Paulo Clemente

Perspetivas de utentes e profissionais de saúde para a adaptação do Programa SPLIT para um modelo de telereabilitação.

Um estudo qualitativo

Dissertação de Mestrado em Fisioterapia em Condições Músculo-esqueléticas

ORIENTADOR

Professor Doutor Eduardo Brazete Cruz

Novembro de 2021

Relatório do Projeto de Investigação apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Fisioterapia, área de especialização em Fisioterapia em Condições Músculo-Esqueléticas, realizado sob a orientação científica do Professor Doutor Eduardo Brazete Cruz.

Declaro que este Relatório de Projeto de Investigação é o resultado da minha investigação pessoal e independente. O seu conteúdo é original e todas as fontes consultadas estão devidamente mencionadas no texto, nas notas e na bibliografia.

O candidato,

_____

Setúbal, 25 de novembro de 2021

Declaro que este Relatório de Projeto de Investigação se encontra em condições de ser apresentado a provas públicas.

O orientador,

_____

Setúbal, ----- de novembro de 2021

“Tu consegues tudo,

sempre conseguiste.”

(a minha mãe)

AGRADECIMENTOS

Ao professor doutor Eduardo Brazete Cruz pela sua orientação, paciência e dedicação. Agradeço-lhe grandemente a oportunidade de trabalhar com o professor, esperando ter estado à altura.

A todos os demais que lecionam no mestrado e que assim promovem o desenvolvimento dos Fisioterapeutas e da profissão elevando os padrões de boas práticas na Fisioterapia.

Aos meus pais pela paciência, incentivo e demonstração de resiliência face às dificuldades e, pelo seu trabalho árduo que me permitiu hoje ser Fisioterapeuta.

À minha irmã e cunhado pelo apoio e leveza com que encararam este meu percurso, fazendo ver as dificuldades como parte do processo, mas sempre ultrapassáveis.

Ao meu círculo de amigos que sendo reduto foi enorme no apoio que me proporcionou aligeirando o caminho percorrido e que após este período de maior ausência me voltarão a receber de braços abertos.

A todos os colegas do mestrado pelo companheirismo nestes dois anos de aprendizagem, em especial ao Diogo Rodrigues e ao Luís Correia. Também em especial à Maria João Bigode pelo exemplo de resiliência e humildade e à Patrícia Paulo pelas nossas discussões do estado da arte e apoio nesta última fase. Obrigado e parabéns a cada um de vós que embarcou e completará este passo.

Aos meus colegas de trabalho, em especial à Leonor Adrião e Mariana Soares que nos momentos de frustração, impasse e hesitação me incentivaram a persistir.

Aos meus avós que mesmo não estando entre nós representam verdadeiros exemplos de superação.

Aos meus afilhados Francisco e Matilde (e ao Frederico que há-de vir) que me inspiram e me fazem continuar a acreditar que podemos sempre aprender, evoluir, ser mais e melhor e contribuir para um mundo melhor!

Grato por esta jornada de aprendizagem e crescimento!

RESUMO

Perspetivas de utentes e profissionais de saúde para a adaptação do Programa SPLIT para um modelo de telereabilitação.

Paulo Clemente

Palavras chave: Lombalgia não específica, programa SPLIT, telereabilitação, grupos focais.

Introdução: A lombalgia (LG), em Portugal, é a condição músculo-esquelética mais prevalente na idade adulta. Embora com bom prognóstico, parte dos utentes pode desenvolver dor persistente e incapacitante a qual está associada a elevados custos diretos e indiretos. No programa SPLIT, implementado nos ACES Arrábida e Arco Ribeirinho, o tratamento de utentes com LG segue uma intervenção estratificada com base no risco de desenvolver dor persistente e incapacitante, tal como recomendado pelas linhas orientadoras mais recentes. Por forma a assegurar a continuidade dos cuidados de saúde durante o confinamento de 2020, os profissionais recorreram à intervenção por meios remotos, telereabilitação (TR). O interesse pelo desenvolvimento de modelos de TR é anterior à pandemia Covid-19, no entanto, estes nem sempre são baseados nas linhas orientadoras mais atuais, nem o seu desenvolvimento é antecedido pela auscultação dos seus potenciais utilizadores (profissionais e/ou utentes), pelo que contemplam conteúdos, formatos e modos de utilização desajustados às necessidades do utilizador, condicionando a aceitação e utilização dos programas por parte destes.

Objetivo do estudo: Com o presente estudo pretendemos explorar as perspetivas das diferentes partes interessadas acerca da adaptação do Programa SPLIT a um formato de serviço de TR, identificando as necessidades e objetivos e especificando os valores que devem orientar esse serviço.

Metodologia: Para este estudo recorreu-se a uma metodologia de investigação qualitativa com a realização de dois grupos focais que envolveram profissionais e utentes em simultâneo. Tanto os profissionais como os utentes recrutados tinham experiência na participação do Programa SPLIT a prestar e a receber cuidados, respetivamente. Os grupos focais seguiram um guião de entrevista semiestruturada, foram gravados e transcritos textualmente na integra. Para a análise dos dados foi realizada uma análise temática.

Resultados: Por forma a respeitar um conjunto de valores considerados essenciais pelos participantes na intervenção por meios remotos (segurança e privacidade), esta deverá ter uma componente presencial inicial, sendo que a opção por este formato deverá ser uma escolha do próprio utente. Os participantes veem vantagens na TR na triagem, tratamento e após alta, nomeadamente pela possibilidade de acesso a dados clínicos remotamente; partilha de conteúdos educacionais e aconselhamento; e acompanhamento da evolução da condição. Para que um modelo de TR responda às necessidades identificadas deverá assentar num modelo híbrido, permitir a partilha de informações entre profissionais, a partilha de informação e o contacto entre profissionais de saúde e utentes, e desenvolver as competências de comunicação dos profissionais.

Conclusões: A adaptação do tratamento presencial da LG para um modelo de TR é possível, desde que o modelo de intervenção assente num modelo híbrido, por forma a garantir a segurança do utente. Este deverá ainda assegurar a privacidade do utente e ser uma opção de escolha do utente. Este modelo deverá também proporcionar um apoio e interação contínuos entre profissional e utente. Os profissionais consideram necessária a aquisição de infraestruturas e equipamentos adequados e educação formal para prestação de cuidados remotos.

ABSTRACT

Patients and health professionals perceptions for SPLIT program's adaptation to a telerehabilitation model.

Paulo Clemente

Keywords: non specific low back pain, SPLIT program, telerehabilitation, focus groups.

Introduction: In Portugal, low back pain is the most prevalent musculoskeletal condition at adult age. Although with a good prognosis some users may develop persistent disabling pain which is associated with high direct and indirect costs. At the SPLIT program, implemented at ACES Arrábida and Arco Ribeirinho, the treatment of patients with low back pain follows a stratified intervention based on the risk of developing persistent disabling pain, as recommended by the most recent guidelines. To ensure the continuity of health care delivery during the 2020's lockdown, health professionals (HP) resorted to remotly interventions, known as telerehabilitation (TR). The interest in the development of TR models predates the Covid-19 pandemic. However these are not always based on the most current guidelines, nor is their development preceded by listening to their potential users (HP and/or patients). Therefore, they include contents, formats and modalities of use that are inappropriate to the user's needs, conditioning the acceptability and usability of the programs.

Objective: With this study we intend to explore the perceptions of HP and patients regarding the adaptation of the SPLIT Program to a TR service format, identifying the needs and objectives and specifying the values that should guide this service.

Methods: A qualitative study was carried out supported by two focus groups with HP and patients. All participants had been part in the SPLIT Program providing (HP) and receiving (patients) care. The focus groups were based on a semi-structured interview schedule, recorded and transcribed verbatim. A thematic analysis was conducted.

Results: In order to establish a set of essential values by the participants in the intervention by remote means, this must have an initial presence component, and the option for this mandatory format is a choice made by the user. Participants anticipate advantages in TR at the screening, treatment and after discharge, namely the possibility of accessing clinical data remotely; sharing of educational content and advice; and monitoring the evolution of the condition. For a TR model to respond to the identified needs, they must be based on a hybrid model enabling the share of information between professionals, as well as between HP and patients establishing the contact over time. In addition, allowing the professionals improve their communication skills.

Conclusions: It is possible to adapt a low back pain face-to-face treatment to a TR model, as long as the intervention model is based on a hybrid model. This is essential to guarantee user's safety. It is also needed to guarantee the user's privacy and that it is user's choice to persue this treatment modality. This model should also provide a continuous support and interaction between HP and patients. HP point that it is needed to purchase adequate infrastructure, equipment and formal education to provide remote care.

ÍNDICE

Introdução 1

Metodologia 12

Apresentação dos resultados 19

Discussão dos resultados 33

Conclusões 40

Referências bibliográficas 41

Apêndices 51

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Guião de entrevista 15

Tabela 2 - Temas e subtemas que emergiram da análise de dados 19

LISTA DE ABREVIATURAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

COREQ - *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research*

DALYs – Anos de vida ajustados por incapacidade

ESS/IPS - Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

END - Escala numérica de dor

FT - Fisioterapeuta

FTs - Fisioterapeutas

GC - Grupo de controlo

GI - Grupo de intervenção

IC – Intervalo de confiança

LG – Lombalgia

M - milhões

MG&F - Medicina Geral e Familiar

OR – *Odds ratio*

QALY - Anos de vida ajustados pela qualidade

SBST – *Keele StarT Back Screening Tool*

TR - Telereabilitação

Introdução

A lombalgia (LG) é uma condição clínica bastante comum, a qual grande parte da população irá experienciar em algum momento da sua vida (Global Health Metrics, 2020; Hoy et al., 2010, 2012). Segundo o *Global Burden of Diseases* em 2019 a prevalência da LG na população mundial era de 7,64% (95% IC: 6,78% - 8,60%) (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2021), sendo a 9.ª condição de saúde que causa maior carga de doença a nível global correspondendo a 2,5% (95% IC 1,9% - 3,1%) do total dos anos de vida ajustados por incapacidade (DALYs) (Global Health Metrics, 2020). Em Portugal a LG é a condição reumática e músculo-esquelética mais prevalente entre adultos (26,4%, 95% IC: 23,3% - 29,5%), mais frequente no sexo feminino [29,6%, 95% IC: 25,8% - 33,5%)] que no masculino [22.8% (95% IC: 17,9% - 27,8%)] e que aumenta com a idade, sendo particularmente prevalente em pessoas entre os 46 e os 55 anos (27.7%, 95% IC: 23.1% - 32.4%) (Branco et al., 2016). Não estando na maioria dos casos associada a uma patologia séria, esta condição clínica é definida como lombalgia não específica (Koes et al., 2010) e tem bom prognóstico. Assim, é expectável que ao longo do tempo a dor e incapacidade associadas à condição diminuam e, por conseguinte, melhore a qualidade de vida (Koes et al., 2010; Menezes Costa et al., 2012).

Uma revisão sistemática que analisou 33 estudos de coorte constatou que a grande parte dos episódios de LG aguda melhora substancialmente nas primeiras 6 semanas após o início do episódio verificando-se uma redução acentuada do nível da dor [intensidade média da dor inicial 52/100 (95% IC: 48 – 57), intensidade média da dor às 6 semanas 23/100 (95% IC: 21 – 25)], e incapacidade funcional [incapacidade média inicial 45/100 (95% IC: 42 – 48), incapacidade média às 6 semanas 24/100 (95% IC: 23 – 26)]. Após este período embora o ritmo de melhoria atenue até aos 12 meses verifica-se uma redução ao nível da dor e incapacidade atingindo valores mínimos, 6/100 (95% IC: 3 – 10) e 13/100 (95% IC: 11 – 15) respetivamente. Isto sugere que os utentes com LG aguda podem esperar ter um mínimo de dor e/ou incapacidade um ano após o episódio de LG. Além da ocorrência de novos episódios, a LG pode persistir no tempo tornando-se uma condição crónica em que podem ocorrer períodos de agudização da sintomatologia. Neste cenário é também esperada uma melhoria substancial ao nível da dor e incapacidade funcional nas primeiras 6 semanas desse mesmo período de agudização; intensidade média da dor inicial 51/100 (95% IC: 44 – 59), intensidade média da dor às 6 semanas 33/100 (95% IC: 29 – 38) e incapacidade inicial 27/100 (95% IC: 24 – 30),

incapacidade às 6 semanas 21/100 (95% IC: 19 – 22). Porém, contrariamente aos utentes com LG aguda, aos 12 meses os utentes com LG crónica mantêm níveis moderados de dor, 23/100 (95% IC: 16 – 30) e incapacidade, 17/100 (95% IC 14 – 19) (Menezes Costa et al., 2012).

Relativamente à recorrência da condição um estudo de coorte prospetivo inicial constatou que a probabilidade de recorrência de um episódio de LG após a recuperação de um episódio anterior [7 dias consecutivos com uma pontuação de 0 a 1 na escala numérica de dor (END)] demonstrou ir aumentando ao longo de 12 meses de seguimento, sendo a probabilidade de 38% (95% IC: 32 – 44) aos 3 meses, de 56% (IC 95%: 49 – 62) aos 6 meses e 69% (95% IC: 62% – 74%) aos 12 meses. Aos 12 meses 40% (95% IC 33% – 46%) das recorrências causaram limitação das atividades e 41% (95% IC 34% - 46%) levaram à procura de cuidados de saúde (da Silva et al., 2019).

O desenvolvimento de dor persistente e incapacitante está associado a um maior número de anos vividos com incapacidade (Hoy et al., 2014; Wu et al., 2020) e a um maior recurso aos serviços de saúde (custos diretos) e elevados custos pelo absentismo laboral e perda de produtividade (custos indiretos) (Hartvigsen et al., 2018; Maher et al., 2017). A LG é a principal causa de limitação da atividade e ausência no trabalho, sendo a causa mais comum para baixas e reformas antecipadas na Europa, o que representa per si um grande encargo económico nos indivíduos, famílias, comunidades, indústrias e governos (Hartvigsen et al., 2018; Hoy et al., 2010). Apesar da difícil quantificação dos custos calcula-se que os indiretos sejam bastante superiores aos diretos (Maher et al., 2017).

Em Portugal estima-se que os custos diretos e indiretos relacionados com a dor persistente e incapacitante ascendam a 2,7% do PIB (Azevedo et al., 2014). A presença de LG crónica na população portuguesa está associada a um maior recurso de cuidados de saúde (custos diretos) (Azevedo et al., 2014; Gouveia et al., 2016) e a pedidos de reforma antecipada mais elevados (OR= 1,88, p=0,02) (custos indiretos), sendo que 6,5% dos indivíduos com LG crónica obtiveram reformas antecipadas. A população portuguesa com LG crónica ativa (definida como LG autorreportada presente no dia da entrevista e na maioria do tempo durante pelo menos 90 dias) tem uma prevalência de 10,4% (95% IC: 9,65% - 11,9%) e apresenta também maiores custos intangíveis quando comparada com população sem LG crónica, nomeadamente, através de um menor nível de qualidade de vida (β= -0,192, 95% IC: -0,213 – -0,170), maiores níveis de incapacidade autorreportados (β=0,35, 95% IC: 0,288 – 0,418), e maior prevalência de sintomas

de ansiedade (OR 2,766, 95% IC: 2,129 - 3,594) e depressão (OR 2,177, 95% IC: 1,488 - 3,186) (Gouveia et al., 2016).

As linhas orientadoras recomendam como estratégias de primeira linha para o tratamento da LG aguda o ensino acerca da natureza da dor, garantia ao utente que a sua condição tem um prognóstico favorável e aconselhá-lo a manter-se ativo (Foster et al., 2018; Koes et al., 2010; Stochkendahl et al., 2018). No entanto, dada a complexidade da condição e a contribuição de diversos fatores para o desenvolvimento de dor persistente e incapacitante (Hartvigsen et al., 2018), nomeadamente pela presença de fatores de mau prognóstico como os fatores psicossociais maladaptados, as estratégias supracitadas podem não ser suficientes (Maher et al., 2017; Oliveira et al., 2018). A identificação de utentes com LG aguda com risco de desenvolver dor persistente e incapacitante assume por isso uma importante relevância, visto que a recuperação destes é tanto menos provável quanto maior a duração da sintomatologia (Downie et al., 2016; Koes et al., 2006). Uma das formas de o fazer é através da utilização de instrumentos de estratificação do risco de desenvolver dor persistente e incapacitante como o *Keele STarT Back Screening Tool* (SBST) (Maher et al., 2017; NICE, 2020; Oliveira et al., 2018).

O SBST é uma ferramenta de triagem dos fatores de prognóstico potencialmente modificáveis pelo tratamento que aloca o utente com LG não específica a um de três grupos (baixo, médio e elevado risco) (Hill et al., 2008; Suri et al., 2018) e que informa a tomada de decisão partilhada acerca do tratamento mais adequado para o utente logo no primeiro contacto com o profissional de saúde (Maher et al., 2017). O tratamento dos utentes do subgrupo de baixo risco consiste no aconselhamento e educação. Enquanto para os utentes dos subgrupos de médio e elevado risco, utentes com maior presença de fatores psicossociais, o tratamento consiste na combinação de programas de exercício com ou sem terapia manual e educação (Hill et al., 2008; NICE, 2020).

Num estudo randomizado controlado, a intervenção estratificada para o tratamento da LG quando comparada com um grupo de controlo demonstrou resultados superiores na redução da incapacidade, catastrofização, crenças medo evitamento, depressão, na componente física da saúde geral e redução do nível de risco aos 12 meses (Hill et al., 2011). Resultou também em maiores melhorias não só na qualidade de vida relacionada com a saúde como na redução da utilização de cuidados de saúde e absentismo laboral (Hill et al., 2011). No estudo *IMPaCT Back* (Foster et al., 2014) realizado em contexto de prática real nos cuidados de saúde primários de Inglaterra, a intervenção estratificada apresentou melhores resultados ao nível da incapacidade,

das crenças de medo evitamento, nível de risco e do absentismo laboral, permitindo uma utilização dos recursos de saúde mais direcionado. Verificaram-se assim menores custos diretos e indiretos em comparação com a intervenção usual, e ainda um aumento dos anos de vida ajustados pela qualidade (QALY). No estudo de coorte de Bamford et al. (2017), realizado em ambiente hospitalar, conclui-se que a intervenção estratificada representa uma redução dos custos do sistema nacional de saúde, um aumento dos QALY e uma poupança em 10.500 dias de absentismo laboral.

Em Portugal, tem vindo a ser implementado um programa interdisciplinar para o tratamento estratificado da LG (Programa SPLIT) nos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) da Arrábida e do Arco Ribeirinho. Este projeto visa melhorar a qualidade da prática e o custo-efetividade dos serviços prestados aos utentes com LG que recorrem aos cuidados de saúde primários, através da implementação de um modelo inovador de referenciação para tratamento de Fisioterapia, o qual foi desenvolvido por um grupo de investigadores e clínicos da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal*, Nova Medical School*/ Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa e Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, através do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da Arrábida o Programa SPLIT (Cruz et al., 2021).

O programa SPLIT é composto por um conjunto de 4 passos: Consulta, triagem, avaliação e tratamento, reavaliação e monitorização. O primeiro passo visa diferenciar lombalgia de origem específica de lombalgia de origem não específica e é realizado pelo Médico de Medicina Geral e Familiar (MG&F). Após referenciação dos utentes com lombalgia não específica para fisioterapia, o segundo passo consiste na triagem do risco (baixo, médio ou elevado) de desenvolver dor persistente e incapacitante, através da aplicação do SBST. Sucede-se a avaliação (subjetiva e objetiva) e tratamento ajustado ao nível de risco identificado. O tratamento do baixo risco consiste na realização de uma sessão baseada na educação personalizada, centrada na promoção da autogestão da condição, e aconselhamento sobre estratégias de alívio da dor e níveis apropriados de atividade física. No grupo de médio risco os utentes recebem um programa de até 6 sessões numa combinação de técnicas de terapia manual e exercício, complementado com educação. Os utentes de elevado risco beneficiam de até 12 sessões individuais ou em grupo que incluem educação e exercício, e eventualmente terapia manual. A intervenção neste grupo centra-se numa abordagem cognitiva-comportamental, com objetivo de modificar crenças e comportamentos maladaptados, melhorar aspetos psicossociais e capacitar os utentes para gerir a dor atual e

episódios futuros. Por fim, no 4º passo, e em momentos específicos, o fisioterapeuta reavalia a condição do utente, aos 2 e 6 meses após consulta (Cruz et al., 2019).

Para a implementação do programa SPLIT nos ACES Arrábida e Arco Ribeirinho, a equipa de investigadores dinamizou sessões de formação aos Médicos de MG&F e Fisioterapeutas (FTs) destas unidades acerca da intervenção através deste modelo para os diferentes níveis de risco de desenvolver dor persistente e incapacitante (Cruz et al., 2019). De referir que na fase inicial do desenvolvimento do programa os investigadores analisaram, através de grupos focais, a aceitabilidade e as potenciais barreiras e facilitadores para a implementação do modelo (Caeiro et al., 2019).

O recente estudo da equipa de investigação do Programa SPLIT relata os resultados da intervenção através do Programa SPLIT comparativamente à prática usual [prescrição de medicação (anti-inflamatórios não esteroides, relaxantes musculares e opioides)] no ACES Arrábida. O grupo de utentes (174 indivíduos) com LG que foram tratados através do SPLIT, comparativamente com a prática usual (115 indivíduos) apresentam maior probabilidade de alcançar melhorias clinicamente importantes ao nível da incapacidade funcional (4,2 vezes aos 2 meses; 3,5 vezes aos 6 meses) e perceção de melhoria (3,3 vezes aos 2 meses; 2,4 vezes aos 6 meses) aos 2 e 6 meses de seguimento, e ao nível da dor aos 2 meses (4,3 vezes aos 2 meses). A implementação do Programa SPLIT foi associada a uma redução de quase 80% na probabilidade de os utentes desenvolverem dor persistente e incapacitante aos 6 meses, o que reforça a importância de seguir as linhas orientadoras definidas para o tratamento da LG aguda, nomeadamente, ao nível dos cuidados de saúde primários (Gomes et al., 2021).

Com o surgimento da pandemia Sars-Cov-2 os serviços de saúde não dirigidos ao atendimento de utentes com Covid-19 foram, na generalidade, interrompidos. Segundo um relatório da *World Physiotherapy* na Europa, 70% dos serviços de fisioterapia foram interrompidos no ano de 2020 devido à pandemia (Impact of the COVID-19 Pandemic on Physiotherapy Services Globally, 2021). O distanciamento social imposto e mantido como medida preventiva da transmissão do Sars-Cov-2, manteve limitada a atividade dos serviços (Lotfi et al., 2020), pelo que também o Programa SPLIT e a sua resposta às necessidades dos utentes com LG foi afetado. Por forma a manter a sua atividade assistencial, gerir o número/carga de utentes, salvaguardar a saúde dos utentes e profissionais e garantir a continuidade do atendimento dos utentes, os serviços de saúde, nomeadamente os de fisioterapia, procuraram adotar novas estratégias para responder às necessidades dos utentes passando a fornecer serviços de telereabilitação.

A telereabilitação (TR) é definida como um modelo de intervenção em que se recorre a tecnologias de telecomunicação para prestar serviços de reabilitação à distância (Cason, 2011). Através desta é possível reunir informações clínicas, realizar consultas, ou discussões entre pares independentemente da localização do utente e profissional. O modo como esta decorre varia com o objetivo da mesma (Flodgren et al., 2015). A inclusão de chamadas telefónicas como forma de educação ou acompanhamento adicional ou não às estratégias de intervenção usuais em condições músculo-esqueléticas; ou a realização de sessões por videoconferência têm apresentado resultados na melhoria da dor, função e ansiedade (Banbury et al., 2018; Cottrell, Galea, et al., 2017; Iles et al., 2011; Jansen-Kosterink et al., 2015; O'Brien et al., 2018). É considerada pelos utentes como facilitadora do contacto com o fisioterapeuta, promotora da sensação de ligação permanente a alguém interessado na sua condição (Banbury et al., 2018), como uma metodologia semelhante às sessões presenciais (Banbury et al., 2018; Geraghty et al., 2020; Lovo et al., 2019) e ainda como motivadora da adesão à intervenção (Banbury et al., 2018; Plow & Golding, 2017).

O interesse pelo desenvolvimento de modelos de TR é anterior à pandemia por Covid-19. Na recente revisão de Seron et al. (2021) foram identificadas 14 revisões sistemáticas, realizadas entre 2013 e 2020, acerca da efetividade da TR em condições músculo-esqueléticas, incluindo a LG. A evidência disponível identificada nesta revisão mostra que a intervenção por TR pode atingir resultados comparáveis ou até superiores na redução da dor e melhoria na função física nas condições músculo-esqueléticas em geral; e melhorias na funcionalidade e qualidade de vida em utentes com LG.

Para obter resultados efetivos nos resultados de interesse em saúde é necessário que os modelos de TR sejam baseados nas recomendações mais atuais para a gestão das condições em que se propõem intervir. Por exemplo, na Baviera (Alemanha) um estudo randomizado controlado de *cluster* cujo objetivo foi desenvolver um modelo de intervenção digital com consulta médica por teleconsulta e intervenção remota (educação, fisioterapia e *mindfullness*) através de uma aplicação para *smartphone* (*Kaia*, descrita em *Huber et al.* (2017)) seguindo as recomendações nacionais alemãs atuais para a intervenção na LG aguda (educação e aconselhamento), com a diferença de que neste modelo a estratificação do risco de desenvolver dor persistente e incapacitante acontece na primeira consulta [grupo de intervenção (GI)] e não apenas na quarta semana após o início da intervenção como aconselhado nas recomendações nacionais alemãs. No grupo de controlo (GC) foram seguidas as recomendações nacionais

alemãs (estratificação do risco quatro semanas após a primeira consulta em caso de insucesso da intervenção) e a intervenção decorreu presencialmente. Ao fim de 3 meses ambos os grupos apresentaram uma redução estatisticamente significativa da intensidade da dor, sendo esta redução maior no GI (GI: -33,3% / GC: -14,3%, $p<0,001$). Embora sem diferenças estatisticamente significativas, o GI apresenta também melhorias na ansiedade (t_0 5,71±5,84; t_1 5,13±5,51), depressão (t_0 7,95±7,14; t_1 7,13±7,21) e stress (t_0 12,12±7,58; t_1 11,34±8,01), enquanto o GC relata aumento dos sintomas [ansiedade (t_0 5,47±5,90; t_1 6,44±6,23), depressão (t_0 7,62±7,59; t_1 8,84±8,07) e stress (t_0 10,75±7,95; t_1 12,61±8,01)]; a funcionalidade aumentou no GI (t_0 72,4±18,6; t_1 80,2±18,1) e permaneceu estável no GC (t_0 78,1±17,6; t_1 78,3±17,8). É referido que também o absentismo laboral após os 3 meses da intervenção é menor no GI em comparação com o GC. Relativamente aos resultados superiores aos da intervenção usual que se verificaram, estes poderão estar relacionados com a identificação do risco de desenvolver dor persistente e incapacitante no início da intervenção do GI. A não identificação precoce do risco de desenvolver dor persistente e incapacitante traduz-se na prestação de tratamentos desajustados das reais necessidades dos utentes, nomeadamente, dos utentes de médio e elevado risco, não melhorando com o tratamento inicial (Priebe et al., 2020). Este atraso poderá inclusive contribuir para uma maior probabilidade de desenvolver dor persistente e incapacitante.

