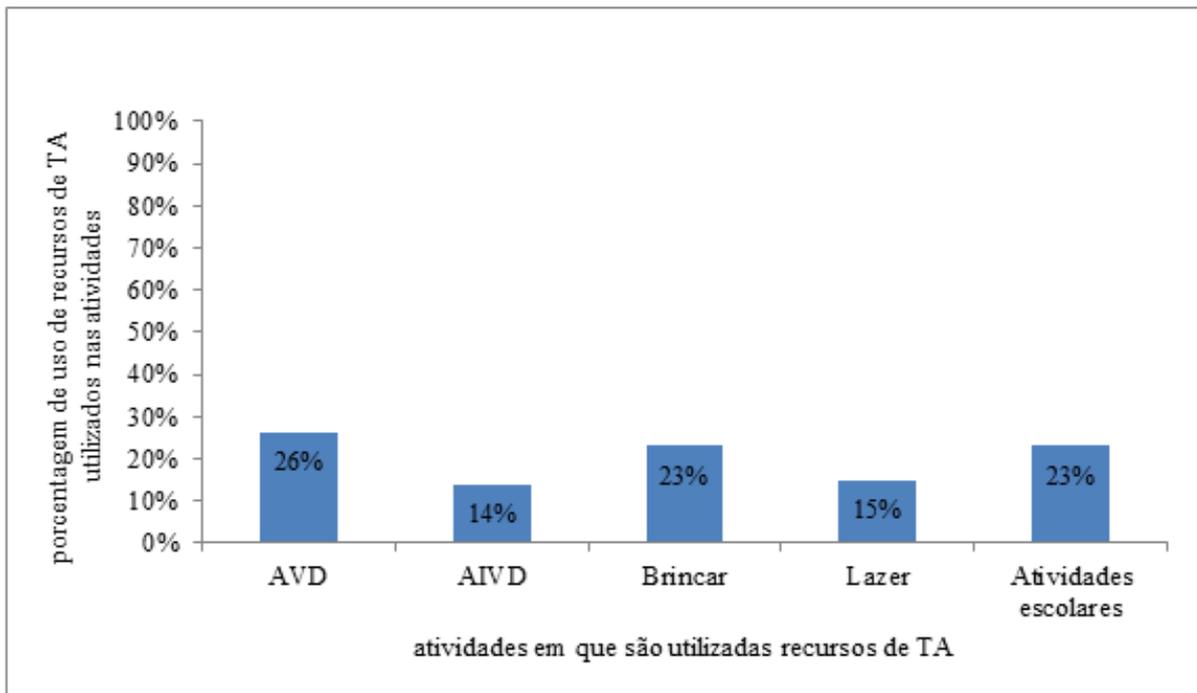
Os participantes também informaram sobre o tempo de atuação na prática clínica com atendimento voltado ao público infantil. A maioria dos participantes da pesquisa, ou seja, 37% possuem mais de 10 anos de experiência atuando com a população infantil.

Em relação ao público atendido por estes profissionais, as opções para condições de saúde variavam entre: atraso no desenvolvimento, síndromes genéticas, disfunções sensório-motoras e disfunções psíquicas. Destaca-se que cada participante podia assinalar mais que uma opção e também informar alguma outra condição de saúde que não estivesse sendo contemplada. A maioria informou que atendem crianças com todas as condições de saúde listadas no questionário, também houve uma resposta onde um participante informou trabalhar com crianças com seletividade alimentar.

Em relação acerca da faixa etária das crianças atendidas pelos participantes do estudo, pode ser observado, que os participantes da pesquisa atendem crianças desde recém nascido até os seis anos de idade.

Foi abordado em quais atividades e/ou ocupações os participantes da pesquisa utilizavam recursos de TA com as crianças atendidas.

Figura 4 – Atividade e/ou ocupação em que eram utilizados os recursos de Tecnologia Assistiva



autoria própria

Para responder sobre quais recursos de TA eram utilizadas nas atividades e ocupações, os participantes podiam assinalar mais do que uma das alternativas. Os resultados evidenciaram que os recursos de TA mais utilizados são aqueles empregados nas atividades de vida diária (AVD), seguidos por atividades escolares, brincar, lazer e por último nas atividades instrumentais de vida diária (AIVD), o que mostra que o brincar está sendo contemplado nas atividades de TR.

Ao associar o tempo de atuação com o público infantil com as atividades e ocupações que os Terapeutas Ocupacionais utilizavam os recursos de TA nos atendimentos em TR, é possível dizer que 7 dos Terapeutas Ocupacionais que atuam por 10 anos ou mais com este público, usam a TA com maior diversidade de atuação, ou seja, entre 3 a 5 campos das ocupações que constavam no questionário (AVD's, AIVD's, Brincar, Lazer e Atividades Escolares), como mostra a Tabela 2.

Tabela 2 – Tempo declarado pelos Terapeutas Ocupacionais sobre a atuação com o público infantil em função de atividades e ocupações empregando recursos de TA com as crianças

Tempo de atuação com o público infantil	AVDS, AIVDS, Brincar, Lazer, Atividades escolares	AVDS, Brincar, Lazer, Atividades e escolares	AVDS, Brincar e Atividades escolares
Menos de um ano	1	-	-
De 1 a 2 anos	-	-	-
De 3 a 4 anos	2	1	1
De 5 a 10 anos	3	-	1
10 anos ou mais	4	2	1
Total geral	10	3	3

Elaborado pelo autor (2022).

É possível dizer que quanto maior o tempo de experiência com crianças, mais são explorados os campos das ocupações utilizando recursos de TA.

4.2 Abordando o tema da Telerreabilitação no contexto da Terapia Ocupacional com crianças no contexto da pandemia

A partir deste item, cujo tema é a *telerreabilitação com crianças em terapia ocupacional*, a presente pesquisa passa a apresentar os dados dos questionários seguidos de ilustrações por meio dos trechos das entrevistas realizadas com três terapeutas ocupacionais. Buscou-se um entrelaçamento de informações advindas dos questionários acompanhadas dos trechos das entrevistas.

De acordo com os relatos da participante E1, funcionária pública que exerce suas atividades em uma clínica na mesorregião Metropolitana de São Paulo, os inícios das atividades em TR foram um pouco dificultosos. Além de obrigatório e de ser o seu primeiro contato com a TR, a participante relata não ter se sentido preparada para os inícios das atividades, visto que as mesmas iniciaram abruptamente devido à pandemia da COVID-19. Somado a isto, a participante informou não ter familiaridade com as plataformas virtuais por onde eram entregues os seus serviços de reabilitação, o que ocasionou um período de adaptação para ela conseguir lidar no manejo das plataformas virtuais. Foi relatada também uma dificuldade nos tipos de atividades que seriam propostas para os pacientes e para as famílias na modalidade de TR.

“... aprendemos também o que a gente poderia propor para o paciente e para a família do paciente numa modalidade que era tão diferente e tão distante...” (E1)

E1: Entrevistada 1.

Os relatos feitos pela participante E2, funcionária de uma instituição pública no interior do estado de São Paulo, o início das atividades em TR foi um momento de medo, dúvidas e incertezas. Como informado por E2, no início os atendimentos ficaram suspensos por duas semanas, e em seguida foram feitos planejamentos de como os atendimentos poderiam continuar sendo ofertados remotamente. A participante informou não se sentir preparada e não se sentir confiante para iniciar os atendimentos de forma remota, porém, com o decorrer do tempo, tudo se estabilizou.

“... no começo foi muito cansativo, extremamente cansativo, era estressante, mas ao longo do tempo as coisas foram se encaixando, então, os pais foram pegando o gancho, os pais foram entendendo, a família foi colaborando, já meio que era no automático, a família já começou a entender e foi ficando um processo fácil, mas no começo ninguém estava preparado não, ninguém tinha segurança disso...” (E2).

E2: Entrevistada 2.

De acordo com os dados da entrevistada E3, que atua em uma clínica particular no interior do estado de São Paulo, ela relata ter se sentido despreparada para exercer as atividades devido ao início ser de forma abrupta, e que foi um processo difícil.

“... e a gente meio que teve que fazer tudo acontecer em muito pouco tempo, então, acho que foi uma coisa bem um processo bem difícil nesse sentido...” (E3).

E3: Entrevistada 3.

O motivo informado por todos os participantes pelo qual iniciaram as atividades foi decorrente as medidas de distanciamento social devido à pandemia da COVID-19.

Foram obtidas também informações sobre o momento em que os participantes passaram a utilizar a TR como estratégia para entregar os seus serviços de reabilitação. A maioria dos participantes passou a utilizar a TR no ano de 2020, correspondendo a um total de 71%. Ainda houve participantes que iniciaram as atividades em 2021, correspondendo a um total de 26% da amostra, e 3% que iniciaram as atividades em 2022.

Buscou-se aprofundar os dados dos questionários indagando-se sobre como ocorria uma sessão típica de telerreabilitação em terapia ocupacional com crianças.

E1 informou que as conduções das sessões diferiam entre um paciente e outro devido às diferentes demandas entre eles: sessões com crianças com disfunção neurosensório-motoras e crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista (TEA). Foi descrito por E1, uma sessão para um paciente com Paralisia Cerebral. O atendimento era norteado em orientações para os pais em relação ao posicionamento do paciente. O atendimento também se baseava em orientações para alimentação, banho e outras atividades de vida diária. A participante E1 também descreveu outra sessão em condição distinta. O paciente também possui Paralisia Cerebral e sua

maior dificuldade era realizar atividades gráficas refinadas e brincadeiras simbólicas elaboradas, porém, a mãe do mesmo optou por não fazer o atendimento remoto por vias síncronas como era a proposta inicial. Então, foi elaborado um material com uma pasta de atividades que continha atividades de recorte e colagem, colorir, atividades simbólicas e atividades de seguir pontilhado, e a mãe deste paciente comparecia assiduamente toda semana na clínica para buscar. Por isso, foi realizado um cronograma com as atividades que este paciente deveria fazer.

E1 relata ter experiência em encontros síncronos e assíncronos.

“... eu marcava encontros eventuais com a família, mas tinham famílias que solicitavam o encontro e depois não aderiam, então não eram encontros muito sistemáticos com esses casos...” (E1)

Na descrição das sessões de um caso específico de uma criança com TEA, a participante descreve ter utilizado jogos por meio do *Microsoft Power Point*, cada sessão contava com jogos diferentes, como por exemplo, jogos de tabuleiros, jogos de regras e jogos com desafios. Eram trabalhadas questões de seletividade alimentar, dinâmica familiar, porém sempre mesclando com os jogos.

“... o paciente passou a se engajar muito porque ele adorava jogar e adorava desafios...” (E1)

“... era um paciente que estava muito entediado com a pandemia, pois não podia sair de casa, não podia se relacionar com outras pessoas, não podia ir pra escola, não podia ir pra terapia, e ele era um dos pacientes que gostava muito de estar em terapia, e esses eram momentos que eu acho que eram quando ele podia se desligar dessa realidade para que ele pudesse interagir com algo que ele gostava muito...” (E1)

Outros casos de crianças com TEA foram relatados pela participante, a mesma alegou que havia crianças que conseguiam permanecer durante a sessão toda sem a necessidade da supervisão de cuidadores e com outras crianças era necessária a presença do cuidador integralmente. De forma geral foi dito ser possível realizar atividades lúdicas, cognitivas e de psicomotricidade, trabalhando com imagens e figuras.

Na descrição dos atendimentos feitos por E2, é dito que os atendimentos eram previamente planejados, ou seja, no início das atividades em TR era explicado aos pais e cuidadores como os atendimentos iriam ocorrer, era feito um processo (re) avaliativo inicialmente com a criança.

“... Por exemplo, no primeiro atendimento a gente passava como se fosse um protocolo, “ó fulano o atendimento agora vai ser por vídeo chamada, essas vídeo chamadas vão ser evoluídas nos prontuários, vai ser explicado para você como que funciona...” (E2).

Após esse feito, E2 informou serem enviados vídeos previamente ao atendimento, ou seja, o que iria ser trabalhado naquela sessão. Os vídeos enviados continham exemplos e explicações de como a sessão iria ocorrer, para facilitar o manejo do pai ou do cuidador com a criança no momento da sessão em TR.

“... depois dessa “reavaliação”, a gente montava os vídeos das atividades que a gente já estava habituada a fazer com o paciente, então a gente falava: “pai, cuidador, esse é o exercício de hoje que a gente precisa fazer para tal objetivo que a gente estava trabalhando, então, a gente vai te mandar o exemplo de como que faz”...” (E2).

“... quando era um exercício de reabilitação, a gente gravava o exercício antes e mandava para esse pai “ó pai, acabei de te mandar olhe aí”...” (E2).

Nos relatos de E3, os atendimentos também eram previamente planejados, porém, a mesma informa que às vezes nem sempre era possível seguir com o plano.

“... a gente estava muito dentro das casas das pessoas né, então, de repente a gente estava lá, começávamos a sessão e a criança estava no quarto, daí a criança saía correndo e ia pro quintal e aí a família não conseguia pegar a criança e se distraía e começava apresentar a casa pra gente...” (E3).

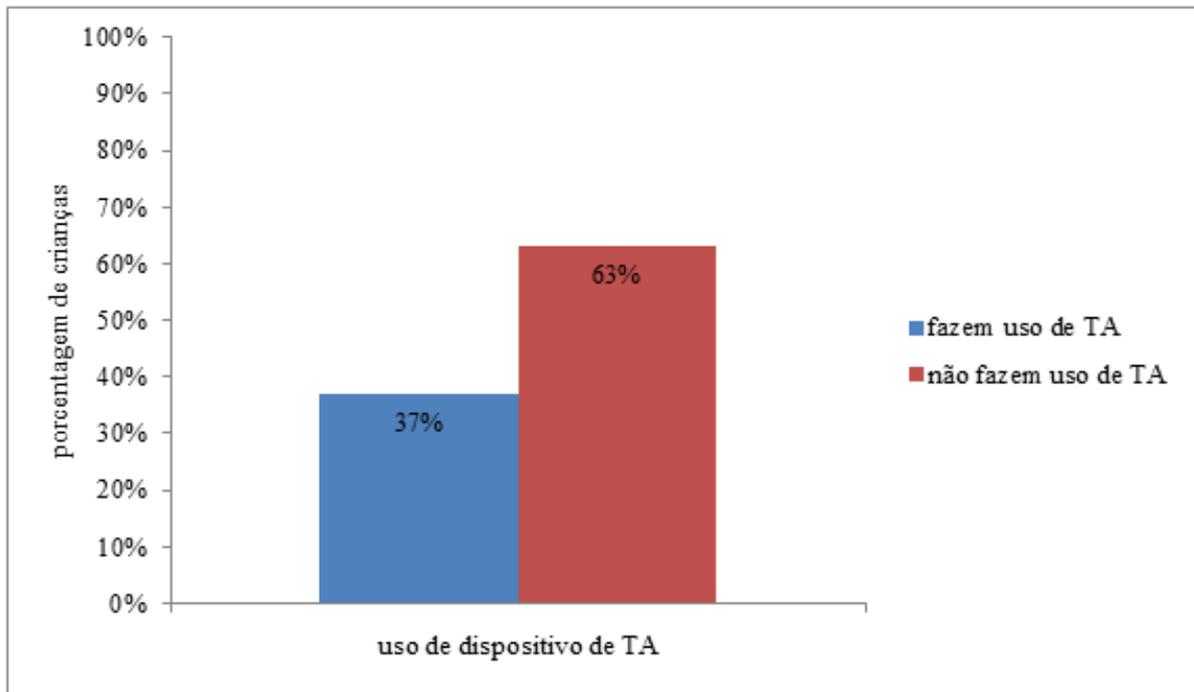
E3 informa que as atividades a serem realizadas nos atendimentos também eram informadas aos pais e cuidadores, e durante a sessão em TR, E3 ia acompanhando e instruindo os mesmos a fazerem as atividades de forma correta. As sessões contavam com atividades lúdicas, de propriocepção, estimulação e integração sensorial. As sessões em geral tinham cerca de 50 minutos de duração, onde 30 minutos eram reservados para manuseios e atividades com as crianças e 20 minutos eram para conversas e instruções aos pais e cuidadores.

“... eu explicava tudo isso e a mãe na hora que ia fazer me ligava, por vídeo e com a câmera, e eu assistia tudo, ao vivo...”, “... depois dela fazendo a atividade por meia hora, eu usava os outros vinte minutos e ficava com a mãe, explicando por exemplo: “isso aqui sim, isso não, quando começa a ficar muito aversivo tem que parar mesmo”...” (E3).

O gráfico da figura 5 diz respeito às crianças acompanhadas no serviço de TR, onde foi informado se as mesmas faziam ou usavam algum dispositivo de TA.

Figura 5. Crianças em Telerreabilitação e uso de dispositivos de Tecnologia Assistiva

Figura 5 – Crianças em Telerreabilitação e uso de dispositivos de Tecnologia Assistiva



autoria própria

De acordo com os dados do Gráfico 4, 63% da população de crianças nesta amostra, atendidas por meio da TR não fazem uso de dispositivos de TA, porém, 37% da população faz uso. Dentre os dispositivos de TA utilizados por tais crianças, estes variam entre cadeiras de rodas, andadores, coletes, órteses, parapodium, engrossadores de lápis, tesouras adaptadas, utensílios para alimentação (copos e garrafas adaptados, pratos com borda, pratos com ventosa, talheres adaptados e engrossados), dispositivos de comunicação alternativa, videogame, computadores, celulares e pranchas de rotina.

Segundo relatos da E1, as crianças que recebiam os seus serviços por meio da TR faziam uso de alguns dispositivos de TA, dentre eles, cadeira de rodas adaptada, engrossadores de colher, tapetes antiderrapantes para apoio de prato e assento e cadeira de banho adaptada.

A participante E1 relata que no período em que realizava seus atendimentos por meio da TR, houve um momento em que foi feita a prescrição de uma cadeira de rodas, onde existiu a necessidade de marcar um encontro presencialmente para que as adaptações na cadeira fossem feitas corretamente e personalizada de acordo com as necessidades particulares da criança. Ainda de acordo com o caso descrito pela participante E1 sobre a prescrição da cadeira de rodas, a mesma ainda traz apontamentos sobre o engajamento da família desta criança no processo de prescrição e adaptação.

“... mas a prescrição com a participação dessa família em especial foi bem importante porque eles sempre tiveram uma preocupação bastante grande com essa criança para que ela se mantivesse mais bem posicionada possível...” (E1)

“... essa família em especial já era uma família bastante engajada, e quando não

tinham recursos financeiros, eles acessavam sites de arrecadação e conseguiam o valor, e aí eles fizeram a cadeira de rodas por meios particulares... ” (E1)

De acordo com os relatos da participante E2, houve um processo rico e interativo entre terapeuta, família e confecção, implementação de dispositivos de TA. Alguns casos eram necessários marcar um encontro presencialmente para prescrições e adaptações de órteses, cadeira de rodas, adaptadores de garfo ou colher, mas, em outros casos, o processo de confecção era feito pelos pais e cuidadores sob instruções da terapeuta.

“... quando o pai conseguia fabricar, coisas básicas mesmo, aí ele nos davam a devolutiva, filmavam, filmava a criança fazendo, faziam vídeo chamada pra gente conseguir ver se realmente estava correto, se estava adequado pra essa criança, e geralmente falávamos: “é isso mesmo, vamos continuar nessa forma”, agora, quando eram coisas que não davam pra fazer por teleatendimento a gente tinha que chamar...” (E2)

Com o que foi dito por E3, não houve a prescrição de dispositivos de TA, mas segundo ela, ela realizou uma organização e um enriquecimento ambiental e sensorial no quarto de algumas crianças que estavam em atendimento via TR.

“... o que a gente fez foi a organização do quarto, porque tinham muitos quartos que todos os brinquedos ficavam muito acessíveis e era muito estímulo para a criança...”, “... Eu fiz bastante organização do enriquecimento ambiental do quarto e também sensorial, no berço por exemplo: “aqui, então a gente pode colocar uma textura do lado do berço, pra ele virar e passar a mão e depois a gente vai mudando...” (E3)

Foi perguntado em relação à necessidade de um programa de TR que utilize recursos de TA para estimular o brincar de crianças com disfunção sensório-motora de acordo com a perspectiva dos participantes, o maior número de pessoas que sentem essa necessidade, são os Terapeutas Ocupacionais que possuem 10 anos ou mais de formação, correspondendo a 13 de 16, como mostra a tabela abaixo, o que corresponde a 81.2% da amostra, como mostra a Tabela 3.

Tabela 3 – Tempo de formação X Necessidade de existir um programa de TR

Tempo de formação	Não sente a necessidade	Sente a necessidade

Menos de um ano	1	1
De 1 a 2 anos	-	4
De 3 a 4 anos	1	3
De 5 a 10 anos	1	9
10 anos ou mais	3	13
Total geral	6	30

Elaborado pelo autor (2022).

Em suma, as pessoas com maior tempo de formação em Terapia Ocupacional relataram maior necessidade de um programa de TR que utilize TA para estimular o brincar de crianças com disfunção sensório-motora.

Levando em consideração o tempo de experiência dos participantes atuando com o público infantil, os resultados apontam que 84.3% Terapeutas Ocupacionais com 10 anos ou mais de experiência com esta população, ou seja, 11 de 13 indicaram sentir a necessidade de um programa de TR que utilize a TA para estimular o brincar de crianças com disfunção sensório-motora, como mostra a Tabela 4.

Tabela 4 – Tempo de atuação com crianças X Necessidade de um programa de TR

Tempo atuando com crianças	Não sente a necessidade	Sente a necessidade
Menos de um ano	1	2
De 1 a 2 anos	-	4
De 3 a 4 anos	2	5
De 5 a 10 anos	1	8
10 anos ou mais	2	11

Tempo atuando com crianças	Não sente a necessidade	Sente a necessidade
Total geral	6	30

Elaborado pelo autor (2022).

As pessoas com maior tempo de experiência com criança são as que indicam maior necessidade de um programa de TR que utilize TA para estimular o brincar de crianças com disfunção sensório-motora.

Expondo os resultados da pesquisa ainda de acordo com a necessidade dos participantes de um programa de TR que utilize TA para estimular o brincar, 90.9% dos Terapeutas Ocupacionais que tem familiaridade e que trabalham com recursos de TA, ou seja, 20 dos 22 participantes acham necessária a existência do referido programa, apresentado na Tabela 5.

Tabela 5 – Familiaridade e trabalho com TA X Necessidade de um programa de TR

Familiaridade e trabalho com TA	Não sente a necessidade	Sente a necessidade
Não tenho familiaridade e não trabalho	1	3
Não tenho familiaridade, mas trabalho	-	1
Sim, tenho familiaridade e trabalho	4	18
Sim, tenho familiaridade, mas não trabalho	1	8
Total geral	6	30

Elaborado pelo autor (2022).

Os profissionais familiarizados e que trabalham com recursos de TA em seus atendimentos, sentem maior necessidade de um programa de TR do que os outros profissionais participantes.

Os resultados da pesquisa indicam que em uma escala de 0 a 10, onde 0 é não aderiria de jeito nenhum a um programa específico de TR que utilize TA para estimular o brincar de crianças com disfunção sensório-motora e 10 é aderiria com certeza, os profissionais com 10 anos ou mais de formação em Terapia Ocupacional, sendo estes 9 de 16 profissionais, pontuaram de 7 a 10 informando que aderiria com certeza ao referido programa.

Sendo assim, os profissionais com 10 anos ou mais de formação indicam as pontuações mais altas na adesão de um programa específico de TR que utilize a TA para estimular o brincar de crianças com disfunção sensório-motora.

Em relação aos Terapeutas Ocupacionais com 10 anos ou mais de experiência atuando com o público infantil, 8 de 13 destes profissionais pontuaram de 7 a 10 informando que com certeza adeririam ao programa mencionado anteriormente.

De acordo com isso, é possível dizer que os profissionais com 10 anos ou mais de experiência atuando com o público infantil indicam pontuações mais altas na adesão de um programa de TR, como mencionado acima.

Os resultados ainda mostram, que, no total de 22 participantes que tem familiaridade e trabalham com recursos de TA, 16 destes, ou seja, 72.7% pontuaram de 7 a 10 dizendo que adeririam a um programa específico de TR que utilize TA para estimular o brincar de crianças com disfunção sensório-motora. Os profissionais que possuem familiaridade e que trabalham com recursos de TA apresentam pontuações mais altas ao se referir a adesão de um programa específico de TR que utilize TA para estimular o brincar de crianças com disfunção sensório-motora.