Outro exemplo é o *SupportBack*, um programa direcionado para a autogestão da LG como estratégia adicional à intervenção da LG nos cuidados de saúde primários em Inglaterra [descrito em Geraghty et al. (2015)]. No estudo de viabilidade concluiu-se que este programa com ou sem a adição do apoio telefónico de um fisioterapeuta (FT) como estratégia adicional à intervenção usual em comparação com a intervenção usual somente, apresenta um potencial para apoio da autogestão do utente com LG (Geraghty et al., 2018). Apesar da viabilidade demonstrada através deste estudo quantitativo, a equipa de investigação optou pela realização de um estudo qualitativo por forma a explorar as experiências dos utentes aquando a utilização do *SupportBack* e assim perceber se o programa responde às suas necessidades. Neste os utentes referiram que a intervenção lhes proporcionou mais segurança e motivação para a autogestão da condição, nomeadamente pelo uso específico da atividade física para a gestão da LG e pelo apoio remoto dos FTs pela possibilidade de esclarecer dúvidas e incentivo transmitido por estes. Serviu também como reforço para apoiar a mudança contínua do comportamento. Utentes com níveis de dor mais baixos ou com maior número de comorbidades observaram uma menor utilidade da aplicação (Geraghty et al., 2020). Observa-se assim um potencial para adição de um

programa remoto de autogestão à intervenção na LG, no entanto, existe a necessidade de que este seja mais ajustável/personalizável ao utente e à sua condição.

O desenvolvimento dos programas de TR nem sempre é antecedido pela auscultação dos seus potenciais utilizadores, nomeadamente os utentes, pelo que por vezes contemplam conteúdos, formatos e modos de utilização desajustados aos conhecimentos tecnológicos e necessidades do utilizador, condicionando a aceitação e utilização dos programas por parte destes (Brennan et al., 2010; Jansen-Kosterink et al., 2019; Parmanto & Saptono, 2009; Pramuka & van Roosmalen, 2009). Além dos utentes, consultar os profissionais de saúde como os fisioterapeutas, é também extremamente importante, visto que estes poderão constituir a principal barreira à implementação do programa (Wade et al., 2014). Por forma a colmatar este facto, nos últimos anos, diversos investigadores e instituições têm-se dedicado ao desenvolvimento de estudos qualitativos para explorar as perspetivas, expetativas e opiniões acerca das vantagens e desvantagens destes modelos, dos facilitadores e barreiras à sua implementação e os próprios requisitos dos sistemas junto dos seus potenciais utilizadores, utentes, FTs e demais profissionais envolvidos anteriormente ao desenho dos mesmos.

Num estudo realizado por Cottrell, Hill et al. (2017), na Austrália, foram realizadas entrevistas semiestruturadas a FTs especialistas em condições neurológicas e ortopédicas por forma a explorar as suas perceções acerca da TR como um serviço adicional para condições músculo-esqueléticas crónicas. Neste os FTs anteveem uma maior dificuldade no estabelecimento de uma relação com o utente e uma menor segurança pela ausência do contacto físico, a qual limita a execução de um exame físico e neurológico e reduz as hipóteses de intervenção pela impossibilidade de aplicar técnicas manuais. Para ultrapassar estas barreiras consideram que a primeira consulta deverá ser presencial, servindo a TR para consultas de acompanhamento e/ou reavaliação. Apesar deste meio permitir uma intervenção no contexto real do utente e isso ser benéfico para a avaliação de atividades diárias agravantes, manifestam a preocupação com a privacidade e confidencialidade do utente que poderá estar comprometida pela presença de familiares por perto. Consideram que a opção pelo formato da TR deverá ser da condordância do utente.

Também as perceções dos utentes em relação à sua experiência em consultas de cuidados de saúde primários recebidas por videoconferência (videoconsultas) e as suas preferências para o uso futuro foram exploradas através de entrevistas individuais e semiestruturadas por Powell et al. (2017). Os utentes referem sentir-se confortáveis e seguros nas videoconsultas, em que a sua

privacidade é garantida a não ser que a videoconsulta aconteça em locais menos pessoais, como no seu local de trabalho, ou noutro em que não tenham acesso a um espaço físico onde estejam sós e não sejam ouvidos por outros. Para os participantes este formato de consulta é visto como uma forma complementar às consultas presenciais, sendo estas últimas necessárias sempre que seja necessário um exame físico para o estabelecimento de um diagnóstico.

Profissionais com intervenção na dor crónica consideram que a utilização de ferramentas para a autogestão pode contribuir para a educação e maior independência dos utentes. Apesar da possível limitação pelo não acesso a equipamentos tecnológicos, esta será uma forma complementar à intervenção para reforço das indicações transmitidas nas sessões presencias, atuando como reforço da educação. Veem vantagens na TR para o preenchimento de questionários e instrumentos de medida acessíveis remotamente pelos profissionais. Oferecer a possibilidade de o utente registar informações e/ou dúvidas acerca da sua condição e partilhá-las com os profissionais seria também útil para lhes ser fornecido feedback e recomendações personalizadas. Paralelamente, possibilitar o contacto do profissional com o utente seria útil para o motivar e acompanhar ao longo do tempo monitorizando a evolução da condição (Varsi et al., 2021).

À semelhança dos estudos para o desenvolvimento de modelos de TR para a LG (Geraghty et al., 2015; Priebe et al., 2020), têm sido desenvolvidos estudos para outras condições músculo-esqueléticas, como a tendinopatia do tendão de Aquiles (Hasani et al., 2021) e a osteoartrose do joelho (Lawford et al., 2018a; Lawford et al., 2019).

No estudo de Hasani et al. (2021), em que utentes com tendinopatia do tendão de Aquiles, frequentaram um programa de 12 semanas com 2 sessões semanais autónomas e 1 sob supervisão de um FT por videochamada, além das características já referidas como a necessidade de contacto presencial para a realização de um exame físico e posterior estabelecimento de diagnóstico, ou para a aplicação de técnicas manuais, os utentes consideraram ainda que a TR permitiu a realização de exercícios adequadamente e foi motivante. Para tal contribuiu a conveniência de executar os exercícios no momento mais apropriado para o utente; o contacto remoto regular estabelecido com o FT para apoio e feedback sobre os exercícios e a o acesso a materiais educativos para a autogestão. Os FTs consideram que a TR oferece a oportunidade de ter maior contacto com o utente, permitindo acompanhar com proximidade o seu progresso. Identificaram como barreiras a visão limitada proporcionada pela câmara aquando a supervisão dos exercícios, dificultando a formulação de

feedback e também maior dificuldade no estabelecimento da aliança terapêutica. Para os profissionais beneficiar de educação formal acerca do programa previamente à sua execução, aumentou a sua confiança para a utilização do mesmo.

Uma equipa de investigadores na Austrália realizou um estudo acerca das perceções dos utentes para o aconselhamento de exercício através do telefone na osteoartrose do joelho após terem participado no programa de aconselhamento remoto. Estes consideraram a abordagem como conveniente e acessível para receber aconselhamento para o exercício, que permite uma integração do exercício no seu ambiente e rotina e proporcionou melhorias na sua condição. Porém, receber o aconselhamento com contacto visual como por videochamada seria importante, visto que por telefone o FT não pode observar os exercícios e verificar a sua correta execução. Uma alternativa seria realizar uma primeira sessão presencial (Lawford et al., 2018a). A mesma equipa de investigadores realizou um outro estudo com o intuito de explorar as perceções dos FTs acerca do aconselhamento do exercício através do telefone na osteoartrose do joelho, antes e após a participação no programa. Previamente, o contacto telefónico era considerado como um meio para educação e monitorização da condição. Após o programa, referiram que o aconselhamento por telefone era um bom formato, contudo, a possibilidade de estabelecer um contacto visual poderá ser necessário para avaliar o joelho ou marcha do utente e assim obter uma maior compreensão da condição e observar a técnica de execução dos exercícios. Contribuiu para a maior satisfação e confiança com o telefone o facto de os utentes terem sido avaliados anteriormente ao início do programa e a melhoria dos resultados clínicos no final do programa. Apesar de considerarem que adotaram uma comunicação efetiva nos contactos estabelecidos acreditam ser necessária formação na comunicação para prestar cuidados efetivos por telefone (Lawford et al., 2019).

No estudo de Gordon et al. (2020), os utentes relatam que a comunicação entre si e os profissionais através de videochamada comparativamente ao contacto presencial necessita de ser adaptada. Nas consultas por videochamada os utentes relataram que o contacto visual não direcionado para si resultou na perceção de que a atenção do profissional não lhes estava direcionada; o nervosismo inerente à forma de contactar levou-os também a sentir-se mais apreensivos em falar. A própria interação foi dificultada pela ausência de linguagem não verbal, gerando maior dificuldade em interromper e/ou intervir no discurso do profissional. A distância física, a menor conversa informal e a inexistência de uma relação prévia com o profissional contribuem para que os utentes se sintam menos confortáveis na videoconsulta.

À semelhança da necessidade de obter um treino adequado para a utilização das ferramentas de TR para uma maior confiança para os novos métodos de trabalho, os profissionais identificam a necessidade de obter educação formal para o desenvolvimento das competências técnicas e de comunicação apropriadas para a prestação de cuidados de saúde à distância (Guise & Wiig, 2017).

Portanto, para garantir que a TR seja um serviço sustentável, replicável e acessível (World Health Organization, 2021) é preciso identificar os fatores que condicionam e/ou facilitam a sua implementação. Assim será possível reorganizar os processos de trabalho e as infraestruturas tecnológicas dos serviços (Wherton et al., 2020) e adequar os programas com conteúdos, formatos e modos de funcionamento aproximados às necessidades dos utilizadores, proporcionando uma maior aceitação e usabilidade por parte destes (Brewster et al., 2014). Portanto, antes de se proceder à implementação deve ser executada a fase de conceção considerando as necessidades e objetivos específicos dos utilizadores finais e as barreiras e facilitadores para que a implementação seja bem sucedida (Craig et al., 2008; van Gemert-Pijnen et al., 2011). Com o presente estudo pretendemos explorar as perspetivas das diferentes partes interessadas acerca da adaptação do Programa SPLIT a um formato de serviço de TR, identificando as necessidades e objetivos e especificando os valores que devem orientar esse serviço.

Metodologia

Este estudo corresponde à primeira etapa (inquérito contextual) *do projeto SARA (SPLIT Application for Remote Reabilitation): Cocriação de um serviço de telereabilitação para avaliação e tratamento da lombalgia: Prova de Conceito*; cujo objetivo é desenvolver uma prova de conceito de um serviço de TR, através da adaptação do Programa SPLIT, que servirá como protótipo. O desenvolvimento da prova de conceito SARA tem por base o roteiro de 5 etapas do "*holistic framework for the development of e-health technologies*", nomeadamente: (1) Inquérito contextual; (2) especificação de valor; (3) desenho; (4) operacionalização; e (5) avaliação sumativa (van Gemert-Pijnen et al., 2011).

Com o intuito de identificar as necessidades e objetivos e especificar os valores que devem orientar o modelo de TR para a intervenção na LG não específica, com base no programa SPLIT, junto dos seus potenciais utilizadores, e nos contextos em que o programa está implementado (ACES da Arrábida e Arco Ribeirinho, ambos pertencentes à Administração Regional de Lisboa e Vale do Tejo), este estudo recorreu a uma metodologia de investigação qualitativa. Esta metodologia de investigação permite explorar e compreender aprofundadamente as perceções, perspetivas e/ou experiências dos indivíduos em relação a uma questão/acontecimento dentro do seu contexto (Holloway, 2005; Moser & Korstjens, 2017). É assim possível através da investigação qualitativa obter informações para o desenvolvimento e/ou adaptação de sistemas de saúde adequados às necessidades dos seus utilizadores e ainda compreender as barreiras e facilitadores para o sucesso da implementação de novos processos, métodos e/ou intervenções (Bradley et al., 2007; Korstjens & Moser, 2017), e em simultâneo promover o desenvolvimento das áreas de intervenção em estudo e/ou das profissões envolvidas (nomeadamente a Fisioterapia) (Grant, 2005).

Uma das formas de conduzir este género de pesquisa é através da realização de entrevistas de grupo. A entrevista de grupo é definida como uma entrevista baseada numa discussão para a produção de dados e perceções através da interação em grupo, que seriam menos acessíveis sem a interação encontrada e gerada num grupo (Flick, 2009; Holloway, 2005). As entrevistas de grupo foram selecionadas como método de recolha de dados, uma vez que o objetivo deste estudo foi o de explorar os problemas e necessidades identificadas pelos utilizadores com o fornecimento do Programa SPLIT, antes e durante a fase da pandemia COVID-19, incluindo

aspetos relativos às diferentes componentes do programa, conteúdos, características, personalização e competências dos utilizadores.

Este formato de recolha de dados consiste na realização de entrevistas semiestruturadas com questões exploratórias abertas dirigidas a um grupo de indivíduos (6 a 8 pessoas), sendo conduzidas por um moderador. Este elemento tem a oportunidade de orientar e fomentar a discussão entre os participantes, investigando com maior profundidade os seus relatos e opiniões. Cada entrevista é única, explora as perspetivas dos participantes, captura e descreve através das próprias palavras destes as suas experiências, crenças e atitudes (Braun & Clarke, 2013; Flick, 2009; Holloway, 2005).

Na realização deste estudo foram seguidos os critérios COREQ (*Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research*) que fornecem diretrizes importantes para o desenho e também análise dos dados de estudos qualitativos (Tong et al., 2007).

A aprovação ética para a realização do estudo foi obtida pela Comissão Especializada de Ética em Investigação da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS/IPS). De referir que não foi atribuída qualquer tipo de compensação pela participação no presente estudo aos participantes no estudo.

Recrutamento de participantes

A amostra de participantes do presente estudo foi uma amostra teórica de conveniência, tendo os participantes sido recrutados na área de influência do Agrupamento de Centros de Saúde da Arrábida e Arco Ribeirinho (ACES Arrábida e ACES Arco Ribeirinho) onde se encontra implementado o programa interdisciplinar para tratamento estratificado da LG (Programa SPLIT). Foram recrutados para o estudo utentes e profissionais de saúde (médicos de MG&F e FTs), com experiência de participação no Programa SPLIT.

Todos os utentes selecionados para o presente estudo participaram previamente no Programa SPLIT cumprindo os respetivos critérios de inclusão: diagnóstico de LG não específica (Códigos L03-Sinais e sintomas na região lombar, L84-Síndromes da coluna sem irradiação de dor; e L86-Síndrome vertebral com irradiação de dores) e referenciados para a Fisioterapia (Programa SPLIT) pelos Médicos de MG&F do ACES Arrábida e ACES Arco Ribeirinho, com idade compreendida entre os 18 e 65 anos, e ausência dos seguintes critérios de exclusão: diagnóstico de LG específica, nomeadamente associada a compressão radicular, doença inflamatória e/ou

infeciosa, doença sistémica, dor de origem visceral/maligna, fratura ou risco de fratura, cirurgia lombar recente (nos últimos 6 meses), mulheres grávidas ou até 6 meses após o parto, à data da consulta de MG&F. Além dos critérios de inclusão/exclusão do Programa SPLIT, por forma a participar no presente estudo os utentes tinham de cumprir adicionalmente os seguintes critérios de inclusão: saber utilizar o computador, *smartphone* e/ou outro equipamento tecnológico com ligação à internet, e falar e compreender português.

Os profissionais de saúde elegíveis corresponderam aos FTs e Médicos de MG&F do ACES Arrábida e Arco Ribeirinho (indicados pelo Conselho Clínico/ Coordenador da Unidade de Saúde) que realizaram formação no âmbito do Programa SPLIT, que tivessem consultado e/ou tratado pelo menos 10 utentes com LG não específica no último ano, e que soubessem utilizar um computador e/ou um *smartphone* com ligação à internet.

O recrutamento dos utentes foi realizado pela equipa de investigação em colaboração com os FTs que estavam a implementar o Programa SPLIT no ACES Arrábida e ACES Arco Ribeirinho. No final da sessão de alta do Programa SPLIT, os FTs realizaram uma breve apresentação do estudo e entregaram uma ficha informativa do mesmo (Apêndice A). Caso o utente manifestasse interesse em participar, preencheu a declaração de consentimento informado (Apêndice B), que entregou ao respetivo FT, que verificou de seguida o cumprimento dos critérios de inclusão/exclusão no estudo. Cumpridos todos os requisitos, foi comunicado ao participante que seria contactado por um elemento da equipa de investigação, via correio eletrónico ou telefone para agendamento da sua participação no grupo focal.

Para o recrutamento dos profissionais de saúde foi enviado um e-mail convite para a participação no estudo aos potenciais participantes. Quando demonstrada disponibilidade para a participação foram enviados a ficha informativa (Apêndice C) com uma explicação detalhada do estudo e consentimento informado (Apêndice D), remetido à equipa de investigação devidamente assinado.

Desenvolvimento do guião de entrevista

Com base na revisão da literatura, na estrutura do Programa SPLIT e experiência prévia da equipa de investigação na implementação do Programa SPLIT, foi desenvolvido um guião de entrevista semiestruturado com questões exploratórias abertas (tabela 1).

Tabela 1 - Guião de entrevista

1. Já tiveram alguma experiência pessoal com alguma forma de telessaúde/ telereabilitação, por exemplo videochamadas, ou outras formas de contacto?
• Que aspetos destacam na vossa experiência, positivos e negativos, de fornecer/receber cuidados de saúde em formato de telessaúde/ telereabilitação?
2. De que forma acham que a telessaúde/ telereabilitação poderia ajudar as pessoas com um episódio de lombalgia?
• Em termos do acesso, consulta, tratamento, reavaliação que forneceram/receberam presencialmente no âmbito do Programa SPLIT.
3. Consideram que a consulta/ tratamento que forneceram/receberam presencialmente poderia ser realizado remotamente, através de meios tecnológicos, como por exemplo a videochamada?
• Na sua totalidade ou apenas nalguma das suas componentes? Quais as vantagens e desvantagens que antecipa?
4. Considera que a consulta médica, a triagem e o aconselhamento ou o ensino e apoio na realização de exercícios remotamente se compara à forma como normalmente avalia e trata um utente com lombalgia presencialmente?
• Qual a vossa confiança na segurança, eficácia e compreensão por parte dos utentes dos conteúdos de ensino?; Qual a vossa confiança na avaliação e aconselhamento que recebem dos Médicos e Fisioterapeutas.
5. Considera que a prescrição de exercícios / plano de atividade física remotamente se compara à forma como normalmente avalia e trata um utente com lombalgia presencialmente?
• Qual seria a vossa confiança na segurança, eficácia e compreensão por parte dos utentes na prescrição remota de exercícios/ plano de atividade física?; Qual seria a vossa confiança na prescrição remota de exercícios/ plano de atividade física que recebem dos Fisioterapeutas?; Qual seria a vossa confiança na adesão aos programas de exercício/plano de atividade física?; Quais as estratégias em modo remoto para aumentar a adesão dos utentes?; Quais as estratégias em modo remoto para monitorizar a evolução da lombalgia dos utentes?.
6. Para concluir gostaria que refletissem sobre a sua comunicação e interação com os vossos utentes/ e utentes com profissionais de saúde.
• Quando comparam a prestação de serviços de saúde presenciais com um serviço de telessaúde/ telereabilitação, o que espera que seja mais fácil/ difícil?; É possível criar um serviço telessaúde/ telereabilitação, personalizado, ajustado às necessidades e características de cada utente? Se sim, como?; Consideram ser necessário desenvolver novas competências ou competências específicas de comunicação e interação?.

Recolha de dados

A recolha de dados ocorreu através da realização de duas entrevistas de grupo (total de 11 participantes) que decorreram entre janeiro e fevereiro de 2021 e contaram com a presença simultânea de profissionais de saúde (Médicos de MG&F e FTs) e utentes. As entrevistas em grupo tiveram uma duração aproximada de 90 minutos. Devido ao período de confinamento e às

restrições impostas como medidas de contingência para o controlo da pandemia COVID-19 aquando o período de recolha de dados (realização das sessões de grupo focal), optou-se pela realização dos grupos focais por videoconferência através da plataforma de comunicação por vídeo *Zoom Video Communications, Inc*. A utilização de plataformas de videoconferência permite a recolha de dados qualitativos num ambiente virtual síncrono quando os participantes e investigadores se encontram dispersos geograficamente. O ambiente proporcionado nestas plataformas assemelha-se bastante ao grupo focal presencial. Os participantes demonstram manter-se envolvidos, interessados e interativos gerando um fluxo natural de ideias e, o moderador desempenha as suas funções de forma semelhante ao esperado no formato presencial (Gill & Baillie, 2018; Matthews et al., 2018; Tuttas, 2015). A possibilidade de utilização das plataformas em diferentes formatos tecnológicos (computador, *smartphone* ou *tablet*) facilita o acesso ao grupo focal no formato digital (Matthews et al., 2018; Tuttas, 2015). O envio do endereço eletrónico de acesso à sala virtual onde se realizou cada grupo focal foi enviado por um dos investigadores (EBC) a todos os participantes 1 semana antes da realização de cada sessão.

Cada grupo focal contou com a presença de dois investigadores, um com experiência na moderação de grupos focais que moderou e conduziu a discussão (EBC) e outro com a responsabilidade de tomar notas (PC). No início de cada sessão foram explicados os objetivos, regras e funcionamento do grupo focal e solicitou-se a cada participante que escolhesse um pseudónimo, garantindo assim o seu anonimato. No final de cada sessão o moderador resumiu o conteúdo da sessão, permitindo assim a verificação imediata dos participantes acerca das ideias gerais da discussão**.** As sessões foram gravadas, transcritas textualmente e analisadas tematicamente. Os dados encontram-se armazenados em local seguro e apenas acessível pelos investigadores.

Análise dos dados

A análise de dados seguiu o método de análise temática descrito por Braun & Clarke (2006; 2013), que compreende seis fases:

- Fase 1: dois investigadores de forma independente e para cada grupo focal procederam à leitura repetida da sua transcrição, por forma a imergirem e familiarizarem com os conteúdos. Foram tomadas notas iniciais sobre os dados e tópicos potenciais para posterior exploração, contribuindo para a inicial geração de ideias de codificação.

- Fase 2: nesta fase, a codificação, foi orientada pelos objetivos deste estudo estando os investigadores atentos para a identificação de aspetos e informações que estivessem relacionadas com as necessidades, objetivos e valores relacionados com o fornecimento do Programa SPLIT, ou de componentes do mesmo, como um serviço de telessaúde/TR. O processo de codificação permaneceu aberto por forma a permitir a inclusão de outros tópicos que emergissem dos dados e fossem relevantes. Os dois investigadores (EBC e PC) codificaram independentemente as transcrições e redigiram uma lista de códigos e transcrições relevantes para cada código. Cada transcrição foi identificada por uma sequência de palavras e números (pseudónimo, profissional (médico ou fisioterapeuta)/utente, número de página da transcrição e grupo focal em que participou), por forma a permitir uma fácil identificação na transcrição nos dados.

- Fase 3: Revista, finalizada e ordenada a codificação, os investigadores procuraram estabelecer a relação entre os códigos identificados e a interpretação dos mesmos, iniciando assim a construção de temas e subtemas iniciais. As conexões entre os subtemas foram discutidas a fim de desenvolver temas potenciais. Desta discussão surgiu um "mapa temático" com a nomeação e descrição detalhada dos mesmos.

- Fase 4: nesta fase, os investigadores cruzaram os temas e subtemas identificados com as transcrições originais para garantir que cada tema estivesse representado e que as interpretações dos investigadores estivessem refletidas nos dados, sendo que não surgiram novas informações de relevo. Os temas e subtemas encontrados foram discutidos entre os investigadores, e posteriormente consensualizados.

- Fase 5 e 6: estas fases decorreram em simultâneo com a nomeação e reorganização dos temas e subtemas e na redação do relatório final com as devidas transcrições.

Para garantir a credibilidade e rigor do processo de análise temática foram utilizadas diferentes estratégias, incluindo a triangulação e o *member checking*. Recorrer à estratégia de triangulação através do envolvimento de dois investigadores no processo de análise temática permitiu que neste processo fossem incluídas diferentes perspetivas o que lhe confere maior credibilidade e uma interpretação mais rica (Amin et al., 2020). No presente estudo a triangulação foi assegurada ao longo de todo o processo através da confrontação regular das interpretações dos investigadores, sendo nestes momentos discutidas as possíveis divergências por forma a alcançar um consenso para a interpretação mais adequada. Para o *member checking*, foi

enviada aos participantes a transcrição do grupo focal em que participaram por forma a validarem a correta transcrição das suas palavras e a interpretação realizada (Braun & Clarke, 2013). Foi assim assegurada aos investigadores de que os participantes tinham a intenção de fornecer as informações presentes nas transcrições. E aos participantes foi dada a oportunidade de partilhar ideias e/ou aspetos adicionais não constantes na transcrição, corrigir possíveis erros e/ou contextualizar informações partilhadas (Amin et al., 2020).

Por forma a garantir que a análise dos dados está alinhada com os padrões da metodologia de investigação adotada e que a interpretação dos dados foi fundamentada nos dados recolhidos e não nas preferências dos investigadores, estes efetuaram um registo continuo acerca das interpretações e decisões tomadas no decorrer do processo de análise temática (Apêndice E). É assim demonstrado que os dados recolhidos passaram por um processo de análise, tratamento e síntese. É assim também possível a realização de uma auditoria aos resultados apresentados para a averiguação tanto da consistência da análise dos dados como confirmação de que as interpretações emergiram dos dados recolhidos. À semelhança da triangulação e do *member checking*, isto contribui também para a credibilidade e rigor do processo de análise temática (Amin et al., 2020; Korstjens & Moser, 2018).

Foram ainda incluídas no processo de análise temática as notas reflexivas que o investigador PC retirou aquando a realização dos grupos focais. Nas notas reflexivas constam os tópicos, participações e interações que este investigador considerou mais relevantes, sendo que estes podem ter sido influenciados pela realidade, expetativas, necessidades e interesses de investigação do investigador PC. Portanto, a inclusão destas notas aquando a análise temática permitiu contextualizar e balizar a influência do *background* do investigador PC no processo, minimizando assim o seu próprio viés, o que confere transparência aos resultados apresentados (Amin et al., 2020; Korstjens & Moser, 2018).

Apresentação dos resultados

Da análise temática emergiram cinco temas e oito subtemas, como explícito na tabela 2. Os primeiros dois temas e os seus quatro subtemas referem-se às necessidades identificadas pelos profissionais e utentes que respondem aos valores essenciais que o serviço de TR deve respeitar. Os segundos dois temas e os seus quatro subtemas referem-se às necessidades e vantagens (valor adicionado) que os profissionais encontram na intervenção num formato remoto. Estes temas e subtemas originaram o quinto tema através da identificação dos objetivos para o modelo de TR e os requisitos que este deve cumprir para responder às necessidades identificadas. Recorreu-se a excertos dos grupos focais para suporte da análise de dados.

Tabela 2 - Temas e subtemas que emergiram da análise de dados

Temas	**Subtemas**
Tema 1 – Necessidade de garantir uma componente presencial	1.1 - Segurança do utente
	1.2 - Relação terapêutica
Tema 2 - Necessidade de garantir soluções alternativas	2.1 - Privacidade e confidencialidade
	2.2 - Condições do utente
Tema 3 – Necessidade de informação prévia sobre a condição do utente	3.1 - Triagem dos utentes
	3.2 - Tratamento dos utentes
Tema 4 – Necessidade de uma estrutura de acompanhamento no tratamento e no pós-alta	4.1 – Reforço do aconselhamento
	4.2 – Avaliação dos resultados
Tema 5 - Características para um modelo de TR para o tratamento da LG	

Tema 1 – Necessidade de garantir uma componente presencial

Neste primeiro tema todos os participantes consideraram que a ocorrência de um contacto presencial é fundamental para o cumprimento de dois valores essenciais: a segurança do utente (subtema 1.1) e a possibilidade de estabelecer uma relação terapêutica (subtema 1.2).