Com relação às intervenções feitas por meio da TR, foram colhidas informações para entender se os participantes contemplavam a ocupação do brincar nos atendimentos em TR.

Os participantes em sua grande maioria contemplam a ocupação do brincar nos atendimentos de TR, compondo 71,4% da amostra. Os participantes que contemplam, mas nem sempre são 25,7%, justificando que não contemplam sempre, pois nem sempre as AVD's são os objetivos principais do atendimento, por dificuldade de modelar o brincar por plataformas on-line ou até mesmo pelo fato do atendimento ter um foco maior na relação da criança com a casa e com o ambiente familiar.

Mediante as informações do gráfico anterior, foram perguntadas também quais estratégias e dispositivos que os participantes utilizavam para promover o brincar das crianças que eram atendidas por eles. Os dispositivos que apareceram com mais frequência relatados pelos participantes foram os jogos on-line, atividades lúdicas com uso de computador, brincadeira de faz de conta, histórias, vídeos, filmes interativos e também o reaproveitamento e utilização de recursos pré-existentes no domicílio da criança.

Com os dados oriundos das entrevistas, é possível exemplificar também os dispositivos de TA que eram utilizados pelos profissionais para estimular a ocupação do brincar das crianças que eram atendidas. Exemplificando o uso dos dispositivos de TA nos processos de comunicação da criança, na apreensão de um brinquedo e estimulação da coordenação motora fina em sessões de TR:

“... Se considerarmos a comunicação suplementar como um recurso de TA para algumas crianças, os símbolos de comunicação que eu tinha colado na parede da minha sala presencial, eu passei essas imagens para o power point para com expressões e sentimentos para que a criança pudesse ver ali, por exemplo...”, “... tinham cartões de comunicação e tinha rotina, da mesma forma que na minha sala tinha rotina, por exemplo...” (E1).

“... a gente utilizava abductor de polegar para as crianças conseguirem agarrar o brinquedo...” (E2).

“... em crianças que a gente estava trabalhando as questões da coordenação motora fina para brincar, então como pintar, colorir, ligar pontinhos, a gente conseguiu emprestar alguns engrossadores e adaptadores de escrita e alguns pais conseguiram comprar esse tipo de TA...” (E3).

Foi perguntado para os participantes se eles acreditavam que era possível integrar dispositivos de TA na estimulação do brincar de crianças em atividades de TR. Os dados da pesquisa

trazem que, profissionais com 10 anos ou mais de formação em Terapia Ocupacional, ou seja, 13 de 16 participantes, estes vislumbram a possibilidade de integrar dispositivos de TA na estimulação do brincar em atividades de TR, como evidenciado na tabela 6 a seguir.

Tabela 6 – Tempo de formação X Possibilidade de integrar recursos de TA para estimular o brincar em TR

Tempo de formação	Não seria possível	Sim, seria possível	Sim, já faço isso
Menos de um ano	-	2	-
De 1 a 2 anos	-	4	-
De 3 a 4 anos	-	3	1
De 5 a 10 anos	-	6	4
10 anos ou mais	3	9	4
Total geral	3	24	9

Elaborado pelo autor (2022).

Os participantes com maior tempo de formação mostram também que em sua percepção existe a possibilidade integrar dispositivos de TA na estimulação do brincar em atividades de TR.

Os dados da pesquisa também mostram que, 84.3% dos Terapeutas Ocupacionais que possuem 10 anos ou mais de experiência atuando com o público infantil, sendo estes, 11 de 13 participantes, acham que é possível integrar dispositivos de TA na estimulação do brincar em TR, é possível enxergar isso nos dados da Tabela 7 abaixo.

Tabela 7 – Tempo de atuação com crianças X Possibilidade de integrar recursos de TA para estimular o brincar em TR

Tempo de atuação com crianças	Não seria possível	Sim, seria possível	Sim, já faço isso
Menos de um ano	-	3	-
De 1 a 2 anos	-	4	-
De 3 a 4 anos	-	3	4
De 5 a 10 anos	1	7	1
10 anos ou mais	2	7	4

Tempo de atuação com crianças	Não seria possível	Sim, seria possível	Sim, já faço isso
Total geral	3	24	9

Elaborado pelo autor (2022).

Os participantes com maior tempo de experiência atuando com o público infantil indicam a possibilidade de integração dos recursos de TA no brincar em atividades de TR.

Ainda assim, os resultados mostram que 90.9% dos profissionais que tem familiaridade e que trabalham com dispositivos de TA, acham possível integrar a TA no brincar em TR, ou seja, 20 dos 22 profissionais, assim como é apresentado na Tabela 8 a seguir.

Tabela 8 – Familiaridade e trabalho com TA X Possibilidade de integrar recursos de TA para estimular o brincar em TR

Familiaridade e trabalho com TA	Não seria possível	Sim, seria possível	Sim, já faço isso
Não tenho familiaridade e não trabalho	1	3	-
Não tenho familiaridade, mas trabalho	-	1	-
Sim, tenho familiaridade e trabalho	2	11	9
Sim, tenho familiaridade mas não trabalho	-	9	-
Total geral	3	24	9

Elaborado pelo autor (2022).

Os profissionais que tem mais familiaridade e trabalham com dispositivos de TA indicam a possibilidade de integração dos dispositivos de TA para estimular o brincar em atividades de TR.

A pequena parcela que diz que não é possível contemplar os recursos de TA para estimular o brincar em um atendimento por TR justifica que: “o brincar é uma troca entre pessoas, objetos e contextos que ocorrem em ambientes diversos” e que com “recursos escassos” se torna algo inviável, já outros afirmam que a população infantil atendida apresenta “*transtornos motores leves*” o que acaba tornando inviável integrar o uso de TA para estimular o brincar por meio da TR.

A participante E1 descreve o processo terapêutico do brincar utilizando recursos de TA para estimular esta ocupação. Eram utilizados Recursos como pranchas de comunicação suplementar alternativa por meio dos aplicativos *Microsoft Power Point*, com a finalidade de assemelhar ao que era realizado em atividades presenciais, cartões de comunicação e também cartões para auxiliar nos processos de rotina.

De acordo com os dados da entrevista de E2, os dispositivos utilizados por ela para estimular o brincar em TR, eram os abdutores de polegar para facilitar e brinquedos adapta-

dos confeccionados pelos terapeutas para poder proporcionar estímulo visual para as crianças conseguirem focar nos brinquedos.

Para E3, os dispositivos de TA utilizados para estimular o brincar das crianças que estavam em atendimento eram engrossadores de lápis e adaptadores de escrita, adaptadores de leitura, adaptadores para contrastes e tapetes sensoriais.

Ainda foi perguntado aos participantes se havia alguma sugestão para um programa de TR voltado para crianças com disfunções sensorio-motoras utilizando dos recursos de TA para estimular o brincar, e uma parte dos participantes disse que não haviam sugestões a serem feitas, alguns por relatarem uma perspectiva negativa com as atividades de TR e outros por não terem ideias no momento de deixar sugestões.

Uma grande parte deixou suas considerações para um programa de TR, as sugestões feitas foram para um programa que tenha um grande envolvimento dos familiares e cuidadores, programas em que foquem na capacitação dos familiares e cuidadores para garantir o uso correto dos recursos de TA, programas que contassem com a utilização de TA de baixo custo e de fácil confecção, programas que foquem na confecção de brinquedos adaptados com materiais reciclados de uso doméstico e também em programas que utilizem estratégias que englobem as áreas de interesse da criança, como a utilização de jogos interativos utilizando métodos on-line.

Na perspectiva dos participantes, eles avaliaram se a TR é uma proposta viável para entregar os serviços de reabilitação. Alguns dos participantes afirmam que não acharam uma opção viável, alguns relatam que a falta de acessibilidade de algumas famílias atrapalharam o processo, a falta de conexão estável com redes de internet também foi um fator que desmotivou os participantes ao utilizarem a TR, outros fatores que também não foram favoráveis de acordo com os participantes foi a limitação no que diz respeito ao entendimento da proposta das atividades oferecidas, no engajamento da criança e da família e também, a falta de contato físico e a necessidade em realizar manobras e serviços específicos que são apenas possibilitados de acontecerem presencialmente, como por exemplo, tirar medidas para confecção de cadeiras, avaliação de tônus e de força.

Por outro lado, a maioria dos participantes afirma que a TR foi uma proposta de atendimento viável, visto a necessidade de distanciamento social e a possibilidade em entregar seu trabalho e não deixar as crianças e as famílias desassistidas. Um dos pontos que mais foram mencionados pelos participantes foi a proximidade e a participação dos pais e cuidadores no processo terapêutico, onde disseram ao responder as questões abertas dos questionários: “...percebo que a família demonstrou maior engajamento com a reabilitação do filho e com o terapeuta...”, “...tive retorno positivo por parte das famílias que participaram dos teleatendimentos”, “...é uma ferramenta útil, ... além de facilitar o acesso à famílias que vivem em regiões distantes dos serviços especializados...”, “...em minha experiência considero que é mais viável no atendimento à família para orientação, acolhimento e organização de rotina)...”, “...a partir do modelo centrado na família, acredito ser uma proposta viável e aplicável...”.

As perspectivas citadas acima obtidas pelos dados dos questionários caminham ao encon-

tro dos dados obtidos nas entrevistas realizadas com E2 e E3, onde as participantes comentam sobre os benefícios da TR a partir de suas perspectivas:

“... Houve benefício para as crianças verem que os pais também podem ajudar elas, porque, por exemplo, muitas crianças chegam, fazem com o terapeuta, mas não fazem com o pai né...”, “... O maior benefício que eu notei foi a participação da família no processo de reabilitação...” (E2)

“... Vejo como benefício também para essas crianças o fato de não terem ficado desacolhidas e sem o mínimo de atenção e cuidado nesse momento...”, “... benefícios que eu acho é ter o pais engajados e faze-los compreender dessa importância do processo terapêutico...” (E3)

Os relatos feitos pelos participantes também permeiam tópicos como a facilidade para o acompanhamento das condições de saúde mental e física dos pacientes atendidos, facilidade em relação à anamnese inicial, maior contato com a equipe escolar e na assistência de familiares e cuidadores que apresentam dificuldade na locomoção até o *setting* terapêutico.

Alguns participantes afirmam que a TR pode ser uma proposta boa apenas para orientações aos pais e cuidadores e não às crianças. Somado a isto, os dados da entrevista de E2 corroboram com o que foi apresentado:

“... na TR precisou o pai estar presente o tempo todo, então essa interação terapeuta X responsável X paciente teve que ser muito forte, a ativa participação dos três em conjunto para gerar um resultado positivo teve que ser muito forte, então pra mim o maior benefício da TR foi essa interação ativa o tempo todo...” (E2).

É possível identificar que 4 participantes não encontraram dificuldades para se adaptar ao contexto da TR, porém, 32 participantes disseram que sentiram dificuldades para se adaptar, dificuldades estas devido à falta de acesso e condições das famílias das crianças que eram atendidas.

Os participantes também indicaram que houve outros fatores, como por exemplo, a dificuldade para a criança atendida se engajar na terapia, falta de atenção e concentração, dificuldade ao orientar os familiares e cuidadores ao realizar manuseios terapêuticos, técnicas específicas e outras abordagens funcionais.

Com relação aos participantes que relataram que não sentiram dificuldades ao se adaptar à TR, foi dito também que se sentiram confortáveis e que a TR foi uma ferramenta boa para orientação de pais e familiares.

O discurso da participante E1 traz uma visão de dificuldade dos pais em manter o engajamento nas atividades em TR. Um dos grandes motivos que a participante relata é que os pais acabaram se sentindo desmotivados pela necessidade em atuar com as crianças e o terapeuta ser o mediador, porém, na visão da participante, o terapeuta ser um mediador e o cuidador ser o atuante principal não é ruim.

“... para o Terapeuta Ocupacional isso não deixa de ser interessante, porque o que a gente quer? queremos que essa família consiga por ela mesma encontrar suas estratégias, refletindo, e que eles usem o terapeuta como um recurso para descobrir as estratégias de como manejar e de como auxiliar essa criança no desenvolvimento...”
(E1)

Ainda de acordo com os relatos da participante, as famílias que eram engajadas nos atendimentos presenciais, mantiveram o engajamento na modalidade em TR, mostrando-se disponível para encontros e reuniões com o terapeuta, escola e outros cuidadores.

Na perspectiva da participante E2, os pais se tornaram muito mais participativos e engajados na terapia na modalidade de TR.

“... era toda semana com o pai, era ele que era o mediador entre terapeuta e paciente, ele que tinha que executar, ele que tinha que compreender, ele sentia na pele como que era para fazer, ele que estava sendo o “terapeuta”, querendo ou não...” (E2)

É possível identificar que E2 consegue identificar benefícios da TR especialmente a partir da maior dedicação entre criança e família. E2 também informa que por meio da TR os pais e cuidadores conseguiram ter melhor compreensão do que era feito com as crianças e ainda assim, conseguiram tirar suas dúvidas com mais frequência.

Conforme o que foi dito por E3, os pais e cuidadores se engajaram bastante quando comparado ao presencial, pois no presencial os mesmos na maioria das vezes não entram junto no atendimento.

“... eu senti que a maioria dos pais engajaram muito, e também foi o que ajudou, pois dependendo da situação com a criança alguns entram e outros não entram no atendimento, e mesmo os que entram não necessariamente se colocam ali numa situação ativa né, então como eles tiveram que estar protagonizando isso, isso ajudou bastante na qualificação dessa relação deles também entenderem as dificuldades...”
(E3)

Porém, E3 ainda relata que em alguns casos o engajamento dos pais não era bom devido ao fato de existir dificuldade ao manejar os comportamentos das crianças e também dificuldade com os dispositivos eletrônicos utilizados durante a TR, como celulares, internet e etc.

Na fala da participante E1, foi notória a diferença no engajamento das crianças nas atividades em TR quando comparado nas atividades presenciais. De acordo com a participante, as crianças que já eram engajadas nas atividades presencialmente mantiveram o engajamento nas atividades por meio da TR. Já as crianças que não tinham um bom engajamento nas atividades presenciais, mantiveram o mesmo comportamento nas atividades em TR.

Segundo os relatos da participante em relação as crianças que não tiveram um bom engajamento nas atividades em TR e que apresentavam comportamentos disruptivos, houve dificuldade em manejar o comportamento para proporcionar o engajamento das mesmas.

“... os pacientes que tinham comportamentos disruptivos ficaram ainda mais difíceis de se engajar, porque eu não podia acessar essa criança como eu acessava presencialmente, sentada na mesinha na sala de terapia...” (E1)

Na perspectiva de E2, a mesma informa não ter notado diferença no engajamento da criança em TR quando comparado ao engajamento em atividades presenciais. A mesma informa que vezes as crianças estavam mais cansadas e não rendiam muito. Porém, a mesma notou que o fato do pai ou cuidador realizar as atividades em casa, as vezes as crianças resistiam um pouco.

“... nesse quesito não notei muita diferença não. As crianças que a gente trabalha tinham dias que estavam mais cansadinhas como de costume de todo atendimento, mas esse quesito pelo menos para mim, eu não notei nenhuma diferença não, elas eram bem ativas, elas faziam mesmo...” (E2)

Para E3, o engajamento das crianças nas atividades em TR foi um pouco dificultoso quanto comparado ao *setting* terapêutico. Na visão da entrevistada, fazer a terapia na casa delas, onde era um ambiente muito familiar e muitas vezes acabavam ocasionando oportunidades de fuga, gerando comportamentos disruptivos.

“... os comportamentos em casa, tinha muito espaço para fuga dessas crianças, é um ambiente do conforto dela, então alguns momentos eram difíceis para elas entenderem que era terapia naquele momento...” (E3)

Nas falas da participante E1 são apontadas vantagens para as crianças diagnosticadas com TEA que não haviam o desejo comprometido de estar em terapia. Na visão da participante, a TR foi proveitosa, pois havia a oportunidade de comunicação, oportunidade de expressar e dividir seus sentimentos com a terapeuta, ter a ocupação do brincar em constante estimulação e também para ter seu sistema cognitivo em alerta por meio da ludicidade com uso de músicas, vídeos e jogos.

“... houve um desenvolvimento maior do que a gente esperava em relação a fala principalmente, a fala e a linguagem...” (E1)

Já para as crianças com uma condição de saúde um pouco mais grave e que são dependentes para a execução de suas atividades de vida diária, a participante E1 diz não encontrar um proveito direto e sim, indireto para as mesmas, pois não existia a possibilidade das crianças sentarem em frente ao dispositivo utilizado para receber as atividades em TR e interagir com a terapeuta, por tanto, a participante relata um proveito vindo dos cuidadores por meio das orientações que eram dadas e instruções para o seguimento de rotina.

Na perspectiva de E2, o maior benefício que as crianças obtiveram por meio da TR foi a participação ativa dos pais para com o processo de reabilitação.

“... o maior benefício que eu notei foi a ativa participação da família no processo de reabilitação, 100%!...” (E2)

É dito por ela também, que o fato de as crianças conseguirem enxergar que os pais são aliados delas no processo de reabilitação, e passaram a entender que os pais também podem atuar como facilitadores no processo de reabilitação e não somente a terapeuta.

Consoante o que foi dito por E3, os benefícios que as crianças obtiveram por meio da TR foi a “capacitação” e engajamento dos pais e cuidadores na expansão de conhecimentos de seus conhecimentos, uma vez que a mesma relata que estes compreenderam a importância dos processos terapêuticos.

Também é dito por E3 que o fato das crianças que eram acompanhadas por ela não terem ficado desamparadas e desassistidas no período de pausa das atividades presenciais, é um benefício proveniente de suas atividades em TR. Em conformidade com o relato da participante E1, é possível descrever que existiram aprendizados e que agregaram na sua bagagem como profissional de Terapia Ocupacional. As formas de aprendizagem foram diversas, sendo elas, o aprendizado com as tecnologias da internet e seus dispositivos, no uso das plataformas on-line, nas diversas possibilidades de ofertas de tratamento, na organização e nas estratégias a serem utilizadas durante o atendimento em TR. A participante ainda informa ter “*tirado proveito da situação*” para se manter mais próxima das famílias e cuidadores das crianças que eram atendidas e na criação de vínculos com estes, devido a situação de distanciamento social em que o país estava passando e também para oferecer suporte adequado as mesmas.

A participante E1 aponta ter identificado que esta modalidade de atendimento pode ser promissora, pois de acordo com o que foi exposto, a participante conseguiu relatar que um dos aprendizados mais vantajosos é que a TR pode ser um aliado para as famílias e cuidadores que residem em regiões afastadas ou por quaisquer outros motivos, pois com a TR não seria necessário o deslocamento até o local de atendimento e que seria necessário apenas um dispositivo e conexão de internet.

Embora os relatos da participante E1 sejam bastante positivos, a mesma relata que nada substitui o *setting* terapêutico e as atividades presenciais.

Na perspectiva da participante E2, os aproveitamentos obtidos por ela sendo uma Terapeuta Ocupacional, foram com as formas de organizar o atendimento e se planejar, como aperfeiçoar o tempo e a enviar informações previamente aos atendimentos.

E2 também diz levar como aprendizado troca de conhecimentos e informações com os pais e com os cuidadores e na interação dela com as famílias.

“... foi uma troca muito rica, tanto com os pais, com os cuidadores e próprio paciente. A gente meio que conseguiu adentrar mais no dia-a-dia do paciente. Existiam algumas coisas que pensávamos, por exemplo: “ah como será que é a casa do fulano?...” (E2)

“... então pra mim foi uma experiência de melhor interação com o outro, eu consegui ter

essa questão de interagir mais, uma interação bem mais ativa do que no presencial...”
(E2)

Ainda segundo os dados oriundos das falas de E2, a mesma diz que houve uma interação mais ativa com os pais e cuidadores das crianças durante as atividades em TR do que presencialmente.

Os aproveitamentos relatados por E3 foram as oportunidades que a TR ocasionou em fazer com que ela se sentisse mais próxima da família e por poder estar “dentro” das casas dessas crianças com mais facilidades. Os dados da entrevista de E3 também relatam que o vínculo e o afeto com as famílias destas crianças também são uma forma de aproveitamentos provenientes das atividades em TR, que em sua perspectiva, a aproximação da família com o terapeuta é de extrema importante para que seja possível entender as dificuldades e a realidade das famílias.

“...eu acho que o vínculo e os afetos mesmo são muito importantes, então, isso aproxima também a terapeuta com a família, entendendo as dificuldades e estando mais próximos, eu gosto muito dessa aproximação e de entender mesmo, desses momentos assim, acho que isso proporcionou mais fortemente esse mergulho na vida interpessoal e familiar, e isso é bem rico...” (E3)

Conforme os dados obtidos por meio da entrevista, é possível identificar que o período em TR foi importante para a vivência dos participantes como profissional de Terapia Ocupacional, uma vez que é relatado aprendizados com o uso de plataformas digitais e nas possibilidades de tratamentos que podem ser ofertados por meio dos programas de TR e organização e otimização do tempo de terapia. Ainda segundo os relatos das entrevistas, a TR trouxe maior proximidade com os pais e cuidadores das crianças e, além disso, a mesma informa que as crianças com TEA foram as mais beneficiadas diretamente com o programa.

5 DISCUSSÃO

Conforme os resultados dos questionários evidenciam, a maioria dos participantes tem uma média de idade de 35 anos, sendo estes 83% residentes e atuantes no Estado de São Paulo. Os profissionais em sua maioria têm 10 anos ou mais de formação, atendendo majoritariamente o público infantil com faixa etária entre 3 a 4 anos, sendo estes predominantemente com atraso no desenvolvimento motor e disfunções sensório-motoras. As atividades em TR destes referidos profissionais tiveram início em 2020 devido à pandemia da COVID-19, onde 83% dos participantes acham necessária a existência de um programa de TR que utilize recursos de TA para a estimulação do brincar. Os dados informam que os Terapeutas Ocupacionais formados há mais tempo e que tem maior familiaridade com os recursos de TA avaliam mais positivamente a possibilidade de adesão a um programa específico de TR que integre a TA para estimular o brincar de crianças com disfunção sensório-motora.

Outro fator que chama atenção, é que os profissionais que mais sentem a necessidade de um programa de TR que utilize a TA para estimular o brincar vem deste mesmo grupo formado há mais tempo e que, também acenam para as possibilidades de integração entre os recursos de TA para estimular o brincar em TR. Desta forma, hipotetiza-se que o tempo maior de experiência clínica com o atendimento infantil e o uso de TA, pode proporcionar maior segurança aos Terapeutas Ocupacionais que se mostram receptivos a inovar por meio de uma nova modalidade de atendimento, no caso, a TR.

Os dados dos questionários também evidenciaram que poucos participantes não consideraram a TR uma modalidade viável para a entrega de seus atendimentos, onde se sentiram desmotivadas por conta de conexões estáveis com a internet e falta de acessibilidade, dificuldade de compreensão pelos pais e cuidadores com as atividades que eram propostas e também a falta de contato físico.

Os serviços da Terapia Ocupacional se fazem importante na saúde de crianças com disfunção sensório-motoras e com diversos diagnósticos, e é responsável por entregar seus serviços em diversos âmbitos dos cuidados infantis, sendo estes na atenção hospitalar, como em unidades neonatais, enfermarias pediátricas e também unidades de reabilitação (SILVA et. al., 2020). O acompanhamento terapêutico ocupacional nos diferentes contextos pediátricos supracitados abrange diversas ocupações cotidianas de crianças, inclusive na promoção do brincar (SILVA et. al., 2020).

Retomando um dos objetivos específicos dessa dissertação que era identificar as experiências de Terapeutas Ocupacionais que fazem uso de TR no Brasil para entregar seus serviços à crianças com disfunção sensório-motora, é possível dizer que, para além do processo de aprendizagem dos participantes, o cenário novo de TR se deu mediante à pandemia causada pela COVID-19, onde os profissionais tiveram que se adaptar bruscamente a um contexto extremamente diferente, a pesquisa de Ito et. al. (2020), sugeriu que profissionais da reabilitação, dentre eles, Terapeutas Ocupacionais, sofriam de ansiedade.