<u>Subtema 1.1 – Segurança do utente</u>

A consulta para diagnóstico da condição e exclusão de patologia grave por teleconsulta não é percecionada como segura para profissionais de saúde e utentes**.** É fundamental existir um primeiro contacto presencial com o utente e do utente com o profissional de saúde.

Miguel (médico, p4g2) - "(…) não conheço a maioria dos utentes e mesmo conhecendo há sempre que descartar algumas bandeiras vermelhas que nós sentimos maior segurança se o fizermos com um exame físico ou presencial (…)"

Filipa (médica, p14g1) – "(...) acho é que o grande perigo é o primeiro contacto ser remoto e isso, sim, não me faz qualquer tipo de sentido (…)"

Francisco (utente, p5g2) – "(…) julgo que a parte física aqui é muito importante, não é? É muito importante, não sei como é que se consegue colmatar isso numa avaliação (remota)."

Rogério (utente, p16g1) – "O primeiro contacto deve ser efetivamente … Partilho obviamente a opinião da interveniente anterior, que o primeiro contacto tem de ser com o médico (…)"

A diminuta sensação de segurança no estabelecimento do diagnóstico por teleconsulta deve-se ainda à curta duração do contacto, à dificuldade do utente na descrição dos seus sintomas e à concomitância de outras condições, principalmente em utentes de idade mais avançada.

Maria (fisioterapeuta, p15g1) – "(…) portanto uma teleconsulta de seis minutos como é que eles conseguem ver o que é que o utente tem. Portanto é uma realidade … E cá está, é aquela insegurança "Será que eles o diagnosticaram bem?" (…)"

Rogério (utente, p23g1) – "(…) bem por telefone então eu não imagino como é que se pode perceber bem as coisas, não sei… não sei, de facto, para mim, é muito difícil ligar para a Saúde 24, não é (…)"

Isabel (médica, p14g1) – "Se for uma pessoa de mais idade, se tiver outros problemas. Para já é mais difícil perceber se aquela dor nas costas é uma lombalgia simples, ou se é uma coisa mais complexa."

<u>Subtema 1.2 – Estabelecer uma relação terapêutica</u>

O estabelecimento de uma relação empática entre o utente e o profissional, é considerada essencial e difícil de obter sem conhecimento presencial prévio. Esta relação é essencial porque facilita o conhecimento sobre o utente e a condição, promove maior proximidade e confiança mútua e favorece o "compromisso do utente" com a proposta terapêutica.

Francisco (utente, p16g2) – "(…) primeiro tem de haver empatia entre as pessoas, tem de haver empatia antes das sessões tem de haver… criar uma relação de empatia, mesmo

para se ganhar o à vontade porque quem está deste lado do utente tem que se por em certas posições (…)"

Filipa (médica, p14g1) – "(…) a grande vantagem que temos enquanto médicos de família é que a grande maioria das pessoas que nos abordam por este método, são pessoas que eu já conheço a algum tempo e com as quais já tenho algum tipo de relação."

Portanto, o primeiro contacto entre profissional de saúde e utente deverá ser presencial, visto que estes não se sentem seguros com um diagnóstico estabelecido por meios remotos e sentem a necessidade de estabelecer uma relação de empatia entre si o que contribui também para a adesão do utente ao tratamento.

Tema 2 - Necessidade de garantir soluções alternativas

Profissionais e utentes consideraram que prestar cuidados de saúde por meios remotos é uma proposta aceitável, desde que mantida a privacidade e confidencialidade do utente e lhe seja dada a possibilidade de optar ou não por este serviço (subtema 2.1) e que o serviço seja ajustado às condições do utente (subtema 2.2).

Subtema 2.1 - Privacidade e confidencialidade

A garantia da privacidade do utente e da confidencialidade dos seus dados e história clínica é um valor essencial a manter ou garantir. Estes fatores contribuem para que o utente se sinta seguro no acesso aos cuidados de saúde e mais confiante e confortável para a partilha de informações com o profissional através destes meios.

Paulo (utente, p12g1) – "O utente em casa pode não ter necessariamente um ambiente confidencial o suficiente para expor as suas questões. (…) No entanto, é certamente algo que me preocupava se, a teleconsulta seria feita de forma que fosse segura e confidencial, certamente."

António (fisioterapeuta, p16g1) – "E para além disso utilizar um serviço que seja muito seguro em termos daquilo que é a confidencialidade das pessoas. Porque eu estou a imaginar pessoas em quem eu posso ter que ensinar um exercício e a pessoa pode não se sentir de todo segura em realizar o exercício … Em ter que tirar a camisola à frente de uma câmara, em ter que fazer em casa com os filhos a circular… acredito que há aqui muitos problemas de privacidade (…)"

Devido à necessidade de respeitar a privacidade do utente, a possibilidade de optar por um serviço remoto deverá ser discutida com o utente e adotada em concordância com o mesmo,

promovendo assim o processo de tomada de decisão partilhada e uma prática centrada no utente.

> António (fisioterapeuta, p16g1) – "Eu sentir-me-ia muito mais confiante em oferecer este tipo de serviços, se tivesse a certeza que o utente concordou e aceita que este serviço seja feito remotamente."

Subtema 2.2 - Condições do utente

São as características do utente que devem orientar a opção por um modelo presencial ou remoto. Os profissionais consideraram que características demográficas do utente, como a idade jovem, poderão facilitar o acesso à prestação de cuidados remotamente. Contrariamente, a idade avançada do utente e/ou dificuldades socioeconómicas podem dificultar o acesso a um modelo remoto pela limitação no acesso a equipamentos tecnológicos necessários a este formato.

> Isabel (médica, p14g1) – "Eu acho que vai depender muito do tipo de pessoa que temos, não é à nossa frente, mas é do outro lado da câmara. Se for uma pessoa jovem sem problemas de saúde importantes, que está com uma lombalgia que não nos parece ser uma coisa, não é? Que possa representar uma doença grave daquilo que se pode apurar sem ser presencialmente, mas com algumas perguntas, pelo menos conseguimos à partida excluir alguma coisa mais grave, ou pelo menos de forma mais imediata. Aí se calhar sentir-me-ia confortável, tanto como utente como médica, em ser orientada ou a dar orientações via remota, não é?"

> Miguel (médico, p4g2) – "(…) no adulto jovem entre os 18 e 65 anos é possível que consigamos fazer uma consulta por essa via."

> Maria (fisioterapeuta, p6g1) - "(…) não vai ser tão fácil pelo facto da acessibilidade que a nossa população não tem aos recursos de computador porque a minha população onde estou inserida é muito idosa (…)"

> Paulo (utente, p5g1) - "(…) reconhecimento de outras pessoas perto de mim que é muito difícil ter essas tecnologias mesmo nos dias de hoje para algumas pessoas especialmente, com dificuldades sociais e financeiras por vezes terem acesso a estas tecnologias e conseguirem ter acesso a uma teleconsulta."

Os utentes necessitam ainda de ter um espaço físico disponível para receberem os cuidados de saúde remotamente. A impossibilidade de acesso a um espaço privado poderá comprometer o acesso ao modelo remoto.

> Francisco (utente, p10g2) – "tem de haver um espaço, onde possa fazê-lo, não é? Portanto as pessoas, mesmo em casa (…) Eu tive de criar um espaço para poder pôr o tapete, ter uma bicicleta, para poder fazer os exercícios, portanto, acho que isso pode ser uma limitação também."

> Rogério (utente, p5g1) – "(…) aliás como já referi algum do trabalho que fiz dentro deste programa foi feito remotamente na minha casa e noutros locais e não num espaço mais adequado."

A TR poderá então ser considerada uma alternativa aos cuidados em regime presencial, desde que consideradas diversas condicionantes quer ao nível do serviço, através da garantia da privacidade do utente, quer do próprio utente, como o acesso a equipamentos tecnológicos, pelo que a opção por esta modalidade de intervenção deverá ser sempre discutida com o utente e uma escolha sua.

Tema 3 – Necessidade de informação prévia sobre a condição do utente

Os fisioterapeutas anteviram vantagens no acesso à informação prévia sobre a condição do utente por meios remotos para a realização da triagem (subtema 3.1) e para o tratamento dos utentes (subtema 3.2).

<u>Subtema 3.1 - Triagem dos utentes</u>

A realização de uma pré-avaliação da condição através de meios remotos previamente à consulta com o profissional de saúde para efeitos de recolha de dados clínicos que caracterizem a condição do utente permite que a consulta de avaliação seja desde logo mais direcionada às necessidades deste.

> Cristina (fisioterapeuta, p6g2) – "inicialmente demorava muito mais tempo a fazer a primeira consulta quando ela era toda presencial. Tendo já uma triagem feita a nível do telefone, pelo primeiro contacto telefónico, a segunda sessão é muito mais rápida. E orientadora."

> Maria (fisioterapeuta, p2g2) – "(…) pelo telefone eu penso que também conseguimos chegar aos utentes, não só ao nível de avaliação prévia para estabelecer o nível de risco (…)"

António (fisioterapeuta, p11g1) – "Isso é algo que pode perfeitamente, e que rentabilizaria muito o tempo, se o utente pudesse preencher em casa remotamente, e essa informação já chegasse até mim."

Esta triagem prévia ao contacto com o utente poderá permitir identificar e categorizar os novos casos quanto à sua urgência. Isto permitirá ao profissional priorizar o atendimento dando resposta aos casos que apresentem maior urgência.

Maria (fisioterapeuta, p6g2) – "Sim isso…Poderia fazer nos pensar na… em processos de priorização de casos a chamar, por exemplo. Em virtude da gravidade, da dor ou de alguns outros indicadores que pudessem… puder triar a prioridade, vá lá, não é?"

António (fisioterapeuta, p11g1) – "E isso até me permitiria de alguma forma tentar aqui, dar resposta àqueles casos mais urgentes, enquanto que poderia esperar por os outros casos que, não sendo tão urgentes, … podem não ser tão prioritários e, portanto, conseguiria aqui priorizar os utentes de alguma forma."

Subtema 3.2: Tratamento dos utentes

A intervenção por meios remotos é vista como vantajosa para os utentes com LG nomeadamente para a educação e aconselhamento, uma vez que através destes meios é possível a transmissão de conteúdos educacionais que permitam ao utente gerir a sua condição. Poderá ser especialmente relevante para os utentes de baixo risco de desenvolver dor persistente e incapacitante, uma vez que o tratamento destes utentes assenta na educação e aconselhamento.

Cristina (fisioterapeuta, p3g2) – "(…) há muita informação que logo nesse primeiro telefonema é dada ao utente, ensino...desde o primeiro contacto conseguimos logo intervir junto do utente de uma forma mais rápida, conseguimos dar algum aconselhamento e dar estratégias ao utente para controlar a dor logo nesse primeiro contacto, portanto permite uma intervenção mais rápida"

Maria (fisioterapeuta, p3g2) – "(…) penso que se for um utente de baixo risco é muito mais fácil, se for um utente de elevado risco acho que pode ser também...é exequível, se for um utente de médio risco penso que esta solução é mais limitante do acompanhamento, às vezes pode haver a necessidade de fazer uma intervenção mais ao nível da terapia manual e se houver mesmo essa necessidade pode haver menos possibilidade por esta via em que o contacto presencial seria mais importante."

António (fisioterapeuta, p17g1) – "(…) eu acho que para essas pessoas (de baixo risco), em que a sessão que nós oferecemos, é apenas uma sessão de tratamento também pode ser perfeitamente feito apenas online (…)"

No grupo de médio risco a intervenção totalmente remota poderá não ser exequível visto que o tratamento envolve estratégias que exigem o contacto físico, como a aplicação de técnicas manuais (terapia manual) e/ou quando a necessidade de apoio ao utente e/ou correção na realização dos exercícios.

Cristina (fisioterapeuta, p4g2) – "(…) seria uma mais valia poder estar a orientar os utentes em termos de exercício através da videochamada, pronto a nível da terapia manual também teria essa limitação no caso de os utentes necessitarem desse tipo de tratamento."

António (fisioterapeuta, p17g1) – "(…) sinto necessidade, de tal como já foi sendo dito, de durante o exame objetivo, de durante a terapia manual ou durante o corrigir e ensinar determinados exercícios (…)"

Paulo (utente, p18g1) – "No que toca às sessões de fisioterapia a que eu fui, não sei até que ponto seria possível oferecê-las completamente remotamente, porque parte delas envolveram o próprio contacto do fisioterapeuta e a manipulação física (…)"

Francisco (utente, p9g2) – "Agora, há exercícios que certamente têm de ser adaptados, porque a pessoa não os consegue fazer sozinhos. Porque eu alguns consigo fazer, mas faço uma ponte, faço elevar a perna é mais de tapete… Mas depois havia alguns que eu tinha a intervenção do fisioterapeuta: fazer alongamentos, esticava-me uma perna, mexia-me no pé, portanto, sozinho era impossível, não é?"

O acesso a informação da triagem previamente à primeira sessão agiliza o processo de avaliação do utente e permite desde logo direcionar a primeira sessão para o tratamento adequado. A intervenção remota é considerada adequada para o aconselhamento e educação. Será menos adequada quando existe a necessidade de incluir na intervenção técnicas manuais e/ou apoio ao exercício pela ausência de contacto físico.

Tema 4 – Necessidade de estrutura de acompanhamento no tratamento e no pós-alta

Um modelo de TR, segundo os fisioterapeutas, poderá melhorar aquele que é o acompanhamento durante o tratamento através do reforço do aconselhamento, proporcionando um apoio contínuo ao utente e motivá-lo a manter as estratégias de autogestão transmitidas

inicialmente; e no período após a alta clínica através da avaliação de resultados, como forma de monitorizar a evolução da condição ao longo do tempo e manter uma ligação de proximidade com o utente.

Subtema 4.1 – Reforço do aconselhamento

A possibilidade de estabelecer contactos periódicos permitirá ao profissional de saúde orientar os utentes na execução dos exercícios recomendados. Esta possibilidade poderá ainda ser útil na intervenção por forma a reforçar as recomendações transmitidas e motivar o utente a manter comportamentos que visem a prevenção de novos episódios.

> Maria (fisioterapeuta, p15g1) – "(…) em termos dos exercícios que depois são aconselhados, haver depois uma supervisão desses exercícios por telessaúde."

> Paulo (utente, p18g1) – "(…) isso é algo que eu acho que poderia ser oferecido de alguma forma pelos serviços de reabilitação … pelo serviço de fisioterapia … seria indicações certas de como é que estes exercícios se fazem, visto que nem sempre é fácil lembrar todos os detalhes passado um dia ou mesmo passado várias horas depois de fazer a fisioterapia."

> Isabel (médica, p19g1) – "(…) esse contacto periódico poderia ajudar a relembrar algumas coisas se a pessoa se tivesse esquecido, ou até introduzir outras que, entretanto, se vissem ser necessárias (…)"

Profissionais e utentes consideram que o acompanhamento à distância incute ao utente uma maior responsabilidade na gestão da sua condição. Portanto, este formato poderá exigir uma maior capacidade de adesão do utente às recomendações transmitidas.

> Maria (fisioterapeuta, p11g2) – "Talvez possa haver aqui uma componente do online ou da orientação á distância, que possa devolver ao utente alguma maior responsabilidade por si próprio e pela gestão dos seus próprios problemas (…)"

> Rogério (utente, p4g1) – "(…) é uma componente que também favorece a autonomia, nós não podemos estar sempre a ser acompanhados pelo médico ou fisioterapeuta, temos de ser autónomos, com orientação evidentemente, técnicas especializadas, mas estas possibilidade de fazer a distância também nos estimula e desenvolve essa autonomia."

> Isabel (médica, p19g1) – "o fazer um acompanhamento para as pessoas não se esquecerem, no fundo, de manter alguns comportamentos que ajudam que não tenham um novo episódio … Embora não possam evitar completamente, mas calculo que depois

de alguns tratamentos e depois deste acompanhamento todo que a pessoa fique melhor e que depois se calhar durante alguns tempos mantém e depois vai esquecendo (…)"

Francisco (utente, p9g2) – "(…) portanto às vezes é muito fazer aqui o *remember* para não deixarmos de ouvir esta conversa (…) também é importante, faz parte."

Subtema 4.2 - Avaliação de resultados

A inclusão de um sistema de monitorização e acompanhamento dos utentes ao longo do tempo reduz a perda de contacto com utente após a alta clínica, pelo que permite ao profissional acompanhar com proximidade aquela que será a evolução da condição atual e/ou identificar recorrências precocemente e inclusive reagendar uma nova avaliação presencial.

António (fisioterapeuta, p20g1) – "Muitas vezes nós perdemos … Os utentes começam a melhorar e nós depois começamos a perder os utentes, ou a partir do momento da alta, nós deixamos de ter forma de acompanhar o utente, quer seja por este já estar bem e depois não dar mais feedback, quer seja porque ele teve um episódio novo ou começou a ter um episódio novo de lombalgia e depois pôs tudo aquilo que aprendeu, em causa, naquelas sessões (…)"

Maria (fisioterapeuta, p13g2) – "(…) nós já acabamos por fazer isso porque fazemos a avaliação aos 2 e aos 6 meses e portanto aproveitamos esse momento mais formal da avaliação, que no fundo acaba por ser a monitorização da condição e dos seus sintomas, relativamente à dor e à incapacidade e ao mesmo tempo é o momento em que nós aproveitamos para dar mais estratégias se forem necessárias ou até reagendar alguma consulta presencial se assim o entendermos (…) e muitas das vezes as pessoas sentem-se confortáveis por nós estarmos a perguntar sobre a sua condição e saber como é que estão e saber que estamos importados em ao longo do tempo ir fazendo esse acompanhamento."

Miguel (médico, p14g2) - "(…) se a monitorização não implica um ato terapêutico, implica mais uma chamada de atenção, um reforço positivo de … alteração de estilos de vida e comportamentos, (…) correção verbal ou visual de determinado tipo de exercícios, se calhar, a tecnologia à distância pode ser facilitadora (…) e ao utente também lhe dá um conforto e uma sensação de que os profissionais chegam até ele e não só que ele tem de chegar aos profissionais de saúde. Há aí também maior proximidade e uma outra sensação de acesso, de melhoria de acesso, não é só o acesso físico."

Portanto, o acompanhamento remoto ao longo do tratamento poderá melhorar o apoio prestado ao utente para a execução dos exercícios e reforço das indicações de autogestão. Este acompanhamento exige maior responsabilidade por parte do utente pela necessidade de aderir às estratégias de autogestão. A monitorização do curso clínico da condição após o momento de alta cria uma relação de maior proximidade entre o utente e o profissional de saúde. Estes aspetos representam uma extensão dos cuidados de saúde prestados para além do tratamento, contribuindo para a prevenção de novos episódios.

Tema 5 - Características para um modelo de TR para o tratamento da LG

Por forma a responder às necessidades dos profissionais e utentes identificadas, um modelo de TR deverá ter as seguintes características: assentar num modelo híbrido, permitir o registo e partilha de dados clínicos entre profissionais, permitir a partilha de informação entre profissionais de saúde e utentes, possibilitar o contacto por telefone e videochamada e ainda o envio de lembretes. Por forma a ser implementado é necessário que os serviços sejam equipados com infraestruturas adequadas e seja proporcionado aos profissionais o desenvolvimento de competências de comunicação.

O modelo de TR para a intervenção na LG deverá ser um serviço parcialmente remoto, com componentes presenciais e não presenciais, adequado às condições do utente e nível de risco identificado pelo SBST.

> Isabel (médica, p7g1) – "(…) algumas pessoas selecionadas talvez consigam não ter … todas a sessões presenciais, mas fazer uma coisa periódica … presencial e depois entre sessões presenciais talvez consigo ter benefício de uma videochamada (…) Mas faz-me sentido que seja uma coisa híbrida eventualmente (…)"
>
> Maria (fisioterapeuta, p6g1) – "(…) porque não também fazer agilizando de modo a que este projeto fosse fazendo algumas partes, até mesmo na área da avaliação do risco por exemplo, é uma mais valia comunicar com o utente através de telechamada ou telessaúde, mas vejo que há outras partes do programa que vejo que não vai ser tão fácil (…)"
>
> António (fisioterapeuta, p17g1) – "(…) ter um serviço presencial, sempre que há algumas partes de qualquer intervenção que eu faça que podem sempre se feitas remotamente."

O registo e partilha de dados clínicos entre os profissionais através de informações estruturadas é visto como uma vantagem pelos próprios profissionais pela maior facilidade na realização da

avaliação e, por minimizar a necessidade de o utente repetir a mesma informação a cada profissional com quem contacta.

> António (fisioterapeuta, p11g1) – "Eu enquanto fisioterapeuta que vou receber o utente depois da referenciação, já recebendo a informação do médico, já ajuda imenso."

> Rogério (utente, p18g1) – "Porque eu já tinha falado com a médica e porque é que eu estou a dizer isto outra vez … Eu podia ter preenchido um questionário e nesse contacto o fisioterapeuta poderia ter aferido se eu tinha sido correto … Não sei se a palavra certa é esta, correto … Mas se eu tinha respondido, ou se as minhas respostas correspondem aquilo de que me queixava mesmo (…)"

Esta estrutura deverá permitir manter a comunicação entre o profissional e o utente ao longo do tempo com a possibilidade de troca e registo de informações como mudanças no estado clínico do utente e de partilha de conteúdos informativos.

> António (fisioterapeuta, p7g1) – "Senti necessidade de existir um serviço em que nós utilizávamos a tecnologia que fosse tudo mais autónomo de enviar exercícios para o utente realizar, de enviar mensagens de ter aqui uma via mais fácil de comunicar também com os médicos, com os outros colegas (…)"

> Rogério (utente, p24g1) – "(…) é verdade que eu estou a fazer uma atividade, Pilates e nunca… nunca falei com o fisioterapeuta sobre isto, não é… podíamos… nem com a médica, de facto, mas podíamos ter, certamente, falado sobre isto até para eu perceber se é adequado, ou de que modo é mais adequado ou menos adequado… a trocar umas, umas impressões sobre esse assunto não, não nos fariam, a mim não faria mal nenhum (…)"

Neste sistema também o utente deve ter a possibilidade de iniciar o contacto com o profissional de saúde, nomeadamente para o esclarecimento das suas dúvidas.

> Paulo (utente, p21g1) – "(…) se tiver mais questões sobre como é que deve fazer exercícios ou se tiver alguma mudança no que sente, poder ter esse contacto com o fisioterapeuta e… parece-me que é nesta, é nesta situação que a tele… a telereabilitação funciona melhor (…)"

> António (fisioterapeuta, p20g1) – "A continuação dos utentes terem uma via aberta, digamos assim, para ter este acompanhamento no longo-prazo, quer pelo fisioterapeuta,

quer pelo médico seriam muito benéficos e algo que eu sinto muito a falta na nossa prática clínica."

O estabelecimento de contactos quer por telefone quer por videochamada facilita a comunicação entre profissionais e utentes. O telefone poderá facilitar o processo de avaliação, a partilha de estratégias de autogestão e ainda o acompanhamento no tempo. Já o contacto por videochamada, pelo contacto visual que proporciona, é também útil para a fornecimento de mecanismos de *feedback* que orientem o utente na execução das atividades e o assegurem da sua correta execução.

Maria (fisioterapeuta, p3g2) – "(…) embora pelo telefone eu penso que também conseguimos chegar aos utentes, não só ao nível de avaliação prévia para estabelecer o nível de risco, penso que a tecnologia telefone só é suficiente (…)"

Francisco (utente, p2g2) – "(…) se for por videochamada certamente irei conseguir melhorar e manter alguns exercícios e postura porque o meu receio é poder começar a cair para uma tendência de erro, não tenho acompanhamento e qualquer dia já estou é a fazer mal, já não estou a fazer bem (…)"

Cristina (fisioterapeuta, p8g2) – "Se for por videochamada, em que conseguimos ver o que a pessoa está a fazer, poderemos conseguir melhor orientar em termos do que lhe é pedido para fazer, em termos de exercício."

Possibilitar o envio de lembretes ao utente poderá contribuir para o fortalecimento do compromisso do utente para com o seu programa de reabilitação, relembrando-o de executar os exercícios e os comportamentos e estratégias que deve adotar durante o processo.

Miguel (médico, p10g2) – "Por exemplo a través de notificações, ou uma aplicação (…) Aí pode haver alguma intervenção de repetição desse vínculo, sim, isso sim. Que seja algo personalizado, que continue a ser a relação direta entre profissional e utente e não um automatismo da tecnologia."

Este modelo está dependente da robustez da infraestrutura e do próprio acesso às tecnologias de comunicação por parte dos profissionais. A inexistência de equipamentos tecnológicos nas unidades de saúde apresenta-se como uma barreira à implementação de um serviço deste tipo.

Miguel (médico, p4g2) – "Qualquer modelo de teleconsulta está sempre dependente da robustez da infraestrutura, infelizmente as últimas semanas têm nos demonstrado o contrário, essa é uma limitação que não é menor, porque impossibilita tudo o resto que

queiramos fazer (…) A minha experiência em teleconsulta ainda é relativamente limitada, à minha disposição tenho habitualmente o e-mail e o telefone sabendo que a videoconferência ainda não pude usufruir dela fruto de limitações da tecnologia."

Filipa (médica, p24g1) – "(…) também, nos falta equipamento, ou seja, sempre que isto…. nós não temos uma câmara, vê-se pelo facto de a Isabel ter que ter saído da unidade para fazer esta reunião em casa, portanto…. as reuniões com os nossos pares também são feitas assim, desde casa, e depois vamos para a unidade, portanto há algumas falhas que acredito que também sejam transversais a alguns doentes e alguns serviços de saúde, não é …"

Cristina (fisioterapeuta, p4g2) – "Depois no meu caso o que tenho feito é, tenho tido sessões presenciais com os utentes, não tive muitas situações em que tivesse a acompanhar utentes de médio risco ou de elevado risco através de videochamada porque não tenho esses meios também é uma limitação (…)"

Maria (fisioterapeuta, p17g2) – "Precisávamos de uma câmara com tripé com uma ligação a um computador portátil e uma ligação wireless e precisávamos disso tudo."

O modelo de TR deverá oferecer uma componente de educação aos profissionais por forma a desenvolverem as suas competências de comunicação por meios remotos, respondendo aos desafios inerentes a este modelo como a ausência de linguagem não verbal e a criação de um ambiente em que utente e profissional se sintam confortáveis na partilha e comunicação.

Filipa (médica, p24g1) – "(…) em termos do Serviço Nacional de Saúde, além de competências e formação em teleconsulta ou em comunicação neste âmbito que claramente nos falta, porque fomos atirados para isto (…)"

António (fisioterapeuta, p25g1) – "(…) acho tão importante haver aqui um serviço que nos, para além de oferecer um serviço, seja capaz também de nos formar e de nos ensinar como é que nós podemos potencializar estas questões da comunicação porque nós não estamos habituados a isso não é, nós, nós somos profissionais de Saúde e estamos habituados e aprendemos com a experiência a ser empáticos e a tocar (…)"

Isabel (médica, p22g1) – "(…) se nós temos o utente, ou o doente, à nossa frente e se é preciso explicar-lhe alguma coisa, nós utilizamos muito os gestos não é, e utilizamos … vemos que a pessoa está a olhar para nós e a compreender o que estamos a dizer ou não, mas … é muito mais fácil do que ter de processar tudo mentalmente de forma a sair

tudo direitinho por palavras… e, e que sejam… ouvidas e processadas e compreendidas, eu acho que é um esforço diferente, é mais difícil para mim (…)"

Rogério (utente, p4g1) – "(…) comunicar com câmaras não é de facto uma prática que me seduza minimamente."