O processo de aprendizagem dos profissionais de Terapia Ocupacional que participaram da presente pesquisa, mediante ao processo de adaptação às práticas em TR pode ser relatado pela presença de diversos fatores. Como mencionado anteriormente, um dos fatores que aparenta ter sido bastante desafiador de acordo com os dados da pesquisa, é a adaptação com o uso das plataformas digitais onde eram entregues os serviços de reabilitação por meio da TR. Ainda corroborando com os dados da pesquisa, a falta de familiaridade com o uso de tecnologias e a falta de conhecimento da existência dos recursos disponíveis podem ser fatores que dificultaram no início da adaptação para esta modalidade, porém, os mesmos recursos podem se tornar aliados e passarem a ser um grande facilitador.

De acordo com os resultados, o processo de conhecimento e familiarização dos profissionais com as plataformas digitais pode ser considerado um dos principais ganhos provenientes das atividades realizadas em TR. No estudo de Brown & Lynch (2022) realizado na Austrália durante a COVID-19, foram experimentadas adaptações significativas de repertórios familiares que garantiram imensa flexibilidade e uma curva de aprendizado acentuada para a adoção de novos repertórios ocupacionais da vida doméstica e familiar.

Em relação aos dados do estudo, além do uso e adaptação com as plataformas virtuais, outras dificuldades foram apontadas, dificuldades estas voltadas às percepções do profissional no processo de adaptação dos pais ou cuidadores, ou seja, dificuldades de acesso e manuseio com as plataformas. Houve também um período de adaptação para que o profissional conseguisse transmitir os comandos de técnicas e manuseios para os pais e cuidadores. Em relação aos relatos sobre transição repentina para TR durante a pandemia da COVID-19, o estudo de Kaur, Eddy e Tiwari (2021) indicam desafios para os terapeutas pediátricos, incluindo fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, devido à falta de experiência e conhecimentos prévios. A maioria dos terapeutas (92,5%) relatou não ter experiência anterior com TR. Ao comparar a TR com o atendimento convencional, os terapeutas relataram durações e frequências de sessões semelhantes, mas maiores cancelamentos de sessões de TR pelo cuidador.

Ainda em conformidade com o processo de adaptação e aprendizagem dos profissionais de Terapia Ocupacional com o período entregando seus serviços por meio da TR, é importante discutir sobre o planejamento e as possibilidades de ofertas de tratamentos que poderiam ser entregues por meio da TR.

Os tipos de atividades e tratamentos a serem entregues por meio da TR foi um dos fatores identificados na presente pesquisa que precisaram de maiores adaptações, uma vez que o tratamento presencial contava com o auxílio de recursos físicos como bolas, rolos, brinquedos, esteira, aparelhos suspensos e toque físico, o que não seria possível de ofertar remotamente. A forma em que os acompanhamentos seriam realizados (assíncronos e síncronos) também foi pautada como critério de aprendizagem pelos profissionais.

Mediante aos resultados desta pesquisa, as possibilidades de tratamento foram uma das primeiras questões que apareceram logo após as dificuldades com as plataformas digitais, porém, os profissionais se viram obrigados a pensar rapidamente em estratégias que fossem possíveis de

ser adaptadas para o ambiente virtual, o que foi considerado por eles mesmos, como um fator chave para entregar um bom tratamento e também como aprendizado pessoal.

Da mesma forma, o estudo de Silva et. al. (2020), apresenta dados onde é discutida a ausência de contato físico com o paciente durante a prática de um profissional de Terapia Ocupacional em atendimentos remotos. Onde é apontado que posicionamentos, manipulações e o toque se fazem primordiais em um atendimento, porém, um cenário sem esses aspectos que exigem contato e aproximação física pode parecer improvável.

Ainda na direção das limitações em TR, o estudo de Kaur, Eddy e Tiwari (2021) conclui que a TR é um modelo de assistência à saúde de baixo custo que oferece acessibilidade remota e agendamento flexível. No entanto, os autores destacam várias limitações no atual modelo de TR e evidências empíricas, que podem limitar o uso da TR pós COVID-19.

Sabendo que, recursos de TA são muito importantes para o desempenho das atividades do cotidiano de indivíduos que necessitam de auxílio para locomoção, alimentação, educação, comunicação, lazer e entre outros (ROCHA e DELIBERATO, 2011), os dados obtidos pela dissertação aqui apresentadas visou responder se a TA estava contemplada nos atendimentos nos programas de TR.

Foi possível verificar, que uma grande parcela do terapeutas participante é familiarizada e trabalha com recursos de TA, porém uma parcela pequena das crianças que eram atendidas por meio de TR por estes profissionais faz uso de recursos de TA. Um dos recursos de TA que apareceram com frequência foram cadeiras de rodas, órteses, utensílios para alimentação e dispositivos de comunicação alternativa.

Os dispositivos de TA estavam inclusos nos atendimentos de Terapia Ocupacional na modalidade de TR, o que se faz compreensível, uma vez que, de acordo com Varella e Oliver (2013), os dispositivos de TA podem ser responsáveis por oferecer uma condição favorável ao convívio, amadurecimento, participação social e cultural na vida de crianças.

Dialogando com os resultados da pesquisa, foi possível identificar que as crianças que eram acompanhadas pelo modo assíncrono, os profissionais optaram por desenvolver atividades para serem feitas em casa, como atividades de colorir, recorte e colagem e de escrita. Para as crianças que eram acompanhadas pelo modo síncrono, foram utilizados recursos como *Microsoft Power Point*, jogos *on-line*, imagens e figuras e vídeos interativos. O estudo australiano desenvolvido por Brown & Lynch (2022) descrevem computadores e a tecnologia da internet como formas em que as crianças utilizavam para participar do aprendizado remoto *on-line*, e os pais que trabalhavam em casa eram colocados próximos uns dos outros no mesmo ambiente doméstico.

Os recursos de TA utilizados pelas participantes entrevistadas variaram entre abridor de poleyar, adaptadores de escrita e leitura, adaptadores para contraste, engrossadores de lápis e entre outros.

No estudo de Golomb et. al. (2010), onde a TR era feita para adolescentes com paralisia cerebral hemiplégica, o recurso utilizado para promover a melhora na função motora e saúde

óssea do antebraço hemiplégico foram dispositivos de *videogame* de realidade virtual. Onde o uso da realidade virtual por meio da TR aparenta promover melhorias na função manual e na saúde desses adolescentes.

Todo o processo de elaboração de formas e vias de tratamento foram sinalizadas pelos profissionais que participaram da pesquisa como aprendizagens oriundas do período em que eram entregues seus serviços por meio da TR. E, na revisão feita por Marques et. al. (2014), a TR é apresentada como uma medida relevante para a avaliação, monitoramento e reabilitação de pacientes e que apresentam resultados promissores.

Os dados desta pesquisa trazem consigo relatos de que os serviços de TR durante o isolamento social ocasionado pela pandemia da COVID-19 foram capazes de trazer benefícios às crianças que estiveram presentes durante o período do tratamento, o que se contrapõe com dados do estudo feito por Ataíde et. al. (2021), onde os achados apontam os fatores prejudiciais provenientes do isolamento social causado pela pandemia da COVID-19 em crianças e adolescentes com TEA, onde os indivíduos passaram a apresentar comportamentos disruptivos e problemas nas atividades de alimentação, lazer, terapias e também em contextos escolares.

De acordo com os dados da perspectiva de uma das participantes entrevistada, as crianças que possuíam o diagnóstico de TEA, foram as que mais se beneficiaram. As crianças com TEA possuem características que são entendidas como prejuízos persistentes que envolvem os sistemas de comunicação e interação social que refletem em seus comportamentos, podendo limitar ou prejudicar o desenvolvimento da criança e em suas atividades de vida diária (APA, 2014). Ainda de acordo com os dados dos resultados da pesquisa, foi possível observar que as crianças com TEA permaneceram engajadas e com seus interesses ativos para com as atividades propostas por meio da TR. O que vai ao encontro com os achados da pesquisa de Souza (2020), onde o objetivo era descrever as atuações do Terapeuta Ocupacional em atividades de telemonitoramento por meio do uso da dieta sensorial para crianças com TEA no período de distanciamento social por conta da COVID-19. Onde os resultados foram favoráveis para a implementação da dieta sensorial e também para a organização sensorial da rotina destas crianças e em questões comportamentais.

Ainda de acordo com a visão exposta pela participante entrevistada, o desenvolvimento das habilidades da comunicação e da fala de algumas crianças que foram acompanhadas, se fez possível enxergar um bom efeito vindo dos atendimentos realizados por meio da TR durante o período de isolamento social.

Dados da entrevista da presente pesquisa dialogam com outros resultados do estudo feito por Ataíde et. al., (2021), onde foi realizada a descrição de um processo para implementar recursos de atendimento remoto de Terapia Ocupacional durante o período de isolamento social por conta da pandemia da COVID-19, destinado aos pais e cuidadores de crianças e adolescentes com TEA que eram acompanhados numa rede privada. Foi destacado que as atividades de monitoramento remoto, referidas pelos autores como teleatendimento, tiveram um impacto positivo para de crianças com e adolescentes com TEA. Aspectos como a melhora da organização

e desempenho ao realizar as suas atividades de vida diária.

Em relação aos aspectos como, dificuldade do engajamento de algumas crianças na modalidade de atendimento por TR e pouco proveito para crianças com condições de saúde mais agravantes foram ressaltadas durante a entrevista. Brown & Lynch (2022) indicam que na Austrália, os resultados do estudo das rotinas alteradas foram significativamente evidentes. As rotinas das crianças foram interrompidas, e alguns pais e cuidadores relataram mudanças no padrão do sono, problemas comportamentais e rotinas diárias desorganizadas.

O engajamento dos pais e cuidadores das crianças que foram assistidas pela modalidade de atendimento em TR também foi relatado pelos participantes desta pesquisa. Questões voltadas ao engajamento de pais e cuidadores que nas sessões de terapia já possuíam um bom histórico de envolvimento e participação nos processos de cuidado com as crianças em atividades presenciais se mantiveram. Alguns pais ou cuidadores acabaram relatando dificuldades e até mesmo pouco interesse em participar ativamente do processo de reabilitação por meio da TR.

Ainda de acordo com os dados oriundos da entrevista, é possível inferir que muitas vezes o reflexo do baixo engajamento dos pais e cuidadores em relação à modalidade de atendimento via TR pode ser devido à falta de habilidades de manejo com as crianças, uma vez que alguns não possuíam conhecimento prévio para realizar algumas atividades e manobras específicas com as mesmas, o que acaba sendo desestimulador, e, também, por acabarem se sentindo sobrecarregados com mais esta tarefa. Portanto, é necessário que os profissionais atuantes em TR sejam capazes de compreender a realidade e a desigualdade distinta entre as famílias. No estudo de Malfitano et. al. (2020), é ressaltada a importância dos profissionais de Terapia Ocupacional lidar com as desigualdades sociais e os grandes desafios provenientes do isolamento social causado pela COVID-19.

Um dos proveitos apontados pelos Terapeutas Ocupacionais, fruto das atividades em TR, é o vínculo estabelecido entre o profissional com os pais e cuidadores das crianças, ocasionando uma proximidade entre as partes quando comparado com a modalidade presencial, pois de acordo com os dados da pesquisa, o contato com as partes era mais próximo.

Brown & Lynch (2022) destacam a importância do envolvimento e apoio aos pais, cuidadores e famílias para promover o equilíbrio ocupacional e a satisfação nos repertórios ocupacionais e na participação em atividades. Ainda assim, os autores ressaltam que com o advento da pandemia da COVID-19 impactando tantos aspectos das vidas ocupacionais diárias, os terapeutas ocupacionais estão bem situados para serem os principais parceiros estratégicos com as crianças e as famílias.

A *World Federation of Occupational Therapists* (WFOT) (2020) após o seu posicionamento público, também aborda as adaptações que a comunidade de Terapia Ocupacional enfrentou recorrente a pandemia da COVID-19. É dito que os profissionais têm trabalhado para desenvolver estratégias para facilitar o acesso contínuo de suas ocupações, incluindo em atividades de telessaúde. Também orientando sobre serviços de telessaúde, a *American Occupational Therapy Association* (AOTA) (2020) trouxe informativos sobre as possibilidades para a

reabertura dos serviços de Terapia Ocupacional durante a pandemia da COVID-19, onde serviços como a continuidade de tratamentos por vias remotas, serviços de avaliação e reavaliação por tele-saúde para pacientes elegíveis e dentre outros serviços, foram indicados.