O conjunto de características acima descrito deverá orientar o desenho de um modelo de TR, destacando-se a necessidade de incluir uma componente presencial, a partilha de informação e constante comunicação entre profissionais e utentes em diferentes formatos (mensagem, telefonema, videochamada ou lembretes), a necessidade de dotar as instituições de infraestruturas e aos profissionais facilitado o acesso ao treino de competências para a comunicação por meios remotos.

Discussão dos resultados

Este estudo teve como objetivo explorar as perspetivas de utentes e profissionais (médicos de MG&F e FTs dos ACES Arrábida e ACES Arco Ribeirinho) acerca da adaptação do Programa SPLIT [descrito em Cruz et al. (2021), Cruz et al. (2019) e em Gomes et al. (2021)] a um formato de TR, identificando as necessidades e objetivos e especificando os valores que devem orientar esse serviço. Segundo os participantes deste estudo parece existir um potencial para a prestação de cuidados na LG aguda através da TR. Contudo, este serviço deverá ser um meio complementar ao regime presencial e não um substituto do mesmo na sua totalidade, propondo-se assim o desenho de um modelo híbrido constituído por componentes presenciais e remotas, o que vai de encontro aos resultados de outros estudos acerca das perceções de utentes e profissionais na prestação de cuidados por TR para outras condições [Cottrell, Hill, et al. (2017), Gall et al. (2020), Huygens et al. (2016), Powell et al. (2017) e Varsi et al. (2021)].

À semelhança dos estudos de Cottrell, Hill et al. (2017), Gall et al. (2020) e Lawford et al. (2018a), a componente presencial foi vista como necessária para o primeiro contacto/consulta entre utente e profissional, por forma a estabelecer um diagnóstico com segurança e uma relação terapêutica.

Estes resultados são similares com os reportados noutros estudos. Existe a preocupação de que um diagnóstico por TR não seja seguro pela ausência de um exame físico, como em Cottrell, Hill, et al. (2017), Gall et al. (2020), Gordon et al. (2020) e Powell et al. (2017); e existe também o receio de não ser possível excluir a existência de patologia grave, aspeto concordante com Cronström et al. (2019). Cottrell, Hill, et al. (2017), especifica que esta ausência de contacto físico impossibilita a execução de um exame neurológico apropriado, pelo que a segurança do utente poderá estar comprometida. Portanto, tal como também referido por Hasani et al. (2021), os utilizadores consideram a TR como um serviço adequado quando não existe a necessidade de realizar uma avaliação física, como em situações em que o diagnóstico está definido.

Quanto à relação terapêutica, Cottrell, Hill, et al. (2017), Gordon et al. (2020) e Hasani et al. (2021) identificaram uma maior dificuldade no estabelecimento desta quando a interação se resume aos meios remotos. Esta interação é, então, dificultada pela menor conversa informal nos momentos pré e pós consulta; pela ausência de linguagem não verbal que dificulta a intervenção do utente no decorrer do discurso do profissional para expor as suas questões; pela dificuldade do próprio profissional em reconhecer os momentos e oportunidades para demonstrar

a sua empatia; e pela inexistência de uma relação prévia entre profissional e utente, sentindo-se os utentes pouco envolvidos e confiantes na videoconsulta (Gordon et al., 2020). Estes achados são consonantes com os do nosso estudo, em que os participantes reconheceram que a interação nestes meios é diferente da habitual, sendo por isso necessário um primeiro contacto presencial para criar empatia e uma relação de confiança entre os intervenientes, e para que o utente se sinta comprometido com a proposta terapêutica.

Um fator que também poderá constituir uma barreira à TR é a privacidade e confidencialidade oferecida pelo serviço, sendo que a sua não garantia poderá interferir na sensação de segurança e confiança no acesso ao mesmo, como referido por Gall et al. (2020). Os participantes demonstraram preocupação acerca do acesso aos seus dados e história clínica por terceiros, e a possibilidade de se encontrarem familiares por perto quando se encontram nas atividades de TR, aspetos também identificados em Huygens et al. (2016) e Cottrell, Hill, et al. (2017). Devido a estas questões salienta-se a importância de que seja oferecida ao utente a possibilidade de optar ou não por este serviço, tal como também referido por Huygens et al. (2016).

Neste sentido, os profissionais consideraram também que devem ser as características dos utentes a orientar a opção por um modelo presencial ou remoto. Utentes jovens à partida apresentarão condições clínicas de menor gravidade e/ou complexidade, e cujo o acesso a tecnologias será facilitado, considerando-se que o serviço de TR será de fácil utilização e mais adequado e seguro. Já em utentes com idade mais avançada, em que exista maior comorbilidade, cuja literacia tecnológica seja menor ou em que o acesso a equipamentos tecnológicos mais difícil, o acesso a serviços remotos poderá estar mais condicionado, constituindo cada uma destas características uma barreira à TR. Estes aspetos foram também identificados no estudo de Varsi et al. (2021) em que os profissionais anteveem maior dificuldade no acesso a componentes digitais por utentes com idade mais avançada e pelos seus baixos conhecimentos tecnológicos, reconhecendo também que nem todos os utentes, sejam mais ou menos jovens, têm acesso a equipamentos adequados aos formatos de TR. No estudo *SupportBack* (Geraghty et al., 2020) anteriormente descrito, utentes com maior comorbilidade e cuja perceção acerca das suas condições concomitantes era maior, apresentaram menor adesão ao programa/aplicação de autogestão da condição. Isto sugere que a comorbilidade poderá condicionar a prestação/receção de cuidados por meios remotos.

Por forma a receber os cuidados remotamente os participantes salientaram que os utentes necessitam ainda de ter um espaço físico, inclusive um espaço privado para garantia da privacidade. Nem sempre é possível ao utente ter acesso a um ambiente privado no local onde

recebe os cuidados de saúde, não lhe permitindo estar só e ser ouvido somente pelo profissional de saúde, tal como observado também por Powell et al. (2017), constituindo esta situação uma barreira à TR.

Uma das vantagens identificadas pelos FTs para um modelo de TR na LG foi a possibilidade de ter acesso a informação sobre a condição do utente antes da consulta de avaliação. Esta informação poderá surgir pelo preenchimento remoto de questionários e/ou instrumentos de medida autorreportados pelo utente, e/ou pela partilha de registos clínicos entre profissionais. Através desta informação a consulta de avaliação em fisioterapia seria mais direcionada para as necessidades do utente [uma recomendação das linhas orientadoras mais recentes para a intervenção na LG (NICE, 2020)] e mais célere, evitada a necessidade de o utente repetir a informação para um segundo profissional e seria ainda possível criar um sistema de priorização e dar resposta aos casos mais urgentes (Baixo Risco). À exceção da questão da priorização, estes dados vão ao encontro de Slevin et al. (2021), que apesar de não referir diretamente a necessidade de partilha de dados entre profissionais, refere a importância do acesso, por parte destes, a dados como o recurso do utente a outros serviços de saúde que não o seu, podendo estes dados informar a priorização das necessidades do utente na próxima consulta.

Em termos da intervenção por meios remotos os participantes referiram existir essa possibilidade desde que a intervenção não envolva a aplicação de técnicas manuais. Este é claramente um limite da TR que se encontra também documentado por Cottrell, Hill, et al. (2017), Gall et al. (2020) e Hasani et al. (2021). Portanto, em termos remotos a intervenção poderá ser uma mais valia para o estabelecimento de contacto com o utente e intervir através do aconselhamento e partilha de conteúdos educacionais para a autogestão da condição. Estes aspetos são também suportados pelos resultados dos estudos de Gall et al. (2020), Hasani et al. (2021) e Varsi et al. (2021). Um meio de comunicação útil para este fim será o telefone. No entanto, este meio foi considerado como possivelmente insuficiente para o aconselhamento e apoio na correta execução dos exercícios pela ausência do contacto visual, sugerindo-se assim que este contacto seja estabelecido com recurso a videochamada. Apesar da melhoria que é o acompanhamento por videochamada, FTs e utentes mantêm a preocupação se a orientação e feedback proporcionados pelo FT será suficiente, podendo ser necessário o seu apoio físico para a realização de exercícios específicos. Deste modo, a intervenção estará novamente limitada pela ausência de contacto físico, sendo sugerida uma possível restruturação do plano de exercícios, da qual resulte um plano em que seja possível o utente realizar os exercícios de forma autónoma sem a necessidade de apoio presencial de terceiros.

Em dois estudos qualitativos de Lawford, Delany, Bennell & Hinman, acerca das perceções de utentes (Lawford et al., 2018a) e FTs (Lawford et al., 2019) antes e após um programa de aconselhamento de exercício por telefone na osteoartrose do joelho (em que disponibilizaram adicionalmente material educativo de apoio), observa-se que a opinião tanto de utentes como FTs prévia à intervenção é a de que o telefone seria insuficiente para o apoio dos exercícios, tanto pela falta de contacto físico como visual. Todavia, no final do programa verifica-se uma mudança. Os utentes consideraram que se sentiram apoiados pelo FT na execução dos exercícios, por sua vez os FTs consideraram que o serviço ultrapassou as suas expetativas constatando uma grande adesão ao exercício, e ambos referem que houve uma melhoria nos *outcomes* de interesse. Os FTs referiram que contribuiu para o sucesso do programa o foco na comunicação, o qual lhes permitiu ter conversas mais pessoais com os utentes, desviando assim as expetativas de cuidados baseados nas técnicas manuais em prol da autogestão. Portanto, apesar de os nossos participantes identificarem desafios no apoio ao exercício, estes estudos demonstram que esses mesmos desafios podem ser ultrapassados através da adoção de estratégias por parte dos profissionais como a partilha de conteúdos educacionais, demonstrativos e ilustrativos.

Como referido anteriormente os participantes consideraram a TR como um formato complementar, e onde identificaram maior vantagem para a utilização deste meio foi no acompanhamento do utente ao longo do tratamento e após a alta clínica. Na perspetiva dos participantes, o estabelecimento de contactos periódicos durante a intervenção permite reforçar as indicações transmitidas anteriormente, tal como referido por Varsi et al. (2021), Cronström et al. (2019) e Lee et al. (2018), promover a adesão e apoio continuo às estratégias de autogestão da condição, como referido também por Gall et al. (2020) e Lawford et al. (2018a), e ainda proporcionar feedback sobre a execução dos exercícios. Isto pode ser especialmente importante, pelo facto de a TR na perspetiva dos participantes exigir uma maior responsabilidade do utente. Hasani et al. (2021) refere que um modelo de TR que acompanhe regularmente e dê feedback ao utente que o assegure da correta execução dos exercícios por si só será motivador. Portanto, a existência de um sistema que permita a comunicação entre o profissional de saúde e o utente ao longo do tempo para a partilha de informação entre si permitirá identificar novas necessidades do utente e ao profissional fornecer informações e/ou conteúdos informativos e/ou educacionais que respondam a essas necessidades. Este sistema poderá ser enriquecido através da possibilidade de inclusão de uma funcionalidade que permita o envio de lembretes que relembrem o utente acerca das estratégias a adotar, como comportamentos preventivos, facto

referido também por Geraghty et al. (2020) e Cronström et al. (2019). Este último refere ainda que uma ferramenta de *chat*/conversação poderá também facilitar a comunicação entre os intervenientes e mais uma vez motivar o utente a aderir à intervenção/autogestão.

Além da comunicação entre profissional e utente durante o tratamento, a manutenção da possibilidade de estabelecer contacto entre estes após a alta clínica permitirá ao profissional acompanhar com proximidade a evolução da condição atual e/ou identificar recorrências. É nesta monitorização que, a par do nosso estudo, os estudos de Cottrell, Hill, et al. (2017), Lawford et al. (2018b) e Lee et al. (2018), consideram que a TR de facto será mais útil, visto que será possível ao profissional identificar alterações do estado clínico do utente e de imediato reforçar as indicações para a autogestão da condição. Para tal é necessário que, como referido pelos participantes do presente estudo, também os utentes tenham a possibilidade de estabelecer contacto com os profissionais, seja por mensagem, telefonema ou videochamada, como referido por Lee et al. (2018), ou acesso a uma plataforma onde registem e partilhem dados, seja pelo registo de notas, seja através do preenchimento de questionários e/ou instrumentos de medida autorreportados e os seus resultados sejam acessíveis aos profissionais de saúde (Huygens et al., 2016; Lee et al., 2018; Varsi et al., 2021).

Existe uma necessidade reconhecida por todos os profissionais como fundamental para o funcionamento de qualquer modelo de intervenção por meios remotos, a existência de uma infraestrutura e o acesso às tecnologias de comunicação e, uma preocupação com a escassez de equipamentos tecnológicos e condições técnicas nos seus locais de trabalho. Este aspeto é também reportado no estudo de Cottrell, Hill, et al. (2017), que salienta ainda que o acesso a um espaço, recursos humanos e a serviços de apoio poderá também condicionar a implementação de serviços de TR.

Os nossos participantes relatam ainda a importância e necessidade do treino de competências e educação formal para a comunicação por meios remotos, por forma a ultrapassarem as limitações da comunicação, como a ausência da linguagem não verbal, e para criar um ambiente em que tanto o profissional como o utente se sintam confortáveis para comunicar e partilhar informações entre si. A ausência destas competências e a consequente dificuldade na interação por meios remotos, foi reconhecida como uma dificuldade para o estabelecimento de uma relação terapêutica. No entanto, Hasani et al. (2021) reconhece que apesar das barreiras identificadas na comunicação/interação e apesar do desenvolvimento da relação terapêutica ser diferente, mais lento até, este pode ser facilitado pelo estabelecimento e seguimento de linhas orientadoras, as quais à luz do nosso conhecimento não se encontram ainda definidas. Neste

sentido, no estudo de Gordon et al. (2020) é proposto um conjunto de possíveis estratégias para a comunicação em contexto de videoconsulta que podem facilitar o processo e minimizar a distância física percebida.

Além das competências de comunicação, Guise & Wiig (2017) concluem que o plano de formação deverá incluir o desenvolvimento de competências técnicas para a utilização dos meios e ferramentas remotos, de modo a que os profissionais adquiram uma maior confiança para os novos métodos de trabalho. Embora não manifestada especificamente esta necessidade pelos nossos participantes, parece-nos que a inclusão de um período de formação e desenvolvimento das competências técnicas, possivelmente até opcional, poderá enriquecer o modelo de TR. Esta componente poderá potenciar a confiança de alguns profissionais que não se sintam tão confortáveis e/ou preparados para prestar cuidados através destes meios, visto que a falta de conhecimento e experiência no uso da TR é apontada como potencial barreira para a adaptação da prática clínica a este meio (Cottrell, Hill, et al., 2017; Lawford et al., 2018b).

Os resultados do presente estudo vão de encontro aos resultados de outros estudos acerca da intervenção por meios remotos e fornece informações importantes para o desenvolvimento de um modelo de TR para a intervenção na LG aguda. Demonstra que nem profissionais nem utentes estão ainda preparados para uma intervenção totalmente remota, necessitando de uma componente presencial pela necessidade de contacto físico para efeitos de diagnóstico e estabelecimento de uma relação terapêutica entre os intervenientes que lhes transmita segurança. Já a restante intervenção requer uma estrutura que permita uma interação de proximidade entre profissional e utente e que dê suporte a este último em todo o curso clínico. Finalmente, sugere ainda que a TR poderá ser uma extensão dos cuidados de saúde permitindo um acompanhamento ao longo do tempo e funcionar adicionalmente como estratégia de prevenção ou deteção precoce de novos episódios de LG, o que poderá representar uma melhor qualidade de vida para os utentes e um menor acesso aos serviços de saúde para efeitos de tratamento e, provavelmente, uma redução nos custos diretos e indiretos da LG.

Como forças do estudo manifestamos a riqueza das informações obtidas pela recolha de dados em grupos focais que nos permite obter informações abertas e genuínas dos participantes considerando a sua realidade, e nos quais a discussão pode gerar novas perspetivas e mudanças de opiniões; a inclusão de diferentes tipos de participantes, utentes, médicos de MG&F e FTs, que têm a mesma referência de modelo intervenção presencial (o Programa SPLIT) e ainda o facto de alguns dos participantes terem experienciado previamente receber (utentes) e/ou fornecer (médicos de MG&F e FTs) cuidados através de meios remotos aquando

o período de confinamento de 2020 que lhes permitiu vivenciar as dificuldades e potencialidades existentes neste formato.

Como limitações identificamos a possibilidade de um viés de participação, visto que os participantes que aceitaram integrar o estudo podem corresponder àqueles que se sentem mais confiantes na partilha da sua perspetiva e/ou experiência, ou sentem a sua participação ser mais valiosa; e a baixa heterogeneidade de utentes considerando os diferentes grupos de risco para o desenvolvimento de dor persistente e incapacitante, pode igualmente constituir uma limitação, tendo por base a não participação de utentes do grupo de baixo risco neste estudo. Os utentes com LG leve (inseridos no grupo de baixo risco) referem menor benefício das estratégias de apoio à autogestão fornecidas pelo *SupportBack* (Geraghty et al., 2020), pelo que existe a possibilidade da TR corresponder de forma mais adequada às necessidades e objetivos dos participantes deste estudo, todos estratificados em médio e elevado risco de desenvolver dor persistente e incapacitante.

Conclusões

Com o presente estudo concluímos que a adaptação do tratamento presencial da LG para um modelo de TR é possível, desde que o modelo de intervenção assente num modelo híbrido. Este deverá ter uma componente presencial inicial por forma a garantir a segurança do utente e facilitar a relação terapêutica entre profissional e utente. Deverá também ser seguro no que concerne à garantia da privacidade e confidencialidade do utente e de todos os seus dados e história clínica, e assegurar que o utente tem a possibilidade de escolher e que concorda em receber cuidados através destes meios. Há também que garantir que os cuidados são adequados às condições do utente e que este possui as condições e os meios para aceder aos cuidados remotos. A intervenção neste formato deverá proporcionar um apoio contínuo em todo o curso clínico e promover a continua a interação entre profissional e utente. Finalmente, as unidades de saúde deverão ser dotadas de infraestruturas e equipamentos que permitam a prestação de cuidados por meios remotos e os profissionais receber educação e treino formais para a prestação de cuidados remotos.

Referências bibliográficas

Amin, M. E. K., Nørgaard, L. S., Cavaco, A. M., Witry, M. J., Hillman, L., Cernasev, A., & Desselle, S. P. (2020). Establishing trustworthiness and authenticity in qualitative pharmacy research. *Research in Social & Administrative Pharmacy : RSAP*, *16*(10), 1472–1482. https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2020.02.005

Azevedo, L., Costa-Pereira, A., Mendonça, L., Dias, C., & Castro-Lopes, J. (2014). The economic impact of chronic pain: a nationwide population-based cost-of-illness study in Portugal. *The European Journal of Health Economics : HEPAC : Health Economics in Prevention and Care*, *17*. https://doi.org/10.1007/s10198-014-0659-4

Bamford, A., Nation, A., Durrell, S., Andronis, L., Rule, E., & McLeod, H. (2017). Implementing the Keele stratified care model for patients with low back pain: an observational impact study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, *18*(1), 66. https://doi.org/10.1186/s12891-017-1412-9

Banbury, A., Nancarrow, S., Dart, J., Gray, L., & Parkinson, L. (2018). Telehealth Interventions Delivering Home-based Support Group Videoconferencing: Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, *20*(2), e25. https://doi.org/10.2196/jmir.8090

Bradley, E. H., Curry, L. A., & Devers, K. J. (2007). Qualitative Data Analysis for Health Services Research: Developing Taxonomy, Themes, and Theory. *Health Services Research*, *42*(4), 1758–1772. https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2006.00684.x

Branco, J. C., Rodrigues, A. M., Gouveia, N., Eusebio, M., Ramiro, S., Machado, P. M., da Costa, L. P., Mourao, A. F., Silva, I., Laires, P., Sepriano, A., Araujo, F., Goncalves, S., Coelho, P. S., Tavares, V., Cerol, J., Mendes, J. M., Carmona, L., & Canhao, H. (2016). Prevalence of rheumatic and musculoskeletal diseases and their impact on health-related quality of life, physical function and mental health in Portugal: results from EpiReumaPt- a national health survey. *RMD Open*, *2*(1), e000166. https://doi.org/10.1136/rmdopen-2015-000166

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, *3*, 77–101. https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa

Braun, V., & Clarke, V. (2013). *Successful Qualitative Research* (M. Carmichael (Ed.)). SAGE Publications Lta.

Brennan, D., Tindall, L., Theodoros, D., Brown, J., Campbell, M., Christiana, D., Smith, D.,

Cason, J., & Lee, A. (2010). A blueprint for telerehabilitation guidelines. *International Journal of Telerehabilitation*, *2*(2), 31–34. https://doi.org/10.5195/ijt.2010.6063

Brewster, L., Mountain, G., Wessels, B., Kelly, C., & Hawley, M. (2014). Factors affecting front line staff acceptance of telehealth technologies: a mixed-method systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, *70*(1), 21–33. https://doi.org/10.1111/jan.12196

Caeiro, C., Canhão, H., Paiva, S., Gomes, L. A., Fernandes, R., Rodrigues, A. M., Sousa, R., Pimentel-Santos, F., Branco, J., Fryxell, A. C., Vicente, L., & Cruz, E. B. (2019). Interdisciplinary stratified care for low back pain: A qualitative study on the acceptability, potential facilitators and barriers to implementation. *PloS One*, *14*(11), e0225336. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0225336

Cason, J. (2011). Telerehabilitation: an adjunct service delivery model for early intervention services. *International Journal of Telerehabilitation*, *3*(1), 19–30. https://doi.org/10.5195/ijt.2011.6071

Clarke, V., & Braun, V. (2013). Teaching thematic analysis: Overcoming challenges and developing strategies for effective learning. *The Psychologist*, *26*, 120–123.

Cottrell, M. A., Galea, O. A., O'Leary, S. P., Hill, A. J., & Russell, T. G. (2017). Real-time telerehabilitation for the treatment of musculoskeletal conditions is effective and comparable to standard practice: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Rehabilitation*, *31*(5), 625–638. https://doi.org/10.1177/0269215516645148

Cottrell, M. A., Hill, A. J., O'Leary, S. P., Raymer, M. E., & Russell, T. G. (2017). Service provider perceptions of telerehabilitation as an additional service delivery option within an Australian neurosurgical and orthopaedic physiotherapy screening clinic: A qualitative study. *Musculoskeletal Science & Practice*, *32*, 7–16. https://doi.org/10.1016/j.msksp.2017.07.008

Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., & Petticrew, M. (2008). Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ*, *337*. https://doi.org/10.1136/bmj.a1655

Cronström, A., Dahlberg, L. E., Nero, H., Ericson, J., & Hammarlund, C. S. (2019). "I would never have done it if it hadn't been digital": a qualitative study on patients' experiences of a digital management programme for hip and knee osteoarthritis in Sweden. *BMJ Open*, *9*(5), e028388. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028388

Cruz, E. B., Caeiro, C., Fernandes, R., & Gomes, L. (2019). *Manual SPLIT - Intervenção*

Estratificada de Fisioterapia para Indivíduos com Lombalgia (2ª edição).

Cruz, E. B., Canhão, H., Branco, J. C., Rodrigues, A. M., Caeiro, C., Santos, F. P. dos, Fernandes, R., Sousa, R. D. de, Soares, A., Fryxell, A., Ribeiro, C., Gomes, L., & Paiva, S. (2021). *Projeto SPLIT - SPLIT*. https://split.ips.pt/projeto-split

da Silva, T., Mills, K., Brown, B. T., Pocovi, N., de Campos, T., Maher, C., & Hancock, M. J. (2019). Recurrence of low back pain is common: a prospective inception cohort study. *Journal of Physiotherapy*, *65*(3), 159–165. https://doi.org/10.1016/j.jphys.2019.04.010

Downie, A. S., Hancock, M. J., Rzewuska, M., Williams, C. M., Lin, C.-W. C., & Maher, C. G. (2016). Trajectories of acute low back pain: a latent class growth analysis. *Pain*, *157*(1), 225–234. https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000351

Flick, U. (2009). *An Introduction to Qualitative Research* (4th ed.). SAGE Publications Ltd.

Flodgren, G., Rachas, A., Farmer, A. J., Inzitari, M., & Shepperd, S. (2015). Interactive telemedicine: effects on professional practice and health care outcomes. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, *9*, CD002098. https://doi.org/10.1002/14651858.CD002098.pub2

Foster, N. E., Anema, J. R., Cherkin, D., Chou, R., Cohen, S. P., Gross, D. P., Ferreira, P. H., Fritz, J. M., Koes, B. W., Peul, W., Turner, J. A., & Maher, C. G. (2018). Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. *Lancet (London, England)*, *391*(10137), 2368–2383. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30489-6

Foster, N. E., Mullis, R., Hill, J. C., Lewis, M., Whitehurst, D. G. T., Doyle, C., Konstantinou, K., Main, C., Somerville, S., Sowden, G., Wathall, S., Young, J., & Hay, E. M. (2014). Effect of stratified care for low back pain in family practice (IMPaCT Back): a prospective population-based sequential comparison. *Annals of Family Medicine*, *12*(2), 102–111. https://doi.org/10.1370/afm.1625

Gall, A., Bradford, N., & Finnane, A. (2020). Using telehealth to support self-management of lymphoedema: clinicians' and patients' perspectives. *Journal of Lymphoedema*, *15*(1), 29–35.

Geraghty, A. W. A., Roberts, L. C., Stanford, R., Hill, J. C., Yoganantham, D., Little, P., Foster, N. E., Hay, E. M., & Yardley, L. (2020). Exploring Patients' Experiences of Internet-Based Self-Management Support for Low Back Pain in Primary Care. *Pain Medicine (Malden, Mass.)*, *21*(9), 1806–1817. https://doi.org/10.1093/pm/pnz312

Geraghty, A. W. A., Stanford, R., Little, P., Roberts, L., Foster, N. E., Hill, J. C., Hay, E., Stuart, B., Turner, D., & Yardley, L. (2015). Using an internet intervention to support self-management of low back pain in primary care: protocol for a randomised controlled feasibility trial (SupportBack). *BMJ Open*, *5*(9), e009524. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009524

Geraghty, A. W. A., Stanford, R., Stuart, B., Little, P., Roberts, L. C., Foster, N. E., Hill, J. C., Hay, E. M., Turner, D., Malakan, W., Leigh, L., & Yardley, L. (2018). Using an internet intervention to support self-management of low back pain in primary care: findings from a randomised controlled feasibility trial (SupportBack). *BMJ Open*, *8*(3), e016768. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016768

Gill, P., & Baillie, J. (2018). Interviews and focus groups in qualitative research: an update for the digital age. *British Dental Journal*. https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2018.815

Global Health Metrics. (2020). Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet (London, England)*, *396*(10258), 1204–1222. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9

Gomes, L. A., Fernandes, R., Caeiro, C., Pimentel-Santos, F., Branco, J. C., Sousa, R., Pinto, I., Moniz, R., Canhão, H., Rodrigues, A. M., & Cruz, E. B. (2021). The SPLIT Stratified Model of Care for Low Back Pain – Results from an Implementation Study in the Portuguese Context of Primary Healthcare. *Acta Reumatológica Portuguesa*, *46*(4).

Gordon, H. S., Solanki, P., Bokhour, B. G., & Gopal, R. K. (2020). "I'm Not Feeling Like I'm Part of the Conversation" Patients' Perspectives on Communicating in Clinical Video Telehealth Visits. *Journal of General Internal Medicine*, *35*(6), 1751–1758. https://doi.org/10.1007/s11606-020-05673-w

Gouveia, N., Rodrigues, A., Eusébio, M., Ramiro, S., Machado, P., Canhão, H., & Branco, J. C. (2016). Prevalence and social burden of active chronic low back pain in the adult Portuguese population: results from a national survey. *Rheumatology International*, *36*(2), 183–197. https://doi.org/10.1007/s00296-015-3398-7

Grant, A. (2005). The use of qualitative research methodologies within musculoskeletal physiotherapy practice. In *Manual therapy* (Vol. 10, Issue 1, pp. 1–3). https://doi.org/10.1016/j.math.2004.07.001

Guise, V., & Wiig, S. (2017). Perceptions of telecare training needs in home healthcare services: a focus group study. *BMC Health Services Research*, *17*(1), 164. https://doi.org/10.1186/s12913-017-2098-2

Hartvigsen, J., Hancock, M. J., Kongsted, A., Louw, Q., Ferreira, M. L., Genevay, S., Hoy, D., Karppinen, J., Pransky, G., Sieper, J., Smeets, R. J., & Underwood, M. (2018). What low back pain is and why we need to pay attention. *Lancet (London, England)*, *391*(10137), 2356–2367. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30480-X

Hasani, F., Malliaras, P., Haines, T., Munteanu, S. E., White, J., Ridgway, J., Nicklen, P., Moran, A., & Jansons, P. (2021). Telehealth sounds a bit challenging, but it has potential: participant and physiotherapist experiences of gym-based exercise intervention for Achilles tendinopathy monitored via telehealth. *BMC Musculoskeletal Disorders*, *22*(1), 138. https://doi.org/10.1186/s12891-020-03907-w

Hill, J. C., Dunn, K. M., Lewis, M., Mullis, R., Main, C. J., Foster, N. E., & Hay, E. M. (2008). A primary care back pain screening tool: identifying patient subgroups for initial treatment. *Arthritis and Rheumatism*, *59*(5), 632–641. https://doi.org/10.1002/art.23563

Hill, J. C., Whitehurst, D. G. T., Lewis, M., Bryan, S., Dunn, K. M., Foster, N. E., Konstantinou, K., Main, C. J., Mason, E., Somerville, S., Sowden, G., Vohora, K., & Hay, E. M. (2011). Comparison of stratified primary care management for low back pain with current best practice (STarT Back): a randomised controlled trial. *Lancet (London, England)*, *378*(9802), 1560–1571. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60937-9

Holloway, I. (2005). *Qualitative Research in Health Care* (1st ed.). Open University Press.

Hoy, D., Bain, C., Williams, G., March, L., Brooks, P., Blyth, F., Woolf, A., Vos, T., & Buchbinder, R. (2012). A systematic review of the global prevalence of low back pain. *Arthritis and Rheumatism*, *64*(6), 2028–2037. https://doi.org/10.1002/art.34347

Hoy, D., Brooks, P., Blyth, F., & Buchbinder, R. (2010). The Epidemiology of low back pain. *Best Practice & Research. Clinical Rheumatology*, *24*(6), 769–781. https://doi.org/10.1016/j.berh.2010.10.002

Hoy, D., March, L., Brooks, P., Blyth, F., Woolf, A., Bain, C., Williams, G., Smith, E., Vos, T., Barendregt, J., Murray, C., Burstein, R., & Buchbinder, R. (2014). The global burden of low back pain: estimates from the Global Burden of Disease 2010 study. *Annals of the Rheumatic Diseases*, *73*(6), 968–974. https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2013-204428

Huber, S., Priebe, J. A., Baumann, K.-M., Plidschun, A., Schiessl, C., & Tolle, T. R. (2017). Treatment of Low Back Pain with a Digital Multidisciplinary Pain Treatment App: Short-Term Results. *JMIR Rehabilitation and Assistive Technologies*, *4*(2), e11. https://doi.org/10.2196/rehab.9032

Huygens, M. W. J., Vermeulen, J., Swinkels, I. C. S., Friele, R. D., van Schayck, O. C. P., & de Witte, L. P. (2016). Expectations and needs of patients with a chronic disease toward self-management and eHealth for self-management purposes. *BMC Health Services Research*, *16*, 232. https://doi.org/10.1186/s12913-016-1484-5

Iles, R., Taylor, N. F., Davidson, M., & O'Halloran, P. (2011). Telephone coaching can increase activity levels for people with non-chronic low back pain: a randomised trial. *Journal of Physiotherapy*, *57*(4), 231–238. https://doi.org/10.1016/S1836-9553(11)70053-4

Impact of the COVID-19 pandemic on physiotherapy services globally. (2021). World Physiotherapy. https://world.physio/sites/default/files/2021-03/Covid-Report_March2021_FINAL.pdf

Institute for Health Metrics and Evaluation. (2021). *GBD Results Tool | GHDx*. http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool

Jansen-Kosterink, S., Dekker-van Weering, M., & van Velsen, L. (2019). Patient acceptance of a telemedicine service for rehabilitation care: A focus group study. *International Journal of Medical Informatics*, *125*, 22–29. https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2019.01.011

Jansen-Kosterink, S., In 't Veld, R. H., Hermens, H., & Vollenbroek-Hutten, M. (2015). A Telemedicine Service as Partial Replacement of Face-to-Face Physical Rehabilitation: The Relevance of Use. *Telemedicine Journal and E-Health : The Official Journal of the American Telemedicine Association*, *21*(10), 808–813. https://doi.org/10.1089/tmj.2014.0173

Koes, B., van Tulder, M., Lin, C., Macedo, L., McAuley, J., & Maher, C. (2010). An updated overview of clinical guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care. *European Spine Journal : Official Publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society*, *19*(12), 2075–2094. https://doi.org/10.1007/s00586-010-1502-y

Koes, B., van Tulder, M., & Thomas, S. (2006). Diagnosis and treatment of low back pain. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, *332*(7555), 1430–1434. https://doi.org/10.1136/bmj.332.7555.1430

Korstjens, I., & Moser, A. (2017). Series: Practical guidance to qualitative research. Part 2:

Context, research questions and designs. *The European Journal of General Practice*, *23*(1), 274–279. https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375090

Korstjens, I., & Moser, A. (2018). Series: Practical guidance to qualitative research. Part 4: Trustworthiness and publishing. *The European Journal of General Practice*, *24*(1), 120–124. https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375092

Lawford, B J, Delany, C., Bennell, K. L., & Hinman, R. S. (2018a). "I was really sceptical...But it worked really well": a qualitative study of patient perceptions of telephone-delivered exercise therapy by physiotherapists for people with knee osteoarthritis. *Osteoarthritis and Cartilage*, *26*(6), 741–750. https://doi.org/10.1016/j.joca.2018.02.909

Lawford, Belinda J, Bennell, K. L., Kasza, J., & Hinman, R. S. (2018b). Physical Therapists' Perceptions of Telephone- and Internet Video-Mediated Service Models for Exercise Management of People With Osteoarthritis. *Arthritis Care & Research*, *70*(3), 398–408. https://doi.org/10.1002/acr.23260

Lawford, Belinda J, Delany, C., Bennell, K. L., & Hinman, R. S. (2019). "I Was Really Pleasantly Surprised": Firsthand Experience and Shifts in Physical Therapist Perceptions of Telephone-Delivered Exercise Therapy for Knee Osteoarthritis-A Qualitative Study. *Arthritis Care & Research*, *71*(4), 545–557. https://doi.org/10.1002/acr.23618

Lee, P. A., Greenfield, G., & Pappas, Y. (2018). Patients' perception of using telehealth for type 2 diabetes management: a phenomenological study. *BMC Health Services Research*, *18*(1), 549. https://doi.org/10.1186/s12913-018-3353-x

Lotfi, M., Hamblin, M. R., & Rezaei, N. (2020). COVID-19: Transmission, prevention, and potential therapeutic opportunities. *Clinica Chimica Acta; International Journal of Clinical Chemistry*, *508*, 254–266. https://doi.org/10.1016/j.cca.2020.05.044

Lovo, S., Harrison, L., O'Connell, M. E., Trask, C., & Bath, B. (2019). Experience of patients and practitioners with a team and technology approach to chronic back disorder management. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, *12*, 855–869. https://doi.org/10.2147/JMDH.S208888

Maher, C., Underwood, M., & Buchbinder, R. (2017). Non-specific low back pain. *Lancet (London, England)*, *389*(10070), 736–747. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30970-9

Matthews, K. L., Baird, M., & Duchesne, G. (2018). Using Online Meeting Software to Facilitate Geographically Dispersed Focus Groups for Health Workforce Research. *Qualitative Health*

Research, *28*(10), 1621–1628. https://doi.org/10.1177/1049732318782167

Menezes Costa, L., Maher, C., Hancock, M., McAuley, J., Herbert, R., & Costa, L. (2012). The prognosis of acute and persistent low-back pain: a meta-analysis. *CMAJ : Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association Medicale Canadienne*, *184*(11), E613-24. https://doi.org/10.1503/cmaj.111271

Moser, A., & Korstjens, I. (2017). Series: Practical guidance to qualitative research. Part 1: Introduction. *The European Journal of General Practice*, *23*(1), 271–273. https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375093

NICE. (2020). *Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management (NG59)* (National Institute for Health and Care Excellence (UK) (Ed.)).

O'Brien, K. M., Hodder, R. K., Wiggers, J., Williams, A., Campbell, E., Wolfenden, L., Yoong, S. L., Tzelepis, F., Kamper, S. J., & Williams, C. M. (2018). Effectiveness of telephone-based interventions for managing osteoarthritis and spinal pain: a systematic review and meta-analysis. *PeerJ*, *6*, e5846. https://doi.org/10.7717/peerj.5846

Oliveira, C. B., Maher, C. G., Pinto, R. Z., Traeger, A. C., Lin, C.-W. C., Chenot, J.-F., van Tulder, M., & Koes, B. W. (2018). Clinical practice guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care: an updated overview. *European Spine Journal : Official Publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society*, *27*(11), 2791–2803. https://doi.org/10.1007/s00586-018-5673-2

Parmanto, B., & Saptono, A. (2009). Telerehabilitation: State-of-the-Art from an Informatics Perspective. *International Journal of Telerehabilitation*, *1*(1), 73–84. https://doi.org/10.5195/ijt.2009.6015

Plow, M., & Golding, M. (2017). Using mHealth Technology in a Self-Management Intervention to Promote Physical Activity Among Adults With Chronic Disabling Conditions: Randomized Controlled Trial. *JMIR MHealth and UHealth*, *5*(12), e185. https://doi.org/10.2196/mhealth.6394

Powell, R. E., Henstenburg, J. M., Cooper, G., Hollander, J. E., & Rising, K. L. (2017). Patient Perceptions of Telehealth Primary Care Video Visits. *Annals of Family Medicine*, *15*(3), 225–229. https://doi.org/10.1370/afm.2095

Pramuka, M., & van Roosmalen, L. (2009). Telerehabilitation technologies: accessibility and

usability. *International Journal of Telerehabilitation*, *1*(1), 85–98. https://doi.org/10.5195/ijt.2009.6016

Priebe, J. A., Haas, K. K., Moreno Sanchez, L. F., Schoefmann, K., Utpadel-Fischler, D. A., Stockert, P., Thoma, R., Schiessl, C., Kerkemeyer, L., Amelung, V., Jedamzik, S., Reichmann, J., Marschall, U., & Toelle, T. R. (2020). Digital Treatment of Back Pain versus Standard of Care: The Cluster-Randomized Controlled Trial, Rise-uP. In *Journal of pain research* (Vol. 13, pp. 1823–1838). https://doi.org/10.2147/JPR.S260761

Seron, P., Oliveros, M.-J., Gutierrez-Arias, R., Fuentes-Aspe, R., Torres-Castro, R. C., Merino-Osorio, C., Nahuelhual, P., Inostroza, J., Jalil, Y., Solano, R., Marzuca-Nassr, G. N., Aguilera-Eguía, R., Lavados-Romo, P., Soto-Rodríguez, F. J., Sabelle, C., Villarroel-Silva, G., Gomolán, P., Huaiquilaf, S., & Sanchez, P. (2021). Effectiveness of Telerehabilitation in Physical Therapy: A Rapid Overview. *Physical Therapy*, *101*(6). https://doi.org/10.1093/ptj/pzab053

Slevin, P., Kessie, T., Cullen, J., Butler, M. W., Donnelly, S. C., & Caulfield, B. (2021). A qualitative study of clinician perceptions regarding the potential role for digital health interventions for the management of COPD. *Health Informatics Journal*, *27*(1), 1460458221994888. https://doi.org/10.1177/1460458221994888

Stochkendahl, M. J., Kjaer, P., Hartvigsen, J., Kongsted, A., Aaboe, J., Andersen, M., Andersen, M. Ø., Fournier, G., Højgaard, B., Jensen, M. B., Jensen, L. D., Karbo, T., Kirkeskov, L., Melbye, M., Morsel-Carlsen, L., Nordsteen, J., Palsson, T. S., Rasti, Z., Silbye, P. F., … Vaagholt, M. (2018). National Clinical Guidelines for non-surgical treatment of patients with recent onset low back pain or lumbar radiculopathy. *European Spine Journal : Official Publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society*, *27*(1), 60–75. https://doi.org/10.1007/s00586-017-5099-2

Suri, P., Delaney, K., Rundell, S. D., & Cherkin, D. C. (2018). Predictive Validity of the STarT Back Tool for Risk of Persistent Disabling Back Pain in a U.S. Primary Care Setting. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *99*(8), 1533-1539.e2. https://doi.org/10.1016/j.apmr.2018.02.016

Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care : Journal of the International Society for Quality in Health Care*,

19(6), 349–357. https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042

Tuttas, C. A. (2015). Lessons learned using Web conference technology for online focus group interviews. *Qualitative Health Research*, *25*(1), 122–133. https://doi.org/10.1177/1049732314549602

van Gemert-Pijnen, J. E. W. C., Nijland, N., van Limburg, M., Ossebaard, H. C., Kelders, S. M., Eysenbach, G., & Seydel, E. R. (2011). A holistic framework to improve the uptake and impact of eHealth technologies. *Journal of Medical Internet Research*, *13*(4), e111. https://doi.org/10.2196/jmir.1672

Varsi, C., Ledel Solem, I. K., Eide, H., Børøsund, E., Kristjansdottir, O. B., Heldal, K., Waxenberg, L. B., Weiss, K. E., Schreurs, K. M. G., Morrison, E. J., Stubhaug, A., & Solberg Nes, L. (2021). Health care providers' experiences of pain management and attitudes towards digitally supported self-management interventions for chronic pain: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, *21*(1), 275. https://doi.org/10.1186/s12913-021-06278-7

Wade, V. A., Eliott, J. A., & Hiller, J. E. (2014). Clinician acceptance is the key factor for sustainable telehealth services. *Qualitative Health Research*, *24*(5), 682–694. https://doi.org/10.1177/1049732314528809

Wherton, J., Shaw, S., Papoutsi, C., Seuren, L., & Greenhalgh, T. (2020). Guidance on the introduction and use of video consultations during COVID-19: important lessons from qualitative research. *BMJ Leader*, *4*(3), 120–123. https://doi.org/10.1136/leader-2020-000262

World Health Organization. (2021). *Global Strategy on Digital Health 2020-2025.*

Wu, A., March, L., Zheng, X., Huang, J., Wang, X., Zhao, J., Blyth, F. M., Smith, E., Buchbinder, R., & Hoy, D. (2020). Global low back pain prevalence and years lived with disability from 1990 to 2017: estimates from the Global Burden of Disease Study 2017. *Annals of Translational Medicine*, *8*(6), 299. https://doi.org/10.21037/atm.2020.02.175

Apêndices

Apêndice A - Ficha Informativa para Participantes – Utentes 52

Apêndice B - Declaração de Consentimento Informado – utentes 57

Apêndice C - Ficha Informativa para Participantes – Profissionais de Saúde 59

Apêndice D - Declaração de Consentimento Informado – Profissionais de Saúde 63

Apêndice E - Documentação do processo de análise temática 65

Apêndice A - Ficha Informativa para Participantes – Utentes (Fase 1 e 2)

Ficha Informativa para Participantes – Utentes (Fase 1 e 2)

Título: SARA (**S**PLIT **A**pplication for **R**emote Re**a**bilitation): **Cocriação de um serviço de telereabilitação para avaliação e tratamento da lombalgia: Prova de Conceito.**

Na sequência da avaliação e tratamento que recebeu para o seu episódio de lombalgia (Programa SPLIT), gostaríamos de convidá-lo(a) a participar num estudo cujos resultados poderão contribuir para otimizar os cuidados prestados a estes utentes.

Antes de tomar qualquer decisão, é importante que compreenda que o presente estudo se encontra aprovado cientificamente pela ESS/IPS, será orientado pelo Professor Doutor Eduardo Cruz, as razões pelas quais esta investigação está a ser conduzida e o nível de envolvimento que lhe é pedido.

Por favor, utilize o tempo de que necessitar para ler a informação que se segue. Poderá falar com outras pessoas sobre este estudo, se o desejar.

Este documento inclui duas partes: a parte 1 apresenta-lhe informação sobre o propósito deste estudo e o nível de envolvimento que lhe será pedido; a parte 2 oferece-lhe informação mais detalhada sobre a forma como o estudo será conduzido.

Se algum aspeto não for claro ou se desejar mais informação por favor não hesite em colocar as suas questões. Utilize o tempo que necessitar para decidir se deseja ou não participar neste estudo.

Parte 1 | O propósito do estudo e o nível de envolvimento que lhe é pedido

Qual é o propósito deste estudo?

O presente estudo visa desenvolver um serviço de telessaúde/ telereabilitação, recorrendo à adaptação do Programa SPLIT: Numa primeira fase pretende-se identificar necessidades e objetivos específicos para um serviço desta natureza, ouvindo os seus potenciais utilizadores (utentes e profissionais de saúde). Com base nas respostas dos utilizadores pretendemos numa segunda fase desenvolver um protótipo do serviço que responda aos objetivos e necessidades identificadas, recorrendo a apoio por parte de representantes de empresas e serviços tecnológicos e fisioterapeutas com experiência na prestação de cuidados em formato de telessaúde/ telereabilitação. Finalmente, numa terceira fase pretendemos apresentar o protótipo desse serviço e voltar a ouvir os seus potenciais utilizadores (utentes, profissionais de saúde,

responsáveis dos serviços de saúde) para avaliar a sua aceitabilidade e viabilidade futura e identificar possíveis barreiras e facilitadores à sua implementação.

Porque fui convidado(a)?

Foi convidado(a) a participar por ter recebido tratamento para um episódio de lombalgia de acordo com o Programa SPLIT.

Tenho mesmo que participar?

A decisão é sua. Iremos descrever-lhe o estudo ao longo desta ficha informativa. Terá o tempo que necessitar para a ler e colocar questões. Caso aceite participar, solicitaremos o seu consentimento informado. É livre de desistir do estudo a qualquer momento, sem que tenha que o justificar.

O que acontece, se aceitar participar?

Será contactado por um membro da equipa de investigação, via correio eletrónico ou telefone e convidado(a) para uma entrevista de grupo com seis a oito participantes (Utentes, Médicos de Medicina Geral e Familiar e Fisioterapeutas), e que irá ser realizada presencialmente, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, ou online através da plataforma ZOOM ou TEAMS, num horário a definir e ajustado à disponibilidade de todos os elementos do grupo.

A entrevista em grupo tem uma duração prevista de 60/90 minutos. Durante a entrevista serão colocadas questões ao grupo sobre quais as componentes e conteúdos do programa que podem ser oferecidos remotamente, quais as características que um serviço desta natureza deverá ter, como podem ser personalizadas as interações entre os profissionais de saúde e os utentes e quais as competências e recursos que necessitam de ser garantidos.

Posteriormente, será convidada(o) a participar num workshop juntamente com todos os participantes das entrevistas em grupo e com 3 representantes de empresas e serviços tecnológicos e 3 Fisioterapeutas com experiência na prestação de cuidados em formato de telessaúde/ telereabilitação. Neste workshop serão discutidas propostas para a organização e implementação do serviço de telessaúde/ telereabilitação com base na análise da discussão das entrevistas de grupo.

O workshop tem uma duração prevista de 60/90 minutos e será realizado na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, ou através da plataforma ZOOM ou TEAMS, num horário a definir e ajustado à disponibilidade de todos os participantes.

Quais são as possíveis vantagens em participar?

Não nos é possível garantir que este estudo o(a) ajude de alguma forma. No entanto, podemos garantir-lhe que a informação adquirida neste estudo nos ajudará a compreender as características e modo de funcionamento necessários para desenvolver um serviço de telessaúde/ telereabilitação que se prevê vir a ser útil no futuro para as pessoas com lombalgia que recorrem aos cuidados de saúde primários.

Quais são as possíveis desvantagens ou riscos se aceitar participar?

Não são esperadas quaisquer implicações negativas para as pessoas que participem neste estudo.

E se houver algum problema?

Qualquer reclamação que tenha sobre este estudo, sobre a forma como foi abordada(o) ou qualquer dano associado, serão considerados. Na parte 2 deste documento, poderá encontrar mais informação sobre este aspeto.

A minha participação neste estudo será confidencial?

Sim. Seguiremos um conjunto de princípios éticos de forma a assegurar que a sua participação seja mantida em confidencialidade. Na parte 2 deste documento poderá encontrar mais informação sobre este aspeto.

Se a informação disponibilizada na parte 1 lhe despertou interesse em participar, por favor leia a informação adicional apresentada na parte 2 antes de tomar qualquer decisão.

Parte 2 | A forma como o estudo será conduzido

O que acontece se eu não aceitar participar no estudo?

A sua participação é totalmente voluntária, sendo livre de não aceitar participar ou desistir do estudo a qualquer momento, sem que tenha que o justificar. Se desistir do estudo não utilizaremos quaisquer dados que lhe digam respeito.

O que irá acontecer às informações que eu der sobre mim? Que cuidados serão considerados para garantir a confidencialidade?

A informação que transmitir durante a entrevista e workshop será gravada em formato áudio e transcrita para posterior análise. Os investigadores guardarão as gravações e transcrições num

lugar seguro na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, e apenas estes poderão aceder às mesmas. As gravações e transcrições serão preservadas por um período máximo de cinco anos, após o término do estudo, sendo de seguida destruídas.

Caso retire o seu consentimento, os seus dados serão retirados do estudo.

A minha participação neste estudo será anónima?

Toda a informação relacionada com a sua identidade será mencionada de forma anónima. Os seus dados sociodemográficos e profissionais serão recolhidos e tratados de forma anónima, isto é, no início da entrevista escolherá um pseudónimo segundo o qual será identificada(o) quer na entrevista quer na transcrição desta. Apenas os investigadores poderão relacionar as suas informações ao seu nome. O seu nome, morada ou qualquer outro contacto não constarão em qualquer documento. Poderá manter o mesmo pseudónimo ou escolher outro para a participação no workshop e posterior transcrição.

O que irá acontecer com os resultados deste estudo?

Os resultados serão utilizados exclusivamente para fins de investigação e poderão ser publicados em revistas científicas ou divulgados em conferências, congressos e outros eventos científicos. Sempre que isso aconteça, os resultados são apresentados de forma agregada, não sendo, em circunstância alguma, possível identificá-la(o). Na divulgação dos resultados serão utilizadas transcrições do discurso dos participantes, sem que seja mencionada a sua verdadeira identidade em qualquer circunstância. Em qualquer uma das situações será utilizado o pseudónimo referido na questão anterior.

Que contactos poderei utilizar caso pretenda obter mais informações?

Caso pretenda obter informação adicional poderá contactar-nos através de correio eletrónico (ProjetoSara@ips.pt). Se pretende informação adicional da Instituição que suporta esta investigação, ou se desejar fazer uma reclamação, poderá contactar a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, através do telefone (265 709 395), o responsável pela disciplina "Trabalho de Projeto", através do seguinte *e-mail:* eduardo.cruz@ess.ips.pt, ou um membro da CEEI, através do endereço: ceei.ctc@ess.ips.pt.

Grato pela atenção dispensada.

P'la Equipa de investigação

Paulo Clemente/ Eduardo B. Cruz

Mestrando de Fisioterapia em Condições Músculo-esqueléticas
Investigador responsável pelo Projeto

Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

&_____

- - - - - - - - - - -

Eu _____ (nome) aceito ser contactada(o) pela equipa de investigação _____ (telemóvel ou telefone fixo) para recolha de dados sócio- demográficos e agendamento da entrevista em grupo e posteriormente o workshop.

Este contacto não implica qualquer obrigação da minha parte em participar no estudo.

Apêndice B - Declaração de Consentimento Informado – utentes (Fase 1 e 2)

Declaração de Consentimento Informado

SARA (**S**PLIT **A**pplication for **R**emote Re**a**bilitation): **Cocriação de um serviço de telereabilitação para avaliação e tratamento da lombalgia: Prova de Conceito.**

Escola Superior de Saúde, Departamento de Fisioterapia

É convidado(a) a participar num estudo enquadrado na Unidade Curricular de Trabalho de Projeto do 2º ano do Curso de Mestrado em Fisioterapia – Ramo de Condições Músculo-esqueléticas, lecionado em parceria pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal com a Nova Medical School/ Faculdade de Ciências Médicas e a Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, a realizar pelo discente Paulo Clemente sob orientação científica do Professor Doutor Eduardo Cruz.

Declaro que aceito participar neste estudo que visa desenvolver um serviço de telessaúde/ telereabilitação, recorrendo à adaptação do Programa SPLIT, no qual participei.

- Li e compreendi a ficha informativa. Foram-me explicados o objetivo e procedimentos envolvidos no estudo. As minhas questões foram esclarecidas de forma satisfatória.
- Compreendi que a minha participação é voluntária e que não foram identificados riscos/consequências negativas associados à participação neste estudo.
- Tomei conhecimento de que o convite para integrar o estudo se deve a ter recebido tratamento para um episódio de lombalgia de acordo com o Programa SPLIT.
- Tenho conhecimento de que irei integrar um grupo de entre 6 a 8 pessoas que irão participar numa entrevista. Sei que serão colocadas questões acerca dos componentes e conteúdos do programa que podem ser oferecidos remotamente, quais as características que um serviço desta natureza deverá ter, como podem ser personalizadas as interações entre os profissionais de saúde e os utentes e quais as competências e recursos que necessitam de ser garantidos.
- Compreendi o tempo estimado para a minha participação. Sei que a minha participação envolve uma entrevista com a duração estimada de 60 a 90 minutos, num horário a definir consoante a minha disponibilidade e do restante grupo.
- Sei que posteriormente irei participar num workshop juntamente com diferentes participantes (outros utentes, profissionais de saúde, representantes de empresas de e-health). Sei que serão discutidas propostas para a organização e implementação do

serviço de telessaúde/ telereabilitação com base na análise da discussão das entrevistas de grupo anteriores.

- Compreendi que o tempo estimado para o workshop é de 60 a 90 minutos, e será agendado em horário a definir consoante a minha disponibilidade e dos restantes participantes.
- Sei que a informação referente à minha identificação pessoal será mantida anónima e confidencial e apenas manuseada pelos investigadores deste estudo e utilizada para fins de investigação. Compreendi que será usado um sistema de codificação da minha identidade, que impedirá qualquer identificação pessoal no estudo ou em qualquer publicação futura. Fui informado que estes dados serão apenas utilizados no âmbito de investigação científica nunca sendo apresentados de forma individual e nunca fazendo referência à minha identidade. Compreendi que os dados serão armazenados de forma segura.
- Compreendi que as gravações e transcrições serão armazenadas num lugar seguro na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, sendo apenas acessíveis aos investigadores do presente estudo, pertencentes ao Departamento de Fisioterapia da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.
- Sei que tenho o direito de não participar no estudo e que sou livre de abandoná- lo em qualquer momento, sem qualquer consequência, prejuízo e sem necessidade de justificação.
- Estou consciente que receberei uma cópia assinada e datada deste formulário.