Ao retomar o objetivo específico que visava descrever como o uso de recursos de TA promove a ocupação cotidiana com ênfase no brincar, é possível lembrar que a criança é um ser ocupacional (AOTA, 2020; YERXA, 1993; FOLHA e DELLA BARBA, 2022.; ABJØRNSLETT, 2015) e a ocupação do brincar está presente na fase de desenvolvimento e muitas vezes estas fazem usos de algum tipo de TA, portanto, foi identificado que uma parcela dos participantes desta pesquisa acha possível contemplar o uso dos recursos de TA para estimular o brincar destas crianças. Somado a isto, 83% dos participantes julgaram ser necessária a existência de um programa de TR que utilize recursos de TA para a estimulação do brincar, aponta-se, para futuros estudos esta demanda.

Ainda de acordo com os resultados desta pesquisa, os participantes informaram que utilizam recursos de TA em diversos cenários para promover as ocupações das crianças que estavam em atendimento em TR. Os recursos de TA eram utilizados pelos participantes em AVD's, AIVD's, Brincar, Lazer e em Atividades Escolares. O que condiz com o que é dito no estudo de Henderson, Skelton e Rosenbaum (2007), onde os autores dizem que o impacto dos dispositivos de TA são considerados positivos na vida de crianças com deficiência e também na vida dos cuidadores das mesmas. É dito por eles que os dispositivos influenciam suas atividades, participação e nos contextos pessoais.

Sobre a perspectiva dos participantes sobre a necessidade da criação de um programa específico de TR que utilize a TA para estimular o brincar de crianças com disfunção sensório-motora, faz-se compreensível. Uma vez que o brincar está dentro das ocupações do cotidiano e veicula diversos grupos de experiências que tem uma grande importância, pois é dito que a sua qualidade é um indicador de saúde. (TAKATORI, BOMTEMPO e BENETTON, 2001).

Muitas vezes, as crianças que estão em atendimento terapêutico ocupacional fazem uso de dispositivos de TA, e, estes como seres ocupacionais em desenvolvimento, onde o brincar está em suas ações e atividades do cotidiano, e é o meio em que a criança interage e se faz um ser ocupacional (PINHEIRO e GOMES, 2016; VARELA e OLIVER, 2012; FIGUEIREDO, SOUZA e SILVA, 2016). Portanto, a possibilidade da existência de um programa que aborde os referidos tópicos se mostra forte.

O objetivo do presente estudo consistiu em descrever práticas de Terapeutas Ocupacionais em Telerreabilitação no Brasil para promoção das ocupações cotidianas na infância com uso de Tecnologia Assistiva em crianças com disfunção sensório-motora. Acredita-se que a descrição dos aspectos facilitadores e as barreiras de tais práticas identificadas por meio dos resultados obtidos possam contribuir para futuros estudos bem como para a reflexão das condições práticas presentes nos atendimentos em terapia ocupacional às crianças por meio da telerreabilitação.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É possível dizer que a pandemia da COVID-19 foi o principal motivo para que as atividades em TR fossem iniciadas no ano de 2020. Durante o início das atividades em TR foi um período de novas descobertas e de adaptações para poder adequar a entrega dos serviços de reabilitação de forma remota.

Por meio da TR foi possível dar seguimento aos atendimentos destinados às crianças em Terapia Ocupacional no Brasil, porém não houve adesão da totalidade das famílias desta amostra. A adesão dos pais e cuidadores foram baixas em alguns casos, porém de acordo com dados das entrevistas, é possível dizer que a participação ativa dos pais no processo da terapia ocupacional via TR foi importante para o tratamento das crianças.

Os profissionais que realizaram o atendimento via TR identificam benefícios para as crianças e famílias e, quando indagados sobre a necessidade de um programa para integrar as atividades empregando a TA, manifestaram-se favoráveis.

Como mencionado no presente trabalho, os participantes desta pesquisa em sua maioria, 83%, manifestaram-se favoráveis à existência de um programa específico de TR que utilizassem recursos de TA para estimular a ocupação do brincar de crianças com disfunção sensório-motora. Portanto, é recomendado que estudos futuros sejam realizados para que este campo seja mais conhecido, fazendo-se possível a criação de programas de TR específicos que utilizem recursos de TA para a estimulação da ocupação do brincar de crianças com disfunção sensório-motora, considerando a importância dos dispositivos de TA para a redução das incapacidades de indivíduos nas AVD e AIVD de acordo com a resolução no 316, de 19 de julho de 2016, do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

Os resultados aqui apresentados possuem limitações:

1a. A população estudada é restrita aos profissionais do campo da Terapia Ocupacional, portanto este trabalho tem foco com a visão dos referidos profissionais, uma vez que existem outros profissionais da reabilitação como Fonoaudiólogos, Fisioterapeutas que poderiam ter visões diferentes e proporcionar mais contribuições ao tema estudado;

2a. Houve baixo número de respostas ao questionário. Importante registrar a não eficácia do envio do convite para participar da pesquisa às instituições de saúde, conforme adotado neste estudo;

3a. A técnica da Bola de Neve se mostrou mais eficaz na coleta de dados e as mensagens pro meio da ferramenta *WhatsApp*, possibilitou maior número de respostas.

4a. O número de participantes é reduzido, não possibilitando generalizações.

Por fim, esta pesquisa demonstrou que terapeutas ocupacionais no Brasil desenvolveram ações de TR para atender crianças com disfunção sensório-motora durante a pandemia causada pelo COVID-19. Foram identificados e descritos benefícios e dificuldades encontradas pelos terapeutas e pelas famílias na implementação da telerreabilitação. A pesquisa ainda possibilitou apreender etapas do processo de adaptação enfrentados para que a terapia ocupacional aconte-

cesse por meio da via remota mediada pelas tecnologias de comunicação bem como descrever os recursos utilizados nas terapias com crianças. A maior proximidade do(a) terapeuta com a família em telerreabilitação foi reconhecida como algo benéfico em comparação às sessões presenciais.

Espera-se que os resultados produzidos nesta pesquisa possam contribuir para o desenvolvimento de futuros estudos e para o aprimoramento das práticas de TR em terapia ocupacional dirigida à crianças com disfunções sensório motoras, uma modalidade ainda nova no Brasil.

7 REFERÊNCIAS

American Occupational Therapy Association: Decision Guide for Phased Reopening of Occupational Therapy Services during a Pandemic. **Disponível em:** <<https://www.aota.org/~media/Corporate/Files/Practice/Health/Decision-Guide-Phased-Reopening-COVID19-Pandemic.pdf>>. 2020.

American Occupational Therapy Association. (2020). Occupational therapy practice framework: Domain and process (4th ed.). *American Journal of Occupational Therapy*, 74(Suppl. 2), 7412410010. <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.74S2001>

American Occupational Therapy Association. Workforce trends in occupational therapy. **Disponível em:** <<http://www.aota.org//media/Corporate/Files/EducationCareers/Prospective/Workforce-trends-in-OT.PDF>>. 2010.

American Psychiatry Association (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais-DSM-V**. Porto Alegre: Artmet, 2014.

American Telemedicine Association. TELEREHABILITATION. **Disponível em:** <<http://www.americantelemed.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=3333>>. 2010.

ANDRADE, S. M. O.; PEGOLO, G. E. **A pesquisa científica em saúde: concepção, execução e apresentação**. v.2(11): 128-144. 2020.

ATAIDE, C. E. R., et al. Occupational therapy productions in times of pandemic: a systematic review of occupational therapeutic actions against the new coronavirus (COVID-19) epidemic. *F1000Research*, v.10, p. 75, 2021.

ATAIDE, C. E. R.; MIRANDA, N. T. C. .; RIBEIRO, N. G. da S. .; FARIAS, L. F. .; GAMA, B. T. B.; MONTENEGRO, K. S. Impact of social distancing in the routine of children and teenagers with Autism Spectrum Disorder. **Research, Society and Development**. v. 10, n. 16. 2021.

ATAIDE, C.E.R.; SILVA, R.C.G.; SILVA, M.V.O.; FARIAS, L.F.; GAMA, B.T.B. A teleconsulta como recurso na assistência de terapia ocupacional à criança com transtorno do espectro autista. In: **Integralidade e Saúde: Experiências, desafios e possibilidades no contexto pandêmico brasileiro**. Inovar Editora. Mato Grosso do Sul, v.1 (13)p.133-141, 2021.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, p.229, 2011.

BRASIL. Decreto legislativo no 6, de 20 de março de 2020. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil., Brasília, 20 mar. 2020. **Disponível em:** <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/DLG6-2020.htm>. 2020.

BREGALDA, M.M.; CORREIA, R.L.; AMADO C.F.; OMURA, K.M.. Ações da terapia ocupacional frente ao coronavírus: reflexões sobre o que a terapia ocupacional não deve fazer em tempos de pandemia. **Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup. Rio de Janeiro.** v.4(3): 269-271.2020.

BRENNAN, D.; TINDALL, L.; THEODOROS, D.; BROWN, K.; CAMPBELL, M.;CHRISTIANA, D.; SMITH, D.; LEE, A. A blueprint for telerehabilitation guidelines. **International Journal of Telerehabilitation.** v.2(2), 31–34. 2010.

BROWN, T; LYNCH, H. Remote learning, telehealth, tele-early intervention, school-based telerehabilitation: The Impact of the Covid-19 pandemic on children’s occupational repertories and routibes. **Australian Occupational Therapy Journal.** 69: 113-116.

CASON, J. Telehealth: A rapidly developing service delivery model for occupational therapy. **International Journal of Telerehabilitation.** v.6(1): 29–35. 2014.

CASON, J. Telehealth opportunities in occupational therapy through the Affordable Care Act. **American Journal of Occupational Therapy,** 66: 131–136. 2012.

CASON, J.; HARTMANN, K.; JACOBS, K.; RICHMOND, T. Telehealth. **American Journal of Occupational Therapy,** 67, S69–S90, 2013.

CHAGAS, A. T. R. Questionário na pesquisa científica. Administração On Line Prática - Pesquisa – Ensino. **Disponível em:** <http://www.fecap.br/adm_online/art11/anival.htm>. 2000.

Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução no 316, 19 julho de 2016. A prática de Atividades de Vida Diária, de Atividades Instrumentais da Vida Diária e Tecnologia Assistiva pelo Terapeuta Ocupacional. **Disponível em:** <<https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3074>>. 2016.

DOS SANTOS, M.T.N.; MOURA, S.C.D.O.; GOMES, L.M.X.; LIMA, A.H.; MOREIRA, R.S.; SILVA, C.D.; GUIMARÃES, E.M.P. A aplicação da telessaúde na reabilitação de crianças e adolescentes. **Revista Paulista de Pediatria.** v.32(1): 136-43. 2014.

FIGUEIREDO, B.A.; SOUZA, D.Da.S.; SILVA, A.C.D.Da. O brincar de crianças com

deficiência física: contribuição da terapia ocupacional. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**. v.27(1): 29-35. 2016.

FERLINI G.M.S.; CAVALARI N. Os benefícios da equoterapia no desenvolvimento da criança com deficiência física. *Caderno Multidisciplinar de Pós-graduação da UCP*. v.1(4): 1-14. 2010.

FOLHA, D.R.S.; DELLA BARBA, P.C.S. Classificação da participação de crianças em ocupações nos contextos escolares na perspectiva da terapia ocupacional. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**. v. (30). 2022.

FORMIGA, C.K.M.R.; DIONISIO, J.; DA SILVA, C.F.R.; TUDELLA, E. Caregivers and Physical Therapists' Perceptions of Telehealth for infants with Down Syndrome during COVID-19: Case Reports. **Research, Society and Development**. v.10(3): 1-13. 2021.

GIL, A.C. Como elaborar projetos e pesquisa. v.4 (4) 17-170. 2002.

GOLOMB, M.R.; MCDONLAD, B.C.; WARDEN, S.J.; YON-KMAN, J.; SAYKIN, A.J.; SHIRLEY, B.; HUBER, M.; RABIN, B.; ABDELBAKY, M.; NWOSU, M.E.; BARKAT-MASIH, M.; BURDEA, G.C. In-home virtual reality videogame telerehabilitation in adolescents with hemiplegic cerebral palsy. **Arch Phys Med Rehabil**. 91:1-8. 2010.

GOODMAN, L.A. **Snowball Sampling**. v.32 (1) 148-170. 1961.

HENDERSON, S.; SKELTON, H.; ROSENBAUM, P. Assistive devices for children with functional impairments: impact on child and caregiver function. **Developmental Medicine & Child Neurology**. v.50 (2): 89-98. 2005.

HUNG, G.KN.; FONG, K.NK. Effects of telerehabilitation in occupational therapy practice: a systematic review. **Hong Kong Journal of Occupational Therapy**. v.32 (1): 3- 21. 2019.

INGLESBY, T.V. Public health measures and the reproduction number of SARS- CoV-2. **Jama** .v.323 (21): 2186-2187. 2020.

ITO, A.; ISHIOKA, T. Exploring the impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of rehabilitation therapists. **Journal Rehabilitation Neuroscience**. v.20(1): 19-23. 2020.

KAIRY, D.; LEHOUX, P.; VINCENT, C.; VISINTIN, M. A systematic review of clinical

outcomes, clinical process, healthcare utilization and costs associated with telerehabilitation. **Disability and Rehabilitation**. v.31(6): 427–447. 2009.

KAUR, M.; EDDY, E.Z.; TIWARI, D. Exploring Practice Patterns of Pediatric Tele-rehabilitation during COVID-19: A Survey Study. **Telemedicine and e-Health**. 1505-1516. 2022.

LI, C.TL.; HUNG, G.KN.; FONG, K.NK.; GONZALEZ, P.C.; WAH, S.H.; SANG, H.WHT. Effects of a home-based occupational therapy telerehabilitation via smartphone for outpatients after hip fracture surgery: A feasibility randomized controlled study. **Journal of Telemedicine and Telecare**. 1-9. 2020.

MALFITANO, A. P. S.; CRUZ, D. M. C.; LOPES, R. E. Terapia ocupacional em tempos de pandemia: segurança social e garantias de um cotidiano possível para todos. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**. v.28(2), 401-404. 2020.

MANZINI, E.J. A entrevista na pesquisa social. **Didática**, São Paulo, 26/27: 149-158. 1990/1991.

MANZINI, E.J. Entrevista semi-estruturada: análise de objetivos e de roteiros. In: **Seminário Internacional Sobre Pesquisa e Estudos Qualitativos**. Bauru. A pesquisa qualitativa em debate. Anais. Bauru: USC, CD-ROOM. ISBN:85- 98623-01-6. 10, 2004.

MARQUES, M.R.; RIBEIRO, E.C.C.; SANTANA, C.S.; ELUI, V.M. Aplicações e benefícios dos programas de telessaúde e telerreabilitação: uma revisão de literatura. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**. v.8(1): 43-52. 2014.

MCCUE, M.; FAIRMAN, A.; PRAMUKA, M. Enhancing quality of life through telerehabilitation. **Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America**, v.21(1): 195–205. 2010.

Ministério da Educação. Saberes e Práticas da Inclusão. **Dificuldades Acentuadas de aprendizagem ou limitações no processo de desenvolvimento**. Brasília, 2006.

Ministério da Educação. Saberes e Práticas da Inclusão. **Dificuldades de Comunicação e Sinalização - Deficiência Física**. Brasília, 2006.

MORENO, M. & SASTRE, G. Aprendizaje y desarrollo intelectual. Barcelona: Gedisa, 1987.

OMOTE, S. Atratividade física facial e percepção de deficiências. *Didática*, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 115-124, 1993.

OMOTE, S. Atratividade física facial e prognóstico. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, Brasília, v. 13, n. 1, p. 113-117, 1997.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Organização Mundial de Saúde (OMS). OMS afirma que COVID-19 é agora caracterizada como pandemia. Banco de notícias. **Disponível em:** <<https://www.paho.org/pt/news/11-3-2020-who-characterizes-covid-19-pandemic>>. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). CIF-CJ. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: versão para crianças e jovens**. São Paulo: Editora da Universidade Federal de São Carlos; p.312. 2011.

PINHEIRO, M.F.G.; GOMES, C.L. Abordagens do brincar em cursos de graduação na área da saúde: Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional. **Revista Movimento**. v.22(2): 555-565. 2016.

ROCHA, A.N.D.C.; DELIBERATO, D. Tecnologia Assistiva para a criança com paralisia cerebral na escola: identificação de necessidades. **Revista Brasileira de Educação Especial**. v.18(1): 71-92. 2012.

ROHR, L.A.; WEBER, M.D.; FRITSCH, S.R.S.; MENEGUSSI, J.M.; TUDELLA, E. Telemonitoramento em intervenção precoce durante a pandemia da COVID-19: uma percepção dos responsáveis e fisioterapeutas. **Revista Movimenta**. v14(2): 172- 187. 2021.

SANTOS, M.T.N.; MOURA, S.C.D.O.; GOMES, L.M.X.G.; LIMA, A.H.; MOREIRA, R.S.; SILVA, C.D.; GUIMARÃES M.P. Aplicação da telessaúde na reabilitação de crianças e adolescentes. **Revista Paulista de Pediatria**. v32(1): 136-43. 2014.

SANTOS, W. S. et al. Reflexões acerca do uso da telemedicina no Brasil: oportunidade ou ameaça?. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**. v9 (3): 433-453. 2020.

SILVA, J. J. B.; NASCIMENTO, A. C. B. Terapia Ocupacional e Telessaúde em tempos de COVID19. **Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 6, p. 1013-1022, . 2020.

SILVA M. R. et al. A Terapia Ocupacional pediátrica brasileira diante da pandemia da COVID-19: reformulando a prática profissional. **Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional**. Rio de Janeiro. v.4, n. 3, 422-437. 2020.

SILVA, T.R.; MARIOTTI, M.C.; BRIDI, A. Aprendendo a lidar com as mudanças de rotina devido ao Covid-19: orientações práticas para rotinas saudáveis. **Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional**. Rio de Janeiro. v.4(3): 519-528. 2020.

SOUZA, V.R.B. A atuação do terapeuta ocupacional com base na Teoria da Integração Sensorial na assistência de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA) durante a pandemia da Covid-19. **Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional**. Rio de Janeiro. v.4(3): 371-379. 2020.

SCHLICHTING, T.; SILVA, K.M.Da.; MOREIRA, R.S.; MORAES, M.V.M.De.; ROCHA, N.A.C.F.; BOYD, R.N.; SANTOS, A.N.Dos. Telehealth Program for Infants at Risk of Cerebral Palsy during the Covid-19 Pandemic: A Pre-post Feasibility Experimental Study. **Physical & Occupational Therapy In Pediatrics**, 42:5, 490-509. 2022.

TAKATORI, M.; BOMTEPO, E.; BENETTON, M.J. O brincar e a criança com deficiência física: a construção inicial de uma história em terapia ocupacional. **Cadernos de Terapia Ocupacional UFSCar**. v.9 (2): 91-105. 2001.

TENFORDE, A.S.; BORGSTROM, H.; POLICH, G.; STEERE, H.; DAVIS, I.S. Outpatient physical, occupational and speech therapy synchronous telemedicine. **American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation**. v.99 (11): 977-981. 2020.

TRIVIÑOS, A.N.S. Entrevista semiestruturada como técnica de coleta de informações. In: **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em ação**. São Paulo. Ed Atlas. v.1 (1): p. 145-152. 1987.

TUDELLA, E.; GRECO, A.L.R.; PEREIRA, K. Desenvolvimento motor típico de recém-nascido a 12 meses de idade: uma breve revisão. In: TUDELLA, E.; TOLEDO, A.M.; LIMA ALVAREZ, C.D.De (org). **Intervenção precoce evidências para a prática clínica em lactentes de risco**. 1aEd., Appris, Curitiba, p.23-53, 2019.

VARELA, R.C.B.; OLIVER, F.C. A utilização da Tecnologia Assistiva na vida cotidiana de crianças com deficiência. **Revista de Ciência & Saúde Coletiva**. v.18 (6): 1773-1784. 2013.

VELAVAN, T. P.; MEYER, C. G. The COVID-19 epidemic. **Tropical medicine &**

international health. v.25 (3): p. 278. 2020.

WILLRICH, A.; AZEVEDO, C.C.F.D.; FERNANDES, J.O. Desenvolvimento motor na infância: influência dos fatores de risco e programas de intervenção. **Revista Neurociências.** Porto Alegre, p.51-56, 2009.

YERXA, E. Occupational science: a new source of power for participants in occupational therapy. *Journal of Occupational Science.* v. 1 (1): p. 3-9. 1993.

Apêndices

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E
DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Resolução CNS 466/2012)

TELERREABILITAÇÃO E TECNOLOGIA ASSISTIVA PARA ENGAJAMENTO DE CRIANÇAS COM DISFUNÇÃO SENSÓRIO-MOTORA NA OCUPAÇÃO DO BRINCAR

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) para participar da pesquisa “Telerreabilitação e Tecnologia Assistiva para engajamento da criança com disfunção sensório-motora em ocupações do cotidiano”.

O objetivo deste estudo é descrever práticas de Terapeutas Ocupacionais em Telerreabilitação no Brasil para promoção da ocupação do brincar com uso de Tecnologia Assistiva em crianças com disfunção sensório-motora. O (A) senhor (a) foi selecionado (a) por ter formação em Terapia Ocupacional, por residir e atuar no Brasil e por utilizar o recurso de Telerreabilitação para ofertar atendimento às crianças com disfunção sensório-motora com idade entre 4 a 6 anos. Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento o (a) senhor (a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento. A recusa não trará nenhum prejuízo na sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os dados.

A coleta de dados será composta por um questionário e por uma entrevista. Inicialmente, serão coletadas informações para sua identificação, além de alguns dados sobre sua formação, tempo de atuação na prática de Telerreabilitação. Em posteriormente, será realizada uma entrevista com alguns participantes selecionados com objetivo de se aprofundar mais e obter maiores detalhes a respeito das práticas de Telerreabilitação. O tempo estimado para responder o primeiro questionário será de 20 minutos e o tempo estimado com a entrevista será de aproximadamente 40 minutos, porém não serão todos os participantes que farão a entrevista, e sim apenas uma amostra dos participantes que se enquadrarem no critério para a entrevista.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, ou seja, em nenhum momento será divulgado seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada. Os dados coletados poderão ter seus resultados divulgados em eventos, revistas e/ou trabalhos científicos.

O preenchimento destes questionários não oferece risco imediato ao (a) senhor (a), porém considera-se a possibilidade de um risco subjetivo, pois algumas perguntas podem remeter à algum desconforto, evocar sentimentos ou lembranças desagradáveis ou levar à um leve cansaço após responder os questionários. Caso algumas dessas possibilidades ocorram, o senhor (a) poderá optar pela suspensão imediata do questionário.

O senhor (a) não terá nenhum custo ou compensação financeira ao participar do estudo. Você terá direito a indenização por algum eventual dano resultante da sua participação na

pesquisa.

Também o (a) senhor (a) não terá nenhum benefício direto. Entretanto, este trabalho poderá contribuir de forma indireta na ampliação do conhecimento sobre as práticas de Terapeutas Ocupacionais em Telerreabilitação no Brasil e o uso de Tecnologia Assistiva para estimular o brincar de crianças com disfunção sensório- motora.

O (a) senhor (a) receberá uma via deste termo, rubricada em todas as páginas por você e pelo pesquisador, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal com quem você poderá tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e sua participação agora ou a qualquer momento.

Este projeto de pesquisa foi aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) que é um órgão que protege o bem-estar dos participantes de pesquisas. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, visando garantir a dignidade, os direitos, a segurança e o bem-estar dos participantes de pesquisas. Caso você tenha dúvidas e/ou perguntas sobre seus direitos como participante deste estudo, entre em contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP)** da UFSCar que está vinculado à Pró-Reitoria de Pesquisa da universidade, localizado no prédio da reitoria (área sul do campus São Carlos). Endereço: Rodovia Washington Luís km 235 - CEP: 13.565-905 - São Carlos- SP. Telefone: (16) 3351-9685. E-mail: cephumanos@ufscar.br. Horário de atendimento: das 08:30 às 11:30.