Nome do Participante: _____

Assinatura: _____

Nome do Investigador: _____

Assinatura: _____

Data:__/_____/_____

Apêndice C - Ficha Informativa para Participantes – Profissionais de Saúde (Fase 1 e 2)

Ficha Informativa para Participantes – Profissionais de Saúde (Fase 1 e 2)

Título: SARA (**S**PLIT **A**pplication for **R**emote Re**a**bilitation): **Cocriação de um serviço de telereabilitação para avaliação e tratamento da lombalgia: Prova de Conceito.**

Na sequência da sua participação nas ações de formação do Programa SPLIT e posterior referenciação de utentes para o mesmo/ ou avaliação e tratamento que prestou no âmbito do referido programa, gostaríamos de convidá-lo(a) a participar num estudo cujos resultados poderão contribuir para otimizar os cuidados prestados a estes utentes.

Antes de tomar qualquer decisão, é importante que compreenda que o presente estudo se encontra aprovado cientificamente pela ESS/IPS, será orientado pelo Professor Doutor Eduardo Cruz, as razões pelas quais esta investigação está a ser conduzida e o nível de envolvimento que lhe é pedido.

Por favor, utilize o tempo de que necessitar para ler a informação que se segue. Poderá falar com outras pessoas sobre este estudo, se o desejar.

Este documento inclui duas partes: a parte 1 apresenta-lhe informação sobre o propósito deste estudo e o nível de envolvimento que lhe será pedido; a parte 2 oferece-lhe informação mais detalhada sobre a forma como o estudo será conduzido.

Se algum aspeto não for claro ou se desejar mais informação por favor não hesite em colocar as suas questões. Utilize o tempo que necessitar para decidir se deseja ou não participar neste estudo.

Parte 1 | O propósito do estudo e o nível de envolvimento que lhe é pedido

Qual é o propósito deste estudo?

O presente estudo visa desenvolver um serviço de telessaúde/ telereabilitação, recorrendo à adaptação do Programa SPLIT: Numa primeira fase pretende-se identificar necessidades e objetivos específicos para um serviço desta natureza, ouvindo os seus potenciais utilizadores (utentes e profissionais de saúde). Com base nas respostas dos utilizadores pretendemos numa segunda fase desenvolver um protótipo do serviço que responda aos objetivos e necessidades identificadas, recorrendo a apoio por parte de representantes de empresas e serviços tecnológicos e fisioterapeutas com experiência na prestação de cuidados em formato de telessaúde/ telereabilitação. Finalmente, numa terceira fase pretendemos apresentar o protótipo desse serviço e voltar a ouvir os seus potenciais utilizadores (utentes, profissionais de saúde,

responsáveis dos serviços de saúde) para avaliar a sua aceitabilidade e viabilidade futura e identificar possíveis barreiras e facilitadores à sua implementação.

Porque fui convidado(a)?

Foi convidado(a) a participar neste estudo por ter realizado as ações de formação do Programa SPLIT e posteriormente referenciado ~~de~~ utentes para o mesmo programa/ ou avaliado e tratado utentes no âmbito do referido programa.

Tenho mesmo que participar?

A decisão é sua. Iremos descrever-lhe o estudo ao longo desta ficha informativa. Terá o tempo que necessitar para a ler e colocar questões. Caso aceite participar, solicitaremos o seu consentimento informado. É livre de desistir do estudo a qualquer momento, sem que tenha que o justificar.

O que acontece, se aceitar participar?

Será convidado(a) para uma entrevista de grupo com seis a oito participantes (Utentes, Médicos de Medicina Geral e Familiar e Fisioterapeutas) a realizar presencialmente na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal ou online através da plataforma ZOOM ou TEAMS, num horário a definir e ajustado à disponibilidade de todos os elementos do grupo.

A entrevista em grupo tem uma duração prevista de 60/90 minutos. Durante a entrevista serão colocadas questões ao grupo sobre quais as componentes e conteúdos do programa que podem ser oferecidos remotamente, quais as características que um serviço desta natureza deverá ter, como podem ser personalizadas as interações entre os profissionais de saúde e os utentes e quais as competências e recursos que necessitam de ser garantidos.

Posteriormente, será convidada(o) a participar num workshop juntamente com todos os participantes da entrevista em grupo e com 3 representantes de empresas e serviços tecnológicos e 3 Fisioterapeutas com experiência na prestação de cuidados em formato de telessaúde/ telereabilitação. Neste workshop serão discutidas propostas para a organização e implementação do serviço de telessaúde/ telereabilitação com base na análise da discussão das entrevistas de grupo.

O workshop tem uma duração prevista de 60/90 minutos e será realizado na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, ou através da plataforma ZOOM ou TEAMS, num horário a definir e ajustado à disponibilidade de todos os participantes.

Quais são as possíveis vantagens em participar?

Não nos é possível garantir que este estudo o(a) ajude de alguma forma. No entanto, podemos garantir-lhe que a informação adquirida neste estudo nos ajudará a compreender as características e modo de funcionamento necessários para desenvolver um serviço de telessaúde/ telereabilitação que se prevê vir a ser útil no futuro para as pessoas com lombalgia que recorrem aos cuidados de saúde primários.

Quais são as possíveis desvantagens ou riscos se aceitar participar?

Não são esperadas quaisquer implicações negativas para as pessoas que participem neste estudo.

E se houver algum problema?

Qualquer reclamação que tenha sobre este estudo, sobre a forma como foi abordada(o) ou qualquer dano associado, serão considerados. Na parte 2 deste documento, poderá encontrar mais informação sobre este aspeto.

A minha participação neste estudo será confidencial?

Sim. Seguiremos um conjunto de princípios éticos de forma a assegurar que a sua participação seja mantida em confidencialidade. Na parte 2 deste documento poderá encontrar mais informação sobre este aspeto.

Se a informação disponibilizada na parte 1 lhe despertou interesse em participar, por favor leia a informação adicional apresentada na parte 2 antes de tomar qualquer decisão.

Parte 2 | A forma como o estudo será conduzido

O que acontece se eu não aceitar participar no estudo?

A sua participação é totalmente voluntária, sendo livre de não aceitar participar ou desistir do estudo a qualquer momento, sem que tenha que o justificar. Se desistir do estudo não utilizaremos quaisquer dados que lhe digam respeito.

O que irá acontecer às informações que eu der sobre mim? Que cuidados serão considerados para garantir a confidencialidade?

A informação que transmitir durante a entrevista e workshop será gravada em formato áudio e transcrita para posterior análise. Os investigadores guardarão as gravações e transcrições num lugar seguro na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, e apenas estes

poderão aceder às mesmas. As gravações e transcrições serão preservadas por um período máximo de cinco anos, após o término do estudo, sendo de seguida destruídas.

Caso retire o seu consentimento, os seus dados serão retirados do estudo.

A minha participação neste estudo será anónima?

Toda a informação relacionada com a sua identidade será mencionada de forma anónima. Os seus dados sociodemográficos e profissionais serão recolhidos e tratados de forma anónima, isto é, no início da entrevista escolherá um pseudónimo segundo o qual será identificada(o) quer na entrevista quer na transcrição desta. Apenas os investigadores poderão relacionar as suas informações ao seu nome. O seu nome, morada ou qualquer outro contacto não constarão em qualquer documento. Poderá manter o mesmo pseudónimo ou escolher outro para a participação no workshop e posterior transcrição.

O que irá acontecer com os resultados deste estudo?

Os resultados serão utilizados exclusivamente para fins de investigação e poderão ser publicados em revistas científicas ou divulgados em conferências, congressos e outros eventos científicos. Sempre que isso aconteça, os resultados são apresentados de forma agregada, não sendo, em circunstância alguma, possível identificá-la(o). Na divulgação dos resultados serão utilizadas transcrições do discurso dos participantes, sem que seja mencionada a sua verdadeira identidade em qualquer circunstância. Em qualquer uma das situações será utilizado o pseudónimo referido na questão anterior.

Que contactos poderei utilizar caso pretenda obter mais informações?

Caso pretenda obter informação adicional poderá contactar-nos através de correio eletrónico (ProjetoSara@ips.pt). Se pretende informação adicional da Instituição que suporta esta investigação, ou se desejar fazer uma reclamação, poderá contactar a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, através do telefone (265 709 395), o responsável pela disciplina "Trabalho de Projeto", através do seguinte *e-mail:* eduardo.cruz@ess.ips.pt, ou um membro da CEEI, através do endereço: ceei.ctc@ess.ips.pt.

Grato pela atenção dispensada. P'la Equipa de investigação

Paulo Clemente/ Eduardo B. Cruz

Mestrando de Fisioterapia em Condições Músculo-esqueléticas
Investigador responsável pelo Projeto

Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

Apêndice D - Declaração de Consentimento Informado – Profissionais de Saúde (Fase 1 e 2)

Declaração de Consentimento Informado

SARA (SPLIT Application for Remote Reabilitation): **Cocriação de um serviço de telereabilitação para avaliação e tratamento da lombalgia: Prova de Conceito.**

Escola Superior de Saúde, Departamento de Fisioterapia

É convidado(a) a participar num estudo enquadrado na Unidade Curricular de Trabalho de Projeto do 2º ano do Curso de Mestrado em Fisioterapia – Ramo de Condições Músculo-esqueléticas, lecionado em parceria pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal com a Nova Medical School/ Faculdade de Ciências Médicas e a Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, a realizar pelo discente Paulo Clemente sob orientação científica do Professor Doutor Eduardo Cruz.

Declaro que aceito participar neste estudo que visa desenvolver um serviço de telessaúde/ telereabilitação, recorrendo à adaptação do Programa SPLIT, no qual participei.

- Li e compreendi a ficha informativa. Foram-me explicados o objetivo e procedimentos envolvidos no estudo. As minhas questões foram esclarecidas de forma satisfatória.
- Compreendi que a minha participação é voluntária e que não foram identificados riscos/consequências negativas associados à participação neste estudo.
- Tomei conhecimento de que o convite para integrar o estudo se deve a ter realizado formação no âmbito do Programa SPLIT, e ter recebido utentes na consulta/ para tratamento com um episódio de lombalgia não específica.
- Tenho conhecimento de que irei integrar um grupo de entre 6 a 8 pessoas que irão participar numa entrevista. Sei que serão colocadas questões acerca dos componentes e conteúdos do programa que podem ser oferecidos remotamente, quais as características que um serviço desta natureza deverá ter, como podem ser personalizadas as interações entre os profissionais de saúde e os utentes e quais as competências e recursos que necessitam de ser garantidos.
- Compreendi o tempo estimado para a minha participação. Sei que a minha participação envolve uma entrevista com a duração estimada de 60 a 90 minutos, num horário a definir consoante a minha disponibilidade e do restante grupo.
- Sei que posteriormente irei participar num workshop juntamente com diferentes participantes (outros utentes, profissionais de saúde, representantes de empresas de e-

health). Sei que serão discutidas propostas para a organização e implementação do serviço de telessaúde/ telereabilitação com base na análise da discussão nos grupos focais anteriores.

- Compreendi que o tempo estimado para o workshop é de 60 a 90 minutos, e será agendado em horário a definir consoante a minha disponibilidade e dos restantes participantes.
- Sei que a informação referente à minha identificação pessoal será mantida anónima e confidencial e apenas manuseada pelos investigadores deste estudo e utilizada para fins de investigação. Compreendi que será usado um sistema de codificação da minha identidade, que impedirá qualquer identificação pessoal no estudo ou em qualquer publicação futura. Fui informado que estes dados serão apenas utilizados no âmbito de investigação científica nunca sendo apresentados de forma individual e nunca fazendo referência à minha identidade. Compreendi que os dados serão armazenados de forma segura.
- Compreendi que as gravações e transcrições serão armazenadas num lugar seguro na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, sendo apenas acessíveis aos investigadores do presente estudo, pertencentes ao Departamento de Fisioterapia da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.
- Sei que tenho o direito de não participar no estudo e que sou livre de abandoná-lo em qualquer momento, sem qualquer consequência, prejuízo e sem necessidade de justificação.
- Estou consciente que receberei uma cópia assinada e datada deste formulário.

Nome do Participante: _____

Assinatura: _____

Nome do Investigador: _____

Assinatura: _____

Data:__/_____/_____

Apêndice E - Documentação do processo de análise temática

1 – Primeira leitura das transcrições.

2 – Segunda leitura com anotações. Sublinhar partes importantes da transcrição e anotar na lateral do texto.

3 – Terceira leitura com escrita de palavras-chave sobre cada excerto sublinhado e anotado, com o intuito de identificar as necessidades, objetivos, barreiras, facilitadores e valores de um serviço de TR.

4 – Construção de tabela com códigos e transcrições que identificam as necessidades, objetivos, barreiras, facilitadores e valores de um serviço de TR.

	Código inicial	**Transcrição**
vantagem	Independente geograficamente – **em qualquer lugar**	Rogério p4g1 - o contacto com toda facilidade, é possível estarmos nesta conversa e alguém na China ou na Nova Zelândia estar a conversar connosco
	Deslocação ao centro saúde – independente geograficamente	Paulo p21g1 - já que o utente não precisa de se deslocar ao centro de Saúde, ou seja, seja onde for que está a obter as sessões de fisioterapia para conseguir ter esse acompanhamento
	Evitar deslocações	Maria p3g2 - desta maneira que evita as deslocações
		Cristina p11g2 - não se erem de deslocar à unidade
	Independente geograficamente –**mobilidade reduzida**	Rogério p5g1 - podem chegar a muitos locais e pessoas, inclusivamente pessoas com dificuldade de mobilidade.
	Mobilidade reduzida	António p5g1 - facilita o acesso a pessoas com dificuldade de mobilização
	Deslocação / poupança de recursos	Miguel p14g2 - cursos indiretos, mesmo para deslocação do utente
Vantagem	Poupança de tempo	Filipa p3g1 - tudo o que possa ser feito remotamente passou a ser feito remotamente o que não implicasse a presença do utente
		António p11g1 - Isso é algo que pode perfeitamente, e que rentabilizaria muito o tempo,
	Poupança de tempo	Miguel p14g2 - tecnologia à distância pode ser facilitador porque reduz o tempo necessário
facilitador	Pandemia / riscos	António p16g1 - existe um problema de saúde que torna mais seguro que as coisas sejam feitas à distância
		Rogério p13g1 - Porque à partida nós neste momento corremos riscos maiores no modo presencial, não é?
		Maria p3g2 - percebem o momento em que nós vivemos
		Cristina p11g2 - Então nesta altura da pandemia
		Cristina p11g2 - há muitos utentes que têm o receio de nesta fase ir às consultas presencias
	Comunicação por tecnologia	Filipa p3g1 - comunicação por e-mail ou por mensagem sempre fez parte da minha prática clínica e continua a fazer
		António p6g1 - contacto com os próprios médicos que referenciavam os utentes, muitos vezes trocávamos e-mails ou até por chamada
		Maria p6g1 – é uma mais valia comunicar com o utente através de telechamada ou telessaúde
	Acesso remoto – **contacto remoto**	Francisco p5g2 - uma chamada telefónica, uma videochamada poderá ajudar

	Contacto telefónico – **contacto remoto**	Maria p2g2 - embora pelo telefone eu penso que também conseguimos chegar aos utentes
		Cristina p3g2 - tenho feito também muitas avaliações através do telefone
	Videochamada – **contacto remoto**	Maria p8g2 - ~~eu acho que realmente por videochamada podemos nos casos de baixo risco,~~ pode ser de facto uma solução muito perto do contacto
facilitador	Tecnologia como recurso	Rogério p4g1 - a tecnologia é sempre um recurso muito importante e que nos facilita a vida, a comunicação, o contacto com toda facilidade
Objetivo	Comunicação utente - profissional	Rogério p22g1 - trocar umas, umas impressões sobre esse assunto não, não nos fariam, a mim não faria mal nenhum
		António p6g1 - contacto frequente com os utentes através de mensagens ou enviar vídeos,
		Paulo p21g1 - se tiver mais questões sobre como é que deve fazer exercícios ou se tiver alguma mudança de, que sente, poder ter esse contacto com o fisioterapeuta
		António p7g1 - existir um serviço em que nós utilizávamos a tecnologia que fosse tudo mais autónomo de enviar exercícios para o utente realizar, de enviar mensagens
		Cristina p15g2 - o utente aproveita para colocar algumas dúvidas…. consegue-se recolher a informação necessária.
objetivo	Comunicação entre profissionais	António p7g1 - ter aqui uma via mais fácil de comunicar também com os médicos, com os outros colegas
		Miguel p18g2 - como que também fazer o balanço do próprio circuito.
		Maria p18g2 - Mensagens internas ou isso.
	Estrutura **de comunicação**	António p6g1 - só que sempre senti que era algo pouco estruturado
	Estrutura comunicação	Maria p16g2 - alguma forma mais estruturada e estudada que seja mais efetiva para transmitir
necessidade	Comunicação não verbal	Filipa p3g1 - não conseguimos perceber bem a expressão facial confesso que é uma coisa que me constrange
		Isabel p22g1 - nós utilizamos muito os gestos não é, e utilizamos … vemos que a pessoa está a olhar para nós e a compreender o que estamos a dizer ou não
		Miguel p16g2 - há tempos e cedências que se conseguem ganhar…. havendo a componente da comunicação não verbal
		Maria p8g2 - Se eu tiver presencialmente, posso mais depressa perceber por linguagem não verbal até, não é?
necessidade	Visão	Francisco p2g2 - se for por videochamada certamente irei conseguir melhorar e manter alguns exercícios e postura
		Maria p2g2 - fazer videochamadas isso é muito facilitador é muito melhor que um simples telefonema,
		Maria p2g2 - para intervir eu penso que se tivermos acesso a vídeochamadas será benéfico
		Maria p3g2 - desta maneira nós conseguimos ter a visualização.
		Maria p8g2 - Se for só por telefone, pode acontecer não, eu não ter tanta perceção de que a minha mensagem está a ser bem
		Cristina p8g2 - não estarmos a ver se a pessoa está a fazer bem aquilo que lhe está a ser recomendado
		Francisco p9g2 - Ah o acompanhamento que o vídeo permite
	Visão **limitada**	António p5g1 – a visão entre o médico e o utente é extremamente limitado já que estamos limitados a uma câmara e a ligação por voz
		Paulo p18g1 - fisioterapeuta iria apensas ter a visão de uma

		câmara que seria apenas limitativo
Necessidade / barreira	Falta de equipamento	Filipa p24g1 - também, nos falta equipamento, ou seja, sempre que isto…. nós não temos uma câmara
		António p5g1 – é muito difícil ter essas tecnologias mesmo nos dias de hoje para algumas pessoas especialmente, com dificuldades sociais e financeiras
		Maria p6g1 – da acessibilidade que a nossa população não tem aos recursos de computador porque a minha população onde estou inserida é muito idosa
Requisito / necessidade	Acesso a tecnologia	Maria p2g2 - podermos ter agora mais recentemente o acesso a câmeras e a tecnologias
		Cristina p4g2 - não tenho esses meios também é uma limitação
		Miguel p4g2 - a videoconferência ainda não pude usufruir dela fruto de limitações da tecnologia.
		Francisco p10g2 - Não sei se pessoas com menos estudos, com mais dificuldades nas novas tecnologias, conseguem criar estas condições
		Maria p17g2 - Precisávamos de uma câmara com tripé com uma ligação a um computador portátil e uma ligação wireless e precisávamos disso tudo
	Robustez da infraestrutura	Miguel p4g2 - Qualquer modelo de teleconsulta está sempre dependente da robustez da infraestrutura
Valor	Segurança ~~vs suporte clínico~~	Paulo p12g1 – o meu foco principal seria conseguir obter informação médica e suporte médico
Valor	Segurança	Filipa p3g1 - não nos sentimos muito confortáveis nisso nem clinicamente nos sentimos muitos seguros
		António p5g1 – fico sempre na dúvida se será o suficiente
		Filipa p3g1 - percebo que se tenha de oferecer outras opções agora enquanto profissional de saúde é uma posição muito desconfortável para mim
		António p16g1 - as questões da segurança é algo que me preocupa imenso
		Miguel p4g2 - sentimos maior segurança
	Idade	Isabel p14g1 - Se for uma pessoa jovem sem problemas de saúde importantes
	Comorbidade	Isabel p14g1 - Se for uma pessoa de mais idade, se tiver outros problemas
	Depende da condição	Filipa p15g1 - Também depende um pouco da patologia
	Características da pessoa	Isabel p14g1 - depende mais do tipo de pessoa que está a recorrer a esse tipo de tratamento
	idade	Maria p15g1 - E tem muito a ver connosco como profissionais e com o utente que temos à frente, se é mais jovem se é menos jovem
	Idade jovem	Miguel p4g2 - no adulto jovem entre os 18 e 65 anos é possível que consigamos fazer uma consulta por essa via
	Condições para ser atendida	Isabel p14g1 - acho que ai depender muito da pessoa que está a ser tratada … Ahh para se tentar avaliar se tem condições ou não de ser atendido em segurança via remota
Valor	Confiança	Maria p3g2 - na confiança que o utente terá a ouvir as nossas palavras
		Francisco p6g2 - sim, sim, sim, sim teria confiança, sim.
		Miguel p6g2 - não sentiria confiança precisamente, não pela parte da anamnese, mas pela parte do exame físico
Valor	Confidencialidade	Filipa p12g1 - a verdade é que o doente não tem obrigação nenhuma de dizer perante uma pessoa que não tem, em bom rigor sigilo profissional, a sua história clínica, não é?
		Paulo p12/13g1 - se, a teleconsulta seria feita de forma que fosse segura e confidencial

		Rogério p13g1 - eu não tenho problema com essa questão da segurança, de utilizarem a minha imagem
		António p16g1 - E para além disso utilizar um serviço que seja muito seguro em termos daquilo que é a confidencialidade das pessoas
	Reservas de partilhar – **o à vontade**	António p17g1 - pessoas podem ter mais reservas de partilhar … Para estas pessoas acredito que é difícil estar a partilhar estas coisas a frente de uma câmara
	À vontade	Maria p15g1 – Há profissionais que também se sentem muito à vontade com uma chamada deste tipo, não é … E há outros profissionais que não se sentem de modo algum à vontade
		Francisco p16g2 - para se ganhar o à vontade
	Comunicação por tecnologia – **à vontade**	Rogério p4g1 - comunicar com câmaras não é de facto uma prática que me seduza minimamente
facilidade	Conhecimento tecnológico	António p5g1 - eu tenho conhecimento a nível tecnológico porque é a minha área de trabalho e eu tenho socialmente bastante experiência em termos de ter ligação remota
necessidade	Primeiro contacto / base presencial	Isabel p14g1 - especialmente se fosse o primeiro contacto e não tivesse feito ainda nenhum tipo de tratamento destes, poderia não conseguir perceber
		Filipa p14/15g1 - o grande perigo é o primeiro contacto ser remoto e isso, sim, não me faz qualquer tipo de sentido
		Filipa p15g1 - sentir-me-ia muito desconfortável que não houvesse uma base presencial neste outro seguimento
		Maria p15g1 - O primeiro contacto ser sempre presencial, e depois todos os outros
		Rogério p16g1 - o primeiro contacto tem de ser como médico
		Isabel p7g1 - se aplicarmos isso à parte da medicina física e reabilitação se calhar tendo uma parte inicial presencial
		Francisco p15 g2 - Creio que a fase inicial do processo, deve ser sempre presencial
	Relação de base	Filipa p14g1 - são pessoas que eu já conheço a algum tempo e com as quais já tenho algum tipo de relação
		Miguel p4g2 - eu estou no segundo ano de uma nova lista portanto não conheço a maioria dos utentes
		Filipa p15g1 - o tipo de relação que eu tenho com essas pessoas, não é, e o conhecimento de base que tenho com elas não foi feito presencialmente
	troca e a partilha de saberes e conhecimento – **Contacto presencial**	Rogério p4g1 - é muito difícil perceber a comunicação e a troca e a partilha de saberes e conhecimento sem efetivamente este contacto
necessidade	Dificuldades auditivas	Miguel p4g2 - a comunicação por dificuldades auditivas é grande e aí a própria teleconsulta pode ficar comprometida
	Capacidade de entendimento	Maria p8g2 - capacidades que também o recetor tem ou não de apreender a mensagem
		Miguel p5g2 - caso não haja nenhuma dificuldade de comunicação ou entendimento da mensagem pelo utente, é relativamente simples a utilização da teleconsulta
	Entendimento das indicações	Isabel p14g1 - poderia não conseguir perceber, e aí eu acho que poderia haver algum risco de, não sei se de agravar ou se não melhorar
	Adaptação ~~natural~~	Paulo p23g1 - se existe uma necessidade de adotar alguma competência, comunicação é algo que é desenvolvido, pode ser desenvolvido
		Paulo p24g1 - em termos de videochamada, não me parece que seja necessário alguém das… das competências técnicas necessárias mas a parte de comunicação em si, não me parece que seja muito diferente