O CEP está vinculado à **Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)** do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e o seu funcionamento e atuação são regidos pelas normativas do CNS/Conep. A CONEP tem a função de implementar as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, aprovadas pelo CNS, também atuando conjuntamente com uma rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) organizados nas instituições onde as pesquisas se realizam. Endereço: SRTV 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3o andar - Asa Norte - CEP: 70719-040 - Brasília-DF. Telefone: (61) 3315-5877 E-mail: conep@saude.gov.br.

Dados para contato (24 horas por dia e sete dias por semana):

Pesquisador Responsável: Murilo Mageste de Moraes

Endereço: Alameda das Papoulas, N 157, APTO 33, Bairro Cidade Jardim, São Carlos - SP.

Contato telefônico: (14) 9 9795-2334 E-mail: murilo.ftneuroped@gmail.com

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Local e data:

Nome do Pesquisador Nome do Participante

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO

Nome Completo:

Idade:

E-mail:

Cidade e estado onde atua:

1) Tempo de Formação em Terapia Ocupacional:

- menos de um ano
- de 1 a 2 anos
- de 3 a 4 anos
- de 5 a 10 anos
- 10 anos ou mais

2) Onde você exerce suas atividades:

- Clínica/ Consultório
- Atenção Básica (SUS)
- Atenção Especializada (SUS) () Hospitais
- Universidades
- Instituições de reabilitação (ex: APAE e AACD, entre outros)

3) Tempo de atuação na prática clínica com atendimento voltado ao público infantil:

- menos de um ano
- de 1 a 2 anos
- de 3 a 4 anos
- de 5 a 10 anos
- 10 anos ou mais

4) Atualmente qual é a faixa etária do público infantil que você atende? (você pode assinalar mais de uma opção)

- 0 a 1 ano
- 1 a 2 anos
- 3 a 4 anos
- 4 a 5 anos
- 5 a 6 anos
- maiores de 6 anos

- 5) Qual a condição de saúde do público infantil que você atende? (você pode assinalar mais de uma opção)
- crianças com atraso no desenvolvimento motor
 - crianças com síndromes genéticas
 - crianças com disfunções sensório-motoras
 - crianças com disfunções psíquicas
 - todas as opções acima
- 6) Quando você passou a utilizar a Telerreabilitação como estratégia para ofertar seus trabalhos?
- 2020
 - 2021
 - outro período Qual? _
- 7) Qual foi o motivo pelo qual você passou a utilizar a Telerreabilitação?
- 8)
- 9) A partir da sua experiência, você tem achado a Telerreabilitação uma proposta de atendimento viável? Justifique
- 9) Você encontrou dificuldades para se adaptar às atividades da telerreabilitação () sim, está difícil de traçar os objetivos
- sim, por falta de condições/acesso da instituição onde atuo
 - sim, por falta de condições/acesso da família
 - sim, por outros motivos (justifique)
 - não, estou conseguindo traçar os objetivos
- 10) A ocupação do brincar está entre as prioridades durante o atendimento em Telerreabilitação?
- sim, sempre contemplo
 - sim, mas nem sempre
 - não

- 11) Se a sua resposta foi **não** na pergunta acima, porque o brincar não está entre as prioridades durante o atendimento em Telerreabilitação?
- 12) Conte um pouco sobre as estratégias, dispositivos e situações que você utiliza para promover o brincar dessas crianças.
- 13) Você tem familiaridade, trabalhou ou trabalha com Tecnologia Assistiva?
- sim, tenho familiaridade e trabalho
 - sim, tenho familiaridade mas não trabalho
 - não tenho familiaridade, mas trabalho
 - não tenho familiaridade e não trabalho
- 14) As crianças que você acompanha nos atendimentos de Telerreabilitação, fazem uso de Tecnologia Assistiva?
- sim
 - não
- 15) Se sim, quais dispositivos de Tecnologia Assistiva mais utilizadas durante os atendimentos em telerreabilitação, exemplifique
- 16) Você acredita que seria possível integrar a Tecnologia Assistiva nas estratégias de tratamento para estimular o brincar durante o atendimento em Telerreabilitação?
- sim
 - sim e já faço
 - não seria possível
- 17) Quais são as atividades e ocupações no atendimento em Telerreabilitação em que você utiliza a Tecnologia Assistiva com as crianças? (você pode assinalar mais de uma alternativa)

- AVD's
- AIVD's
- Brincar
- Lazer
- Atividades escolares

18) Levando em consideração a sua prática clínica, você sente necessidade de um programa de Telerreabilitação que utilize a Tecnologia Assistiva para estimular o brincar de crianças com disfunções sensório-motoras?

- sim
- não

19) De 0 a 10 (onde 0 é não aderiria de jeito nenhum e 10 com certeza aderiria), qual é a chance de você aderir na sua prática clínica um modelo de Telerreabilitação voltado a crianças com disfunção sensório-motora cujo objetivo é contemplar a Tecnologia Assistiva na estimulação do brincar?

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

20) Gostaríamos que você apresentasse sugestões para um programa de Telerreabilitação para criança com disfunção sensório-motora utilizando Tecnologia Assistiva para estimular o brincar.

21) Por fim, gostaríamos que você indicasse aqui outros profissionais que poderiam enriquecer esta pesquisa, caso tenha.

APÊNDICE C - MODELO DE CONVITE ENVIADO VIA E-MAIL AOS GESTORES DAS INSTITUIÇÕES (APAES/AACD/LUCY MONTORO) E COORDENADORES DE CURSO DAS UNIVERSIDADES.

Prezado Prof. Coordenador

Prezado Sr. Diretor da (AACD e APAES)

Sou Murilo Mageste de Moraes, aluno regular do Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional (PPGTO) da UFSCar, sob orientação da Profa. Dra. Claudia Maria Simões Martinez do Departamento de Terapia Ocupacional e do PPGTO da UFSCar.

Neste momento, desenvolvo a pesquisa referente ao meu mestrado, com o tema “Telerreabilitação e Tecnologia Assistiva para o engajamento da criança com disfunção sensório-motora em ocupações do cotidiano”.

Gostaríamos de solicitar sua colaboração no sentido de encaminhar (re-redirecionar) este convite para aos profissionais de Terapia Ocupacional desta instituição que tenham atuado ou atuam com Telerreabilitação. Esperamos, desta forma, que você possa nos ajudar remetendo este convite aos profissionais com esta experiência, a fim de que respondam ao questionário que se encontra no seguinte link:

<https://forms.gle/fDYGcrZBLnsyJhGT8>

Caso, seja de sua preferência, ao invés de redirecionar este convite, poderá nos indicar o contato para que possamos entrar em contato direto com o terapeuta ocupacional.

Informamos que a referida pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFSCar, via Plataforma Brasil, e aprovada em 12/07/2022, com número CAAE 57555222.70000.5504 e o número de parecer 5.524.272. O sigilo e anonimato dos respondentes é integralmente respeitado e não será divulgado qualquer dado relativo a sua identificação

Agradecemos antecipadamente a sua atenção e disponibilidade e estamos à disposição para qualquer esclarecimento.

Murilo Mageste de Moraes

APÊNDICE D - MODELO DE CONVITE ENVIADO VIA E-MAIL OU WHATSAPP DIRETAMENTE AO PROFISSIONAL INDICADO

Cara/Caro Profissional, Terapeuta Ocupacional,

A senhora/senhor está sendo convidada (o) a participar da pesquisa intitulada “*Telerreabilitação e Tecnologia Assistiva para o engajamento da criança com disfunção sensório-motora em ocupações do cotidiano*”.

Esta pesquisa é referente à pesquisa de Mestrado, desenvolvida por Murilo Mageste de Moraes, aluno regular do Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional (PPGTO) da UFSCar, sob orientação da Profa. Dra. Claudia Maria Simões Martinez do Departamento de Terapia Ocupacional e do PPGTO da UFSCar.

O objetivo da pesquisa é descrever práticas de Terapeutas Ocupacionais em Telerreabilitação no Brasil para a promoção da ocupação do brincar com uso de Tecnologia Assistiva em crianças com disfunção sensório-motora e destina-se aos profissionais de Terapia Ocupacional que tenham atuado com Telerreabilitação.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFSCar, via Plataforma Brasil, e aprovada em 12/07/2022, com número CAAE 57555222.70000.5504 e o número de parecer 5.524.272.

Caso queira responder

Solicitamos a gentileza de responder às 20 questões do questionário, que poderão ser

acessadas ao clicar diretamente no link disponibilizado a seguir:

<https://forms.gle/fDYGcrZBLnsyJhGT8>

Procuramos elaborar um questionário de múltipla escolha, amigável e estimamos um tempo de resposta de no máximo 10 minutos.

O sigilo e anonimato dos respondentes é integralmente respeitado e não será divulgado qualquer dado relativo à sua identificação.

Agradecemos antecipadamente a sua atenção e disponibilidade e estamos à disposição para qualquer esclarecimento.

Murilo Mageste de Moraes

APÊNDICE E - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Bloco 1: INÍCIO DA PRÁTICA EM TELERREABILITAÇÃO COMO T.O

- Quando você iniciou sua prática em Telerreabilitação você se sentiu preparado?
- Se sim, conte para mim como foi esse início? Qual instituição você fazia parte, como surgiu essa ideia, foi uma necessidade?

Bloco 2: APRENDIZAGENS DO T.O DECORRENTE DO PROCESSO DE TELERREABILITAÇÃO

- Após o início de suas práticas e já com alguma experiência, quais foram as aprendizagens desse processo de utilizar a Telerreabilitação?
- No que você acha que a sua vivência na Telerreabilitação agregou em sua bagagem profissional?

Bloco 3: INTRODUÇÃO DA TECNOLOGIA ASSISTIVA NA TELERREABILITAÇÃO PELOS T.Os

- Em que momento ocorreu a introdução da Tecnologia Assistiva na Telerreabilitação?
- Você teve dificuldades? Quais?
- A família participou da adaptação da Tecnologia Assistiva durante a Telerreabilitação?
- Houve treinamento para usar a Tecnologia Assistiva? Como ele aconteceu?
- Você acha que a Telerreabilitação proporcionou mais envolvimento dos pais ou cuidadores, professores/ educadores, com os recursos de Tecnologia Assistiva para a criança?

Bloco 4: BRINCAR, PARTICIPAÇÃO E ENGAJAMENTO NOS ATENDIMENTOS REMOTOS

- Em algum momento você utilizou ou utiliza a Tecnologia Assistiva com finalidade de estimular o brincar da criança?
- Como você estimula o brincar da criança durante o processo terapêutico?
- Você acha que a participação dos pais/ cuidadores, professores/ educadores e pares é essencial para promover a ocupação do brincar? Por quê?
- Você tem conseguido contemplar a participação destas pessoas nos atendimentos remotos?
- Quando você compara o atendimento presencial com o atendimento remoto existe maior engajamento da família no processo terapêutico? Se sim, a que você atribui essa maior participação?
- Você percebe mudanças na interação criança-terapeuta na modalidade presencial e remota? Conte um pouco quais são essas diferenças
- Como é a motivação e a participação da criança durante a Telerreabilitação?
- Eu tenho uma última pergunta para você: Quais são os benefícios da Telerreabilitação com crianças com disfunções sensório-motoras?

Anexos

ANEXO A - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS



Continuação do Parecer: 5.524.272

digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa; V - apresentar no relatório final que o projeto foi desenvolvido conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção. Este relatório final deverá ser protocolado via notificação na Plataforma Brasil. OBSERVAÇÃO: Nos documentos encaminhados por Notificação NÃO DEVE constar alteração no conteúdo do projeto. Caso o projeto tenha sofrido alterações, o pesquisador deverá submeter uma "EMENDA".

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1919136.pdf	16/06/2022 11:01:08		Aceito
Outros	Carta_Resposta_Versao1.pdf	16/06/2022 11:00:51	MURILO MAGESTE DE MORAES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	16/06/2022 11:00:36	MURILO MAGESTE DE MORAES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	16/06/2022 11:00:19	MURILO MAGESTE DE MORAES	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	01/04/2022 16:57:02	MURILO MAGESTE DE MORAES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO CARLOS, 12 de Julho de 2022

Assinado por:
RODRIGO ALVES FERREIRA
(Coordenador(a))

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
Bairro: JARDIM GUANABARA CEP: 13.565-905
UF: SP Município: SAO CARLOS
Telefone: (16)3351-9685 E-mail: cephumanos@ufscar.br