		Maria p16g2 - pode acontecer naturalmente
		Francisco p16g2 - de uma forma quase automática, todos nós temo-nos vindo a adaptar
		Cristina p17g2 - Eu penso que é com o treino
		Maria p8g2 - eu sou a mesma pessoa presencialmente ou não presencialmente, a mensagem é a mesma.
necessidade	Desenvolvimento de competências	Rogério p23g1 - acho que são, são meios muito diferentes e exigem de facto uma literacia, competências ou desenvolvimento de competências
		Filipa p24g1 - em termos do Serviço Nacional de Saúde, além de competências e formação em teleconsulta ou em comunicação neste âmbito que claramente nos falta
		Paulo p24g1 - efetivamente existe um conjunto de leque de competências que é necessário a pessoa ter em geral….
		Cristina p8g2 - Não é a mesma coisa do que estarmos em frente à pessoa a exemplificar
		Miguel p16g2 - a comunicação por via conferência ou por telefone exige uma disciplina diferente
		António p25g1 – um serviço, seja capaz também de nos formar e de vos ensinar como é que nós podemos potencializar estas questões da comunicação
		António p25g1 - seria preciso nós aprendermos, enquanto profissionais de saúde…. tentar aqui demonstrar de alguma forma a nossa empatia e as, e os nossos soft skills ao utente
		Miguel p16g2 - e é possível que isso tenha de ser ganho com experiência ou com alguma educação formal.
Valor	Empatia	António p25g1 - estamos habituados e aprendemos com a experiência a ser empáticos e a tocar…. a permitir criar um ambiente para que a pessoa exponha aquilo que está a sentir
		Francisco p16g2 - primeiro tem de haver empatia entre as pessoas
valor	Sentir-se cuidado	Rogério p22g1 - eu senti-me cuidado também, com esse último contacto
		Maria p20g1 - uma forma também de ele sentir que está a ser cuidado, por nós, e que não está esquecido, não é?
		Maria p3g2 - sinto que eles ficam muito agradados no sentido de sentirem que têm o acompanhamento
		Maria p13g2 - as pessoas sentem-se confortáveis por nós estarmos a perguntar sobre a sua condição
		Miguel p14g2 - e ao utente também lhe dá um conforto e uma sensação de que os profissionais chegam até ele
Valor	Opção de escolha	António p16g1 - sentir-me-ia muito mais confiante em oferecer este tipo de serviços, se tivesse a certeza que o utente concordou e aceita que este serviço seja feito remotamente
		António p16g1 - e para essas pessoas haver sempre a possibilidade de haver algo mais presencial
objetivo	Formato complementar	Rogério p5g1 - pode ser utilizado e deve ser de forma complementar
		António p5g1 - concordo com o que o ROGÉRIO disse em ser algo complementar
		António p5g1 - concordo plenamente que a teleconsulta funciona de forma complementar muito bem
		Isabel p7g1 - Mas faz-me sentido que seja uma coisa híbrida eventualmente
		Isabel p8g1 - Mas eu acho que de uma forma híbrida faz-me sentido
		António p17g1 - ter um serviço presencial, sempre que há

		algumas partes de qualquer intervenção que eu faça que podem sempre se feitas remotamente.
		António p5g1 - no contexto do projeto SPLIT várias partes são feitas já remotamente e certamente existe algo a melhorar mas sem dúvida que neste momento já existe um bom início em termos de se poder começar a oferecer serviços remotos
		Maria p6g1 - porque não também fazer agilizando de modo a que este projeto fosse fazendo algumas partes, até mesmo na área da avaliação do risco por exemplo
		Rogério p19g1 - fiz muito trabalho em casa e isto foi muito importante mas não substitui de forma alguma as mãos, o contacto, a palavra, o olhar clínico do fisioterapeuta
		Francisco p15g2 - eu julgo que a parte destas teleconferências introduz-se bem nesse programa portanto depois era uma continuidade não é
Objetivo	informação prévia à consulta	Maria p2g2 - não só ao nível de avaliação prévia para estabelecer o nível de risco
		Cristina p3g2 - facilita o processo de avaliação que é mais rápido
		Cristina p6g2 - a segunda sessão é muito mais rápida
	Informação prévia	Maria p11g1 - Já saberem para o que veem, não é?
	Acesso prévio à informação	Filipa p12g1 - A menos que o doente me envie um e-mail a dizer: … e eu agendar essa consulta.
objetivo	Triagem remota / **priorização**	Maria p6g2 - Poderia fazer nos pensar na… em processos de priorização de casos a chamar, por exemplo
	Priorizar	António p11g1 - dar resposta àqueles casos mais urgentes
Vantagem	Triagem presencial – **poupança de tempo**	Cristina p6g2 - demorava muito mais tempo a fazer a primeira consulta quando ela era toda presencial
	Intervenção + rápida – **poupança de tempo**	Cristina p4g2 - permite uma intervenção mais rápida.
necessidade	Informação da referenciação	Maria p6g2 - não são observações que estejam estruturadas
		António p11g1 - já recebendo a informação do médico, já ajuda imenso
	Repetição de informação - **Informação referenciação**	Rogério p18g1 – eu já tinha falado com a médica e porque é que eu estou a dizer isto outra vez
	Verificar informações - **Informação referenciação**	Rogério p19g1 – Eu podia ter preenchido um questionário e nesse contacto o fisioterapeuta poderia ter aferido se eu tinha sido correto
objetivo	Recolha de dados prévios à consulta	António p11g1 - Isso é algo que pode perfeitamente, e que rentabilizaria muito o tempo, se o utente pudesse preencher em casa remotamente, e essa informação já chegasse até a mim
		António p17g1 - eu acho que pode ser feita 100% online, em que a pessoa preenche um determinado conjunto de questionários
		Paulo p17g1 - Existe o potencial para o questionário ser feito previamente até e imagino que até facilitasse algumas situações
		Rogério p18g1 - o preenchimento daqueles questionários não me parece muito complexo, não exige grandes literacias literárias e penso que sim, que era perfeitamente possível preenche-los
		Paulo p21g1 - fazer outra vez os questionários, que podiam ser efetivamente feitos… ah… de alguma forma remotamente
Objetivo	Horário compatível	Cristina p11g2 - os seus horários não eram compatíveis com os meus horários de trabalho e via online poderíamos dar algum apoio

	Escolher o horário	António p11g1 – agendamentos onde posso escolher o horário que me dá mais jeito
		Filipa p12g1 - não é sempre no mesmo horário, portanto a marcação pelo horário, penso que poderá ser feita
	Agendamento remoto	Filipa p8g1 - pode ser agendada telefonicamente para o dia, não é?
		António p11g1 - Eu lembro-me que algumas pessoas referem que marcavam a consulta online
		Filipa p12g1 - O agendamento por e- agenda, está disponível na plataforma do SNS e todos nós temos dentro do nosso horário, um número de vagas
		Rogério p10g1 – os agendamentos pontuais, semanais ou quinzenais, o acompanhamento, isso é perfeitamente passível de ser feito
		Miguel p5g2 - Pronto, a tentativa de contacto telefónico é sempre um pandemónio
	Agendamento/acesso remoto	Miguel p5g2 - é mais uma forma de comunicação com a unidade
	Descrição de sintomas	Paulo p9g1 - eu oferecendo ao médico informação do que é que eu sentia, o médico identificou que poderia ser uma situação de lombalgia.
		Paulo p9g1 - Foi apenas uma descrição dos sintomas que eu sentia
		Rogério p19g1 - Eu não sei muitas das vezes explicar aquilo que sinto, porque enfim … E acredito que outras pessoas terão alguma dificuldade
	Comunicar por tecnologia – **descrição dos sintomas**	Rogério p23g1 - para mim, é muito difícil ligar para a Saúde 24, não é…. acho que isso é uma coisa estranhíssima para mim
	Receio de informação errada	Rogério p16g1 - Nós próprios enquanto utentes podemos fornecer uma informação errónea e podemos destruir tudo, não é
	~~Segurança no~~ Diagnóstico **remoto**	Maria p15g1 – e cá está, é aquela insegurança "Será que eles o diagnosticaram bem?"
	Curta duração / segurança	Maria p15g1 – uma teleconsulta de seis minutos como é que eles conseguem ver o que é que o utente tem.
necessidade	Contacto físico	Paulo p17/18g1 - não sei até que ponto seria possível faze-lo remotamente, já que envolve o próprio fisioterapeuta a estar em contacto com o utente
		Paulo p18g1 - parte delas envolveram o próprio contacto do fisioterapeuta e a manipulação física,
		António p7g1 - durante o exame objetivo, de durante a terapia manual ou durante o corrigir e ensinar determinados exercícios
	contacto físico / Terapia manual	Maria p3g2 - pode haver a necessidade de fazer uma intervenção mais ao nível da terapia manual
		Cristina p4g2 - a nível da terapia manual também teria essa limitação
	Contacto físico / Exame físico	Miguel p4g2 - descartar algumas bandeiras vermelhas que nós sentimos maior segurança se o fizermos com um exame físico ou presencial
		Miguel p4g2 - No entanto preciso sempre do exame físico e isso é uma grande limitação
		Francisco p4g2 - eu acho que julgo que a parte física aqui é muito importante
	Contacto físico / Apoio exercícios	Francisco p9g2 - há exercícios que certamente têm de ser adaptados, porque a pessoa não os consegue fazer sozinhos.
		Francisco p13g2 - há certos exercícios que têm de ser

		mesmo com a intervenção do fisioterapeuta
	Contacto físico /monitorização	Miguel p14g2 - se não tiver lugar a uma manipulação ou um ato presencial, penso que o contacto à distância pode ser a grande mais valia
necessidade	Guia com indicações	Paulo p18g1 - indicações certas de como é que estes exercícios se fazem, visto que nem sempre é fácil lembrar todos os detalhes
	Necessidade de correção / feedback - **mecanismo de feedback**	Paulo p22g1 - indicadores para relembrar facilmente se eu estou a fazer isto bem e conseguir executar os exercícios de forma correta
	Necessidade de correção / feedback – **mecanismo de feedback**	Paulo p18g1 - se eu estaria a fazer os exercícios corretamente e se eu teria de alguma forma a fazer o exercício estando a posicionar o meu corpo de alguma forma que não fosse correto ou que até fosse pior para mim
	Receio de erro – **mecanismo de feedback**	Francisco p2g2 - o meu receio é poder começar a cair para uma tendência de erro, não tenho acompanhamento e qualquer dia já estou é a fazer mal
	Correção exercícios – **mecanismo de feedback**	Francisco p2g2 - quando tinha as sessões presenciais havia sempre a correção
	Correção exercícios – **mecanismo de feedback**	Francisco p10g2 - verificar se eu estou a fazê-los bem.
	Indicação verbal **é** insuficiente ~~para correção~~	Paulo p18g1 - por mais indicação verbal que seja possível dar, sobre qual é a posição em que o corpo deve estar ou o que é que o utente deve estar a sentir
Necessidade	Orientação - **Acompanhamento**	Rogério p4g1 - ~~temos de ser autónomos~~, com orientação evidentemente
objetivo	Acompanhamento remoto	Rogério p10g1 – Telefonema, Whatsapp, isso foi tudo uma prática regular e funcionou muitíssimo bem na minha opinião
		Maria p15g1 - haver depois uma supervisão desses exercícios por telesaúde
	educação remota – **acompanhamento remoto**	António p17g1 - para essas pessoas, em que a sessão que nós oferecemos, é apenas uma sessão de tratamento também pode ser perfeitamente feito apenas online
	Intervenção remota - **acompanhamento remoto**	António p17g1 - para algumas pessoas, eu acredito que seria muito mais benéfico para elas receber este tipo de intervenção à distância e não ter que se descolar
	Ensino à distância - **acompanhamento remoto**	Cristina p3g2 - há muita informação que logo nesse primeiro telefonema é dada ao utente, ensinos
	Orientar à distância - **acompanhamento remoto**	Cristina p4g2 - orientar os utentes em termos de exercício ~~através da videochamada~~
	Orientar exercícios - **acompanhamento remoto**	Cristina p8g2 - poderemos conseguir melhor orientar em termos do que lhe é pedido para fazer, em termos de exercício
	Acompanhamento – **orientar exercícios**	Maria p3g2 - fazer um acompanhamento e de dar aqui alguma monitorização relativamente aquilo que são os exercícios corretos e não corretos
	Acompanhamento remoto	Maria p11g2 - componente do online ou da orientação á distância
	Contacto periódico - **acompanhamento remoto**	Isabel p19g1 - esse contacto periódico poderia ajudar a relembrar algumas coisas se a pessoa se tivesse esquecido, ou até introduzir outras que, entretanto, se vissem a ser necessárias
Necessidade?	Acompanhamento remoto – **acompanhamento personalizado?**	Miguel p10g2 - que continue a ser a relação direta entre profissional e utente e não um automatismo da tecnologia
Objetivo	Monitorização (acompanhamento no tempo)	Paulo p21g1 - o acompanhamento após a alta parece-me que é o que na parte toda da telereabilitação ou da telemedicina, pode funcionar melhor

		António p20g1 - ter este acompanhamento no longo-prazo, quer pelo fisioterapeuta, quer pelo médico seriam muito benéficos
	Monitorização na reavaliação – **Evolução da condição**	Maria p13g2 - aproveitamos esse momento mais formal da avaliação, que no fundo acaba por ser a monitorização da condição e dos seus sintomas
	Identificação de recorrências - **monitorização**	António p20g1 - será que voltou a haver algum episódio
		Maria p13g2 - durante estes tempos de reavaliação identifiquei uma ou outra situação
	Evolução da condição - **monitorização**	Maria p20g1 - em termos da monotorização a ter ah, esta , esta forma de perceber, se há continuação ou não
necessidade	Começar a perder os utentes	António p20g1 - nós deixamos de ter fora de acompanhar o utente
	Contacto após alta	Paulo p21g1 - o útil teria sido, efetivamente ter o contacto mais frequente
objetivo	Motivar o utente	Maria p20g1 - o motivar até o próprio utente para continuar a fazer o seu exercício, a sua vida ativa
		Maria p21g1 - um sistema apelativo para o utente fazer e dar continuidade à, à sua reabilitação
		Filipa p19g1 – uma forma de manter as pessoas motivadas de alguma forma neste âmbito
Objetivo	Prevenção	Isabel p19g1 - manter alguns comportamentos que ajudam que não tenham um novo episódio
	Continuar os exercícios - **Prevenção**	Paulo p21g1 - eu apenas continuei os exercícios durante a altura em que foi necessária
	Rotina exercícios – **Prevenção**	Francisco p2g2 - em casa ainda tenho a rotina, não todos mas alguns exercícios que ainda faço
	Mensagem	Maria p9g2 - se nos centrarmos na mensagem, que a mensagem é de facto muito importante para estes utentes
		Maria p9g2 - numa boa mensagem centrada nas estratégias que o utente tem de fazer para gerir a sua dor e melhorar, e melhorar
necessidade	Adesão	Maria p3g2 - quando cumprem as recomendações e tentam cumprir com as recomendações eu acho que acabam por ter melhoria
necessidade	Adesão à intervenção / autogestão	Maria p12g2 - pessoas com grande nível de adesão à intervenção, são pessoas que têm uma capacidade de autogestão
necessidade	Capacitar utente	Maria p9g2 - o grau de autoeficácia e confiança que nós vamos querer que os utentes adotem
Objetivo	Devolver autonomia/autogestão	Maria p11g2 - devolver ao utente alguma maior responsabilidade por si próprio e pela gestão dos seus próprios problemas
		Maria p11g2 - talvez aqui mais à distância possa ser uma oportunidade para imprimir maior responsabilidade ao utente
	Autonomia (promover a autonomia do utente)	Rogério p4g1 - é uma componente que também favorece/facilita a autonomia,
Objetivo	**Reforço educação** – ensino à distância	Francisco p9g2 - portanto às vezes é muito fazer aqui o *remember* para não deixarmos de ouvir esta conversa
	Reavaliação / reagendar – **reforço da educação**	Maria p13g2 - aproveitamos para dar mais estratégias se forem necessárias ou até reagendar alguma consulta presencial
	Reforço da educação	Maria p13g2 - essas monitorizações podem ser (…) que têm existido, eu acho que são úteis para reforçar as indicações
	Acompanhamento periódico – **reforço da educação**	Francisco p10g2 - eu com o acompanhamento periódico, a chamarem-me a atenção de comportamentos que eu tenho e que certamente errados
	Reforço da educação	Miguel p14g2 - se a monitorização não implica um ato terapêutico, implica mais uma chamada de atenção

5 – Agregação dos códigos que considero semelhantes e **escrita das ideias chave**

Ideias chave:

A prestação de cuidados de saúde através de serviços remotos permite o acesso a cuidados de saúde sem a necessidade de deslocação do utente à unidade de saúde **(objetivo)**, o que resulta numa poupança de tempo **(objetivo)**.

Não existindo a necessidade de deslocação do utente à unidade de saúde **(objetivo)** verifica-se uma possível melhoria no acesso aos cuidados de saúde **(valor)** para pessoas com menor mobilidade **(objetivo)**.

A ausência de deslocação dos intervenientes devido à possibilidade de acompanhamento por meios remotos **(objetivo),** além da poupança de tempo **(vantagem)** permite também uma maior compatibilidade de horário **(objetivo)** entre os intervenientes.

A prestação de cuidados de saúde por telereabilitação minimiza os riscos inerentes à prestação de cuidados em formato presencial devido à pandemia COVID-19 **(riscos/pandemia)**.

Existe a necessidade de obter um conjunto de competências técnicas **(necessidade)** para estabelecer contacto por meios remotos e criar/transmitir a empatia **(valor)** necessária para que o utente se sinta confortável no atendimento por esta via **(o à vontade)**.

A ausência de comunicação não verbal **(necessidade)** e a menor capacidade de entendimento/competência de comunicação do utente **(necessidade/barreira)** podem dificultar a transmissão/compreensão das informações com implicação na segurança da consulta **(segurança).**

A aquisição de competências através de educação formal **(necessidade)**¸ apesar de não ser fundamental pela possibilidade de adaptação por treino, poderá facilitar a adaptação à comunicação através de tecnologias.

Um formato de comunicação através da tecnologia **(comunicação por tecnologia)** e estruturado **(necessidade de estrutura)** poderá facilitar o estabelecimento **(tecnologia como recurso)** de contacto entre o utente e o profissional para partilha de informação e conteúdos **(objetivo)**.

Quer as unidades de saúde quer parte da população não têm acesso a equipamentos tecnológicos **(necessidade)** para o estabelecimento do contacto remoto **(objetivo)** o que inviabiliza a realização de teleconsultas.

Além do acesso a equipamento tecnológico **(necessidade)** é pertinente que este permita o estabelecimento de ligação por imagem **(necessidade da visão)** por forma facilitar a orientação à distância **(objetivo)**.

O estabelecimento de ligação com o utente por meios de comunicação remotos **(comunicação por tecnologia/remoto)** permite que se efetue um acompanhamento de intervenção à distância **(objetivo)**, sendo apenas limitado pela impossibilidade de aplicação de técnicas de terapia manual **(necessidade contacto físico)**.

A intervenção por meios remotos **(objetivo)** é condicionada pela ausência de contacto físico **(necessidade)**, pelo que são necessários de mecanismos de feedback **(necessidade)** que orientem o utente na execução dos exercícios e o assegurem da sua correta execução **(valor segurança)**.

A descrição de sintomas pelo utente não confere segurança suficiente ao clínico **(valor)** para o estabelecimento do diagnóstico **(objetivo)**, sendo necessária a execução de um exame físico presencial **(necessidade)**.

Um serviço de telereabilitação poderá funcionar num regime misto em que parte dos serviços é presencial e outra não presencial **(objetivo formato complementar)**, sendo um serviço prestado perante a concordância do utente **(opção de escolha)**, e respeitando a confidencialidade do mesmo **(valor)**.

O primeiro contacto deverá ser presencial **(necessidade)** de modo a permitir o estabelecimento de uma relação de base **(necessidade)** empática **(valor)** e proporcionar uma sensação de segurança no serviço **(valor segurança)** quer para o utente quer para o profissional.

De momento já é possível agendar consultas remotamente, seja online seja por telefone, sendo que o mais importante é a possibilidade de escolha do horário **(objetivo)** por utente.

A partilha/comunicação de informações entre profissionais **(objetivo – informação da referenciação)** e o acesso a dados clínicos de triagem preenchidos/recolhidos previamente à consulta **(objetivo – questionários remotos)** permitem dar uma resposta mais célere a casos mais urgentes **(objetivo priorizar)** e minimiza o tempo da consulta **(poupança de tempo).**

Acompanhar o utente através de serviços remotos **(objetivo)** promove a autonomia do utente na gestão da sua condição **(objetivo)**, capacita-o para a autogestão **(necessidade de autogestão).** Este formato exige uma maior capacidade de adesão do utente às recomendações transmitidas **(necessidade de adesão à intervenção)**.

O estabelecimento de contactos periódicos para um acompanhamento ao longo do tempo **(objetivo)** minimiza a perda de contacto com o utente **(necessidade)** e possibilita a identificação de recorrências e evolução da condição **(objetivo)**.

Manter uma via de comunicação entre o utente e o profissional permite que sejam estabelecidos contactos para reforço das estratégias de autogestão da condição **(reforço da educação – objetivo)** e motivação do utente **(objetivo)** a manter comportamentos que visem a prevenção de novos episódios **(objetivo)**.

6 – Escrita da narrativa inicial com base nas ideias chave e verificar se a mesma reflete as informações constantes nos dados recolhidos.

Narrativa inicial:

A prestação de cuidados de saúde por telereabilitação/telessaúde permite ao utente ter o acesso a cuidados de saúde sem a necessidade de se deslocar à unidade de saúde. Além da poupança de tempo por ausência de deslocação, esta forma de prestação de cuidados poderá melhorar o acesso à saúde quer para pessoas com mobilidade reduzida quer para pessoas com horários incompatíveis com os horários de funcionamento da unidade de saúde.

Dado o atual estado pandémico pela COVID-19 a prestação de cuidados por telereabilitação apresenta-se como uma oportunidade de manter o acesso aos serviços de saúde e minimizar os riscos inerentes ao formato presencial.

Este serviço de telereabilitação/telessaúde poderá funcionar num regime misto em que parte dos serviços é presencial e outra não presencial, sendo um serviço prestado perante a concordância do utente e respeitando sempre a sua confidencialidade.

A componente presencial deverá corresponder ao início do processo, para que o profissional conheça a história clínica do utente e seja também estabelecida uma relação empática entre o utente e o profissional proporcionando uma maior confiança e segurança aos mesmos. Também o exame físico deverá ter um registo presencial uma vez que apenas a descrição de sintomas pelo utente não confere segurança suficiente ao clínico para o estabelecimento do diagnóstico.

Em termos não presenciais o estabelecimento de ligação com o utente por meios de comunicação remotos permite que se efetue um acompanhamento de intervenção à distância quando não existir a necessidade de aplicação de técnicas que exijam o contacto físico, como a terapia manual. A existência de mecanismos de feedback que orientem o utente na execução

das atividades e o assegurem da sua correta execução e o estabelecimento de ligação por imagem facilitam a intervenção remota e conferem maior segurança ao serviço.

Este acompanhamento à distância promove a autonomia do utente na gestão da sua condição, pretendendo-se capacitá-lo para a autogestão. Portanto, este formato exige uma maior capacidade de adesão do utente às recomendações transmitidas, daí a importância do estabelecimento de contactos periódicos para reforço das indicações e motivar o utente a manter comportamentos que visem a prevenção de novos episódios.

Manter uma via de comunicação entre o utente e o profissional através de tecnologia poderá facilitar a manutenção de um acompanhamento a longo prazo, minimizando a perda de contacto com utente após a alta. Desta forma, será possível acompanhar com maior proximidade aquela que será a evolução da condição atual e/ou identificar recorrências precocemente e encaminhar para nova triagem. Com a devida estrutura esta via de comunicação permitirá também a partilha de informações e conteúdos entre os intervenientes, seja o contacto iniciado pelo profissional ou pelo utente.

A par destes meios de comunicação mais diretos entre o profissional de saúde e o utente, outros mecanismos podem complementar este formato agilizando o acesso aos cuidados de saúde, nomeadamente, o agendamento através do contacto remoto com a unidade de saúde e o preenchimento de questionários remotamente para efeitos de recolha de dados clínicos previamente à consulta. O acesso a estes últimos ~~dados~~ e a partilha de informações clínicas entre profissionais antes da consulta permitem priorizar o atendimento dando uma resposta mais célere a casos mais urgentes, e ajustar a própria consulta para as necessidades do utente.

Todos estes meios de comunicação tecnológicos que possibilitam a telereabilitação/telessaúde, exigem um conjunto de competências quer técnicas para o estabelecimento da ligação remota quer da própria comunicação com o utente. Ambas podem ser desenvolvidas naturalmente através da prática e experiência, porém, a sua aquisição por educação formal poderá facilitar o processo de adaptação. Relativamente às estratégias de comunicação é necessário que o profissional seja dotado com competências para a transmissão de empatia, para suprimir a ausência de linguagem não verbal e para se adaptar à capacidade de compreensão/comunicação do utente, de modo que este se sinta confortável e seguro no atendimento por esta via.

Por fim, as dificuldades de acesso a tecnologias da comunicação, como a inexistência de equipamentos, quer nas unidades de saúde quer de parte da população apresentam-se como uma barreira à implementação de modelos de prestação remota de cuidados de saúde.

7 – Organização dos códigos e transcrições por temas

TEMA 1		
TEMA	**Código inicial**	**Transcrição**
TR poderá facilitar o acesso aos cuidados	Independente geograficamente – **em qualquer lugar**	Rogério p4g1 - o contacto com toda facilidade, é possível estarmos nesta conversa e alguém na China ou na Nova Zelândia estar a conversar connosco
	Deslocação ao centro saúde – independente geograficamente	Paulo p21g1 - já que o utente não precisa de se deslocar ao centro de Saúde, ou seja, seja onde for que está a obter as sessões de fisioterapia para conseguir ter esse acompanhamento
	Evitar deslocações	Maria p3g2 - desta maneira que evita as deslocações
		Cristina p11g2 - não se erem de deslocar à unidade
	Independente geograficamente – **mobilidade reduzida**	Rogério p5g1 - podem chegar a muitos locais e pessoas, inclusivamente pessoas com dificuldade de mobilidade.
	Mobilidade reduzida	António p5g1 - facilita o acesso a pessoas com dificuldade de mobilização
	Deslocação / poupança de recursos	Miguel p14g2 - cursos indiretos, mesmo para deslocação do utente
	Poupança de tempo	Filipa p3g1 - tudo o que possa ser feito remotamente passou a ser feito remotamente o que não implicasse a presença do utente
		António p11g1 - Isso é algo que pode perfeitamente, e que rentabilizaria muito o tempo,
	Poupança de tempo	Miguel p14g2 - tecnologia à distancia pode ser facilitador porque reduz o tempo necessário
	Horário compatível	Cristina p11g2 - os seus horários não eram compatíveis com os meus horários de trabalho e via online poderíamos dar algum apoio
	Pandemia / riscos	António p16g1 - existe um problema de saúde que torna mais seguro que as coisas sejam feitas à distância
		Rogério p13g1 - Porque à partida nós neste momento corremos riscos maiores no modo presencial, não é?
		Maria p3g2 - percebem o momento em que nós vivemos
		Cristina p11g2 - Então nesta altura da pandemia
		Cristina p11g2 - há muitos utentes que têm o receio de nesta fase ir às consultas presencias
	Falta de equipamento	Filipa p24g1 - também, nos falta equipamento, ou seja, sempre que isto…. nós não temos uma câmara
		António p5g1 – é muito difícil ter essas tecnologias mesmo nos dias de hoje para algumas pessoas especialmente, com dificuldades sociais e financeiras
		Maria p6g1 – da acessibilidade que a nossa população não tem aos recursos de computador porque a minha população onde estou inserida é muito idosa
	Acesso a tecnologia	Maria p2g2 - podermos ter agora mais recentemente o acesso

		a câmeras e a tecnologias
		Cristina p4g2 - não tenho esses meios também é uma limitação
		Miguel p4g2 - a videoconferência ainda não pude usufruir dela fruto de limitações da tecnologia.
		Francisco p10g2 - Não sei se pessoas com menos estudos, com mais dificuldades nas novas tecnologias, conseguem criar estas condições
		Maria p17g2 - Precisávamos de uma câmara com tripé com uma ligação a um computador portátil e uma ligação wireless e precisávamos disso tudo
	Robustez da infraestrutura	Miguel p4g2 - Qualquer modelo de teleconsulta está sempre dependente da robustez da infraestrutura
Tecnologia como meio de comunicação	Comunicação por tecnologia	Filipa p3g1 - comunicação por e-mail ou por mensagem sempre fez parte da minha prática clínica e continua a fazer
		António p6g1 - contacto com os próprios médicos que referenciavam os utentes, <u>muitos vezes trocávamos e-mails ou até por chamada</u>
		Maria p6g1 – é uma mais valia comunicar com o utente através de telechamada ou telessaúde
	Acesso remoto – **contacto remoto**	Francisco p5g2 - uma chamada telefónica, uma videochamada poderá ajudar
	Contacto telefónico – **contacto remoto**	Maria p2g2 - embora pelo telefone eu penso que também conseguimos chegar aos utentes
		Cristina p3g2 - tenho feito também muitas avaliações através do telefone
	Videochamada – **contacto remoto**	Maria p8g2 - ~~eu acho que realmente por videochamada podemos nos casos de baixo risco,~~ pode ser de facto uma solução muito perto do contacto
	Tecnologia como recurso	Rogério p4g1 - a tecnologia é sempre um recurso muito importante e que nos facilita a vida, a comunicação, o contacto com toda facilidade
TEMA 2		
TEMA	**Código inicial**	**Transcrição**
Opção de escolha	Opção de escolha	António p16g1 - sentir-me-ia muito mais confiante em oferecer este tipo de serviços, se tivesse a certeza que o utente concordou e aceita que este serviço seja feito remotamente
		António p16g1 - e para essas pessoas haver sempre a possibilidade de haver algo mais presencial
Confidencialidade	Confidencialidade	Filipa p12g1 - a verdade é que o doente não tem obrigação nenhuma de dizer perante uma pessoa que não tem, em bom rigor sigilo profissional, a sua história clínica, não é?
		Paulo p12/13g1 - se, a teleconsulta seria feita de forma que fosse segura e confidencial
		Rogério p13g1 - eu não tenho problema com essa questão da segurança, de utilizarem a minha imagem
		António p16g1 - E para além disso utilizar um serviço que seja muito seguro em termos daquilo que é a confidencialidade das pessoas
Formato complementar	Formato complementar	Rogério p5g1 - pode ser utilizado e deve ser de forma complementar
		António p5g1 - concordo com o que o ROGÉRIO disse em ser algo complementar

		António p5g1 - concordo plenamente que a teleconsulta funciona de forma complementar muito bem
		Isabel p7g1 - Mas faz-me sentido que seja uma coisa híbrida eventualmente
		Isabel p8g1 - Mas eu acho que de uma forma híbrida faz-me sentido
		António p17g1 - ter um serviço presencial, sempre que há algumas partes de qualquer intervenção que eu faça que podem sempre se feitas remotamente.
		António p5g1 - no contexto do projeto SPLIT várias partes são feitas já remotamente e certamente existe algo a melhorar mas sem dúvida que neste momento já existe um bom início em termos de se poder começar a oferecer serviços remotos
		Maria p6g1 - porque não também fazer agilizando de modo a que este projeto fosse fazendo algumas partes, até mesmo na área da avaliação do risco por exemplo
		Rogério p19g1 - fiz muito trabalho em casa e isto foi muito importante mas não substitui de forma alguma as mãos, o contacto, a palavra, o olhar clínico do fisioterapeuta
		Francisco p15g2 - eu julgo que a parte destas teleconferências introduz-se bem nesse programa portanto depois era uma continuidade não é
Segurança	Segurança	Filipa p3g1 - não nos sentimos muito confortáveis nisso nem clinicamente nos sentimos muitos seguros
		António p5g1 – fico sempre na dúvida se será o suficiente
		Filipa p3g1 - percebo que se tenha de oferecer outras opções agora enquanto profissional de saúde é uma posição muito desconfortável para mim
		António p16g1 - as questões da segurança é algo que me preocupa imenso
		Miguel p4g2 - sentimos maior segurança
	Segurança ~~vs suporte clínico~~	Paulo p12g1 – o meu foco principal seria conseguir obter informação médica e suporte médico
	Idade	Isabel p14g1 - Se for uma pessoa jovem sem problemas de saúde importantes
	Comorbidade	Isabel p14g1 - Se for uma pessoa de mais idade, se tiver outros problemas
	Depende da condição	Filipa p15g1 - Também depende um pouco da patologia
	Características da pessoa	Isabel p14g1 - depende mais do tipo de pessoa que está a recorrer a esse tipo de tratamento
	idade	Maria p15g1 - E tem muito a ver connosco como profissionais e com o utente que temos à frente, se é mais jovem se é menos jovem
	Idade jovem	Miguel p4g2 - no adulto jovem entre os 18 e 65 anos é possível que consigamos fazer uma consulta por essa via
	Condições para ser atendida	Isabel p14g1 - acho que ai depender muito da pessoa que está a ser tratada … Ahh para se tentar avaliar se tem condições ou não de ser atendido em segurança via remota
	Confiança	Maria p3g2 - na confiança que o utente terá a ouvir as nossas palavras
		Francisco p6g2 - sim, sim, sim, sim teria confiança, sim.
		Miguel p6g2 - não sentiria confiança precisamente, não pela

		parte da anamnese, mas pela parte do exame físico
	~~Segurança no~~ Diagnóstico **remoto**	Maria p15g1 – e cá está, é aquela insegurança "Será que eles o diagnosticaram bem?"
	Curta duração / segurança	Maria p15g1 – uma teleconsulta de seis minutos como é que eles conseguem ver o que é que o utente tem.
Estabelecer ligação presencialmente	Primeiro contacto / base presencial	Isabel p14g1 - especialmente se fosse o primeiro contacto e não tivesse feito ainda nenhum tipo de tratamento destes, poderia não conseguir perceber
		Filipa p14/15g1 - o grande perigo é o primeiro contacto ser remoto e isso, sim, não me faz qualquer tipo de sentido
		Filipa p15g1 - sentir-me-ia muito desconfortável que não houvesse uma base presencial neste outro seguimento
		Maria p15g1 - O primeiro contacto ser sempre presencial, e depois todos os outros
		Rogério p16g1 - o primeiro contacto tem de ser como médico
		Isabel p7g1 - se aplicarmos isso à parte da medicina física e reabilitação se calhar tendo uma parte inicial presencial
		Francisco p15 g2 - Creio que a fase inicial do processo, deve ser sempre presencial
	Relação de base	Filipa p14g1 - são pessoas que eu já conheço a algum tempo e com as quais já tenho algum tipo de relação
		Miguel p4g2 - eu estou no segundo ano de uma nova lista portanto não conheço a maioria dos utentes
		Filipa p15g1 - o tipo de relação que eu tenho com essas pessoas, não é, e o conhecimento de base que tenho com elas não foi feito presencialmente
	Empatia	António p25g1 - estamos habituados e aprendemos com a experiência a ser empáticos e a tocar…. a permitir criar um ambiente para que a pessoa exponha aquilo que está a sentir
		Francisco p16g2 - primeiro tem de haver empatia entre as pessoas
	troca e a partilha de saberes e conhecimento – **Contacto presencial**	Rogério p4g1 - é muito difícil perceber a comunicação e a troca e a partilha de saberes e conhecimento sem efetivamente este contacto
Visão	Visão	Francisco p2g2 - se for por videochamada certamente irei conseguir melhorar e manter alguns exercícios e postura
		Maria p2g2 - fazer videochamadas isso é muito facilitador é muito melhor que um simples telefonema,
		Maria p2g2 - para intervir eu penso que se tivermos acesso a vídeochamadas será benéfico
		Maria p3g2 - desta maneira nós conseguimos ter a visualização.
		Maria p8g2 - Se for só por telefone, pode acontecer não, eu não ter tanta perceção de que a minha mensagem está a ser bem
		Cristina p8g2 - não estarmos a ver se a pessoa está a fazer bem aquilo que lhe está a ser recomendado
		Francisco p9g2 - Ah o acompanhamento que o vídeo permite
	Visão **limitada**	António p5g1 – a visão entre o médico e o utente é extremamente limitado já que estamos limitados a uma câmara e a ligação por voz
		Paulo p18g1 - fisioterapeuta iria apensas ter a visão de uma

		câmara que seria apenas limitativo
Descrição de sintomas	Descrição de sintomas	Paulo p9g1 - eu oferecendo ao médico informação do que é que eu sentia, o médico identificou que poderia ser uma situação de lombalgia.
		Paulo p9g1 - Foi apenas uma descrição dos sintomas que eu sentia
		Rogério p19g1 - Eu não sei muitas das vezes explicar aquilo que sinto, porque enfim … E acredito que outras pessoas terão alguma dificuldade
	Comunicar por tecnologia – **descrição dos sintomas**	Rogério p23g1 - para mim, é muito difícil ligar para a Saúde 24, não é…. acho que isso é uma coisa estranhíssima para mim
	Receio de informação errada	Rogério p16g1 - Nós próprios enquanto utentes podemos fornecer uma informação errónea e podemos destruir tudo, não é
Contacto físico	Contacto físico	Paulo p17/18g1 - não sei até que ponto seria possível faze-lo remotamente, já que envolve o próprio fisioterapeuta a estar em contacto com o utente
		Paulo p18g1 - parte delas envolveram o próprio contacto do fisioterapeuta e a manipulação física,
		António p7g1 - durante o exame objetivo, de durante a terapia manual ou durante o corrigir e ensinar determinados exercícios
	contacto físico / Terapia manual	Maria p3g2 - pode haver a necessidade de fazer uma intervenção mais ao nível da terapia manual
		Cristina p4g2 - a nível da terapia manual também teria essa limitação
	Contacto físico / Exame físico	Miguel p4g2 - descartar algumas bandeiras vermelhas que nós sentimos maior segurança se o fizermos com um exame físico ou presencial
		Miguel p4g2 - No entanto preciso sempre do exame físico e isso é uma grande limitação
		Francisco p4g2 - eu acho que julgo que a parte física aqui é muito importante
	Contacto físico / Apoio exercícios	Francisco p9g2 - há exercícios que certamente têm de ser adaptados, porque a pessoa não os consegue fazer sozinhos.
		Francisco p13g2 - há certos exercícios que têm de ser mesmo com a intervenção do fisioterapeuta
	Contacto físico /monitorização	Miguel p14g2 - se não tiver lugar a uma manipulação ou um ato presencial, penso que o contacto à distância pode ser a grande mais valia
Mecanismo de feedback	Guia com indicações	Paulo p18g1 - indicações certas de como é que estes exercícios se fazem, visto que nem sempre é fácil lembrar todos os detalhes
	Necessidade de correção / feedback - **mecanismo de feedback**	Paulo p22g1 - indicadores para relembrar facilmente se eu estou a fazer isto bem e conseguir executar os exercícios de forma correta
	Necessidade de correção / feedback – **mecanismo de feedback**	Paulo p18g1 - se eu estaria a fazer os exercícios corretamente e se eu teria de alguma forma a fazer o exercício estando a posicionar o meu corpo de alguma forma que não fosse correto ou que até fosse pior para mim
	Receio de erro – **mecanismo de feedback**	Francisco p2g2 - o meu receio é poder começar a cair para uma tendência de erro, não tenho acompanhamento e qualquer

		dia já estou é a fazer mal
	Correção exercícios – **mecanismo de feedback**	Francisco p2g2 - quando tinha as sessões presenciais havia sempre a correção
	Correção exercícios – **mecanismo de feedback**	Francisco p10g2 - verificar se eu estou a fazê-los bem.
	Indicação verbal **é** insuficiente ~~para correção~~	Paulo p18g1 - por mais indicação verbal que seja possível dar, sobre qual é a posição em que o corpo deve estar ou o que é que o utente deve estar a sentir
Acompanhamento remoto	Orientação - **Acompanhamento**	Rogério p4g1 - ~~temos de ser autónomos~~, com orientação evidentemente
	Acompanhamento remoto	Rogério p10g1 – Telefonema, Whatsapp, isso foi tudo uma prática regular e funcionou muitíssimo bem na minha opinião
		Maria p15g1 - haver depois uma supervisão desses exercícios por telesaúde
	educação remota – **acompanhamento remoto**	António p17g1 - para essas pessoas, em que a sessão que nós oferecemos, é apenas uma sessão de tratamento também pode ser perfeitamente feito apenas online
	Intervenção remota - **acompanhamento remoto**	António p17g1 - para algumas pessoas, eu acredito que seria muito mais benéfico para elas receber este tipo de intervenção à distância e não ter que se descolar
	Ensino à distância - **acompanhamento remoto**	Cristina p3g2 - há muita informação que logo nesse primeiro telefonema é dada ao utente, ensinos
	Orientar à distância - **acompanhamento remoto**	Cristina p4g2 - orientar os utentes em termos de exercício ~~através da videochamada~~
	Orientar exercícios - **acompanhamento remoto**	Cristina p8g2 - poderemos conseguir melhor orientar em termos do que lhe é pedido para fazer, em termos de exercício
	Acompanhamento remoto – **orientar exercícios**	Maria p3g2 - fazer um acompanhamento e de dar aqui alguma monitorização relativamente aquilo que são os exercícios corretos e não corretos
	Acompanhamento remoto	Maria p11g2 - componente do online ou da orientação á distância
	Contacto periódico - **acompanhamento remoto**	Isabel p19g1 - esse contacto periódico poderia ajudar a relembrar algumas coisas se a pessoa se tivesse esquecido, ou até introduzir outras que, entretanto, se vissem a ser necessárias
	Acompanhamento remoto – **acompanhamento personalizado?**	Miguel p10g2 - que continue a ser a relação direta entre profissional e utente e não um automatismo da tecnologia
	Reservas de partilhar – **o à vontade**	António p17g1 - pessoas podem ter mais reservas de partilhar … Para estas pessoas acredito que é difícil estar a partilhar estas coisas a frente de uma câmara
	À vontade	Maria p15g1 – Há profissionais que também se sentem muito à vontade com uma chamada deste tipo, não é … E há outros profissionais que não se sentem de modo algum à vontade
		Francisco p16g2 - para se ganhar o à vontade
	Comunicação por tecnologia – **à vontade**	Rogério p4g1 - comunicar com câmaras não é de facto uma prática que me seduza minimamente
	Conhecimento tecnológico – **à vontade**	António p5g1 - eu tenho conhecimento a nível tecnológico porque é a minha área de trabalho e eu tenho socialmente bastante experiência em termos de ter ligação remota
NOTA: os últimos 4 códigos estão também no tema 5 – a esclarecer na discussão!!!		

TEMA 3		
TEMA	**Código inicial**	**Transcrição**
Monitorização	Monitorização (acompanhamento no tempo)	Paulo p21g1 - o acompanhamento após a alta parece-me que é o que na parte toda da telereabilitação ou da telemedicina, pode funcionar melhor
		António p20g1 - ter este acompanhamento no longo-prazo, quer pelo fisioterapeuta, quer pelo médico seriam muito benéficos
	Monitorização na reavaliação – **Evolução da condição**	Maria p13g2 - aproveitamos esse momento mais formal da avaliação, que no fundo acaba por ser a monitorização da condição e dos seus sintomas
	Identificação de recorrências - **monitorização**	António p20g1 - será que voltou a haver algum episódio
		Maria p13g2 - durante estes tempos de reavaliação identifiquei uma ou outra situação
	Evolução da condição - **monitorização**	Maria p20g1 - em termos da monotorização a ter ah, esta , esta forma de perceber, se há continuação ou não
	Começar a perder os utentes	António p20g1 - nós deixamos de ter fora de acompanhar o utente
	Contacto após alta	Paulo p21g1 - o útil teria sido, efetivamente ter o contacto mais frequente
	Sentir-se cuidado	Rogério p22g1 - eu senti-me cuidado também, com esse último contacto
		Maria p20g1 - uma forma também de ele sentir que está a ser cuidado, por nós, e que não está esquecido, não é?
		Maria p3g2 - sinto que eles ficam muito agradados no sentido de sentirem que têm o acompanhamento
		Maria p13g2 - as pessoas sentem-se confortáveis por nós estarmos a perguntar sobre a sua condição
		Miguel p14g2 - e ao utente também lhe dá um conforto e uma sensação de que os profissionais chegam até ele
Potenciar a autogestão	Motivar o utente	Maria p20g1 - o motivar até o próprio utente para continuar a fazer o seu exercício, a sua vida ativa
		Maria p21g1 - um sistema apelativo para o utente fazer e dar continuidade à, à sua reabilitação
		Filipa p19g1 – uma forma de manter as pessoas motivadas de alguma forma neste âmbito
	Adesão	Maria p3g2 - quando cumprem as recomendações e tentam cumprir com as recomendações eu acho que acabam por ter melhoria
	Adesão à intervenção / autogestão	Maria p12g2 - pessoas com grande nível de adesão à intervenção, são pessoas que têm uma capacidade de autogestão
	Capacitar utente	Maria p9g2 - o grau de autoeficácia e confiança que nós vamos querer que os utentes adotem
	Devolver autonomia/autogestão	Maria p11g2 - devolver ao utente alguma maior responsabilidade por si próprio e pela gestão dos seus próprios problemas
		Maria p11g2 - talvez aqui mais à distância possa ser uma oportunidade para imprimir maior responsabilidade ao utente
	Autonomia (promover a autonomia do utente)	Rogério p4g1 - é uma componente que também favorece/facilita a autonomia,
	Prevenção	Isabel p19g1 - manter alguns comportamentos que ajudam que

		não tenham um novo episódio
		Paulo p21g1 - eu apenas continuei os exercícios durante a altura em que foi necessária
		Francisco p2g2 - em casa ainda tenho a rotina, não todos mas alguns exercícios que ainda faço
Reforço das indicações	**Reforço educação** – ensino à distância	Francisco p9g2 - portanto às vezes é muito fazer aqui o *remember* para não deixarmos de ouvir esta conversa
	Reavaliação / reagendar – **reforço da educação**	Maria p13g2 - aproveitamos para dar mais estratégias se forem necessárias ou até reagendar alguma consulta presencial
	Reforço da educação	Maria p13g2 - essas monitorizações podem ser (…) que têm existido, eu acho que são úteis para reforçar as indicações
	Acompanhamento periódico – **reforço da educação**	Francisco p10g2 - eu com o acompanhamento periódico, a chamarem-me a atenção de comportamentos que eu tenho e que certamente errados
	Reforço da educação	Miguel p14g2 - se a monitorização não implica um ato terapêutico, implica mais uma chamada de atenção
Comunicação entre intervenientes	Comunicação utente - profissional	Rogério p22g1 - trocar umas, umas impressões sobre esse assunto não, não nos fariam, a mim não faria mal nenhum
		António p6g1 - contacto frequente com os utentes através de mensagens ou enviar vídeos,
		Paulo p21g1 - se tiver mais questões sobre como é que deve fazer exercícios ou se tiver alguma mudança de, que sente, poder ter esse contacto com o fisioterapeuta
		António p7g1 - existir um serviço em que nós utilizávamos a tecnologia que fosse tudo mais autónomo de enviar exercícios para o utente realizar, de enviar mensagens de ter aqui uma via mais fácil de comunicar também com os médicos, com os outros colegas
		Cristina p15g2 - o utente aproveita para colocar algumas dúvidas…. consegue-se recolher a informação necessária.

TEMA 4

TEMA	**Código inicial**	**Transcrição**
Acesso a dados remotos	informação prévia à consulta	Maria p2g2 - não só ao nível de avaliação prévia para estabelecer o nível de risco
		Cristina p3g2 - facilita o processo de avaliação que é mais rápido
		Cristina p6g2 - a segunda sessão é muito mais rápida
	Informação prévia	Maria p11g1 - Já saberem para o que veem, não é?
	Acesso prévio à informação	Filipa p12g1 - A menos que o doente me envie um e-mail a dizer: … e eu agendar essa consulta.
	Triagem remota / **priorização**	Maria p6g2 - Poderia fazer nos pensar na… em processos de priorização de casos a chamar, por exemplo
	Priorizar	António p11g1 - dar resposta àqueles casos mais urgentes
	Triagem presencial – **poupança de tempo**	Cristina p6g2 - demorava muito mais tempo a fazer a primeira consulta quando ela era toda presencial
	Intervenção + rápida – **poupança de tempo**	Cristina p4g2 - permite uma intervenção mais rápida.
	Informação da referenciação	Maria p6g2 - não são observações que estejam estruturadas
		António p11g1 - já recebendo a informação do médico, já ajuda imenso
	Repetição de informação - **Informação referenciação**	Rogério p18g1 – eu já tinha falado com a médica e porque é que eu estou a dizer isto outra vez

	Verificar informações - **Informação referenciação**	Rogério p19g1 – Eu podia ter preenchido um questionário e nesse contacto o fisioterapeuta poderia ter aferido se eu tinha sido correto
	Comunicação entre profissionais	António p7g1 - ter aqui uma via mais fácil de comunicar também com os médicos, com os outros colegas
		Miguel p18g2 - como que também fazer o balanço do próprio circuito.
		Maria p18g2 - Mensagens internas ou isso.
	Estrutura **de comunicação**	António p6g1 - só que sempre senti que era algo pouco estruturado
	Estrutura comunicação	Maria p16g2 - alguma forma mais estruturada e estudada que seja mais efetiva para trasmistir
	Recolha de dados prévios à consulta	António p11g1 - Isso é algo que pode perfeitamente, e que rentabilizaria muito o tempo, se o utente pudesse preencher em casa remotamente, e essa informação já chegasse até a mim
		António p17g1 - eu acho que pode ser feita 100% online, em que a pessoa preenche um determinado conjunto de questionários
		Paulo p17g1 - Existe o potencial para o questionário ser feito previamente até e imagino que até facilitasse algumas situações
		Rogério p18g1 - o preenchimento daqueles questionários não me parece muito complexo, não exige grandes literacias literárias e penso que sim, que era perfeitamente possível preenche-los
		Paulo p21g1 - fazer outra vez os questionários, que podiam ser efetivamente feitos… ah… de alguma forma remotamente
	Escolher o horário	António p11g1 – agendamentos onde posso escolher o horário que me dá mais jeito
		Filipa p12g1 - não é sempre no mesmo horário, portanto a marcação pelo horário, penso que poderá ser feita
	Agendamento remoto	Filipa p8g1 - pode ser agendada telefonicamente para o dia, não é?
		António p11g1 - Eu lembro-me que algumas pessoas referem que marcavam a consulta online
		Filipa p12g1 - O agendamento por e- agenda, está disponível na plataforma do SNS e todos nós temos dentro do nosso horário, um número de vagas
		Rogério p10g1 – os agendamentos pontuais, semanais ou quinzenais, o acompanhamento, isso é perfeitamente passível de ser feito
		Miguel p5g2 - Pronto, a tentativa de contacto telefónico é sempre um pandemónio
	Agendamento/acesso remoto	Miguel p5g2 - é mais uma forma de comunicação com a unidade

TEMA 5

TEMA	**Código inicial**	**Transcrição**
Necessidade de adaptar a comunicação	Comunicação não verbal	Filipa p3g1 - não conseguimos perceber bem a expressão facial confesso que é uma coisa que me constrange
		Isabel p22g1 - nós utilizamos muito os gestos não é, e utilizamos … vemos que a pessoa está a olhar para nós e a compreender o que estamos a dizer ou não
		Miguel p16g2 - há tempos e cedências que se conseguem ganhar…. havendo a componente da comunicação não verbal

		Maria p8g2 - Se eu tiver presencialmente, posso mais depressa perceber por linguagem não verbal até, não é?
	Adaptação ~~natural~~	Paulo p23g1 - se existe uma necessidade de adotar alguma competência, comunicação é algo que é desenvolvido, pode ser desenvolvido
		Paulo p24g1 - em termos de videochamada, não me parece que seja necessário alguém das… das competências técnicas necessárias mas a parte de comunicação em si, não me parece que seja muito diferente
		Maria p16g2 - pode acontecer naturalmente
		Francisco p16g2 - de uma forma quase automática, todos nós temo-nos vindo a adaptar
		Cristina p17g2 - Eu penso que é com o treino
		Maria p8g2 - eu sou a mesma pessoa presencialmente ou não presencialmente, a mensagem é a mesma.
	Desenvolvimento de competências	Rogério p23g1 - acho que são, são meios muito diferentes e exigem de facto uma literacia, competências ou desenvolvimento de competências
		Filipa p24g1 - em termos do Serviço Nacional de Saúde, além de competências e formação em teleconsulta ou em comunicação neste âmbito que claramente nos falta
		Paulo p24g1 - efetivamente existe um conjunto de leque de competências que é necessário a pessoa ter em geral….
		Cristina p8g2 - Não é a mesma coisa do que estarmos em frente à pessoa a exemplificar
		Miguel p16g2 - a comunicação por via conferência ou por telefone exige uma disciplina diferente
		António p25g1 – um serviço, seja capaz também de nos formar e de vos ensinar como é que nós podemos potencializar estas questões da comunicação
		António p25g1 - seria preciso nós aprendermos, enquanto profissionais de saúde…. tentar aqui demonstrar de alguma forma a nossa empatia e as, e os nossos soft skills ao utente
		Miguel p16g2 - e é possível que isso tenha de ser ganho com experiência ou com alguma educação formal.
	Mensagem	Maria p9g2 - se nos centrarmos na mensagem, que a mensagem é de facto muito importante para estes utentes
		Maria p9g2 - numa boa mensagem centrada nas estratégias que o utente tem de fazer para gerir a sua dor e melhorar, e melhorar
	Dificuldades auditivas	Miguel p4g2 - a comunicação por dificuldades auditivas é grande e aí a própria teleconsulta pode ficar comprometida
	Capacidade de entendimento	Maria p8g2 - capacidades que também o recetor tem ou não de apreender a mensagem
		Miguel p5g2 - caso não haja nenhuma dificuldade de comunicação ou entendimento da mensagem pelo utente, é relativamente simples a utilização da teleconsulta
	Entendimento das indicações	Isabel p14g1 - poderia não conseguir perceber, e aí eu acho que poderia haver algum risco de, não sei se de agravar ou se não melhorar
	Reservas de partilhar – **o à vontade**	António p17g1 - pessoas podem ter mais reservas de partilhar … Para estas pessoas acredito que é difícil estar a partilhar

		estas coisas a frente de uma câmara
	À vontade	Maria p15g1 – Há profissionais que também se sentem muito à vontade com uma chamada deste tipo, não é … E há outros profissionais que não se sentem de modo algum à vontade
		Francisco p16g2 - para se ganhar o à vontade
	Comunicação por tecnologia – **à vontade**	Rogério p4g1 - comunicar com câmaras não é de facto uma prática que me seduza minimamente
	Conhecimento tecnológico – **à vontade**	António p5g1 - eu tenho conhecimento a nível tecnológico porque é a minha área de trabalho e eu tenho socialmente bastante experiência em termos de ter ligação remota
NOTA: os últimos 4 códigos estão também no tema 2 – a esclarecer na discussão		

8 – Escrita de nova narrativa (explorada) e nomeação dos temas identificados.

Narrativa explorada:

- TR poderá facilitar o acesso aos cuidados de saúde

A prestação de cuidados de saúde por telereabilitação/telessaúde permite ao utente ter o acesso a cuidados sem a necessidade de se deslocar à unidade de saúde. Além da poupança de tempo por ausência de deslocação, esta forma de prestação de cuidados poderá melhorar o acesso à saúde quer para pessoas com mobilidade reduzida quer para pessoas com horários incompatíveis com os horários de funcionamento da unidade de saúde.

Este formato apresenta-se também como uma oportunidade de manter o acesso aos serviços de saúde, em situações em que se verifiquem riscos acrescidos à prestação de cuidados em modo presencial, tal como o atual estado pandémico da COVID-19.

A utilização de tecnologias de comunicação remota na telereabilitação/telessaúde facilita o contacto à distância entre o profissional e o utente. Assim, este modelo está dependente da robustez da infraestrutura e do próprio acesso às tecnologias de comunicação. A inexistência de equipamentos tecnológicos nas unidades de saúde, as dificuldades socioeconómicas ou características demográficas dos utentes (ex. população envelhecida) podem condicionar o acesso às tecnologias de telecomunicação e constituir uma barreira à implementação de modelos de prestação remota de cuidados de saúde.

- Telereabilitação – um modelo híbrido/segurança

A ausência de contacto físico entre o profissional e o utente num modelo de telereabilitação/telessaúde não confere segurança clínica aos intervenientes. Deste modo, um serviço de telereabilitação/telessaúde poderá funcionar através de um formato híbrido, com uma

componente inicial presencial, desde que prestado perante a concordância do utente e respeitando sempre a sua confidencialidade.

A componente presencial que decorre no início do processo, servirá para que seja estabelecida uma relação empática entre o utente e o profissional, proporcionando um maior à vontade na comunicação por meios tecnológicos entre estes, e também para o profissional conhecer a história clínica do utente. Este conhecimento assume especial relevância em utentes com idade mais avançada e/ou apresentem condições clínicas concomitantes. Adicionalmente a execução de um exame físico confere maior segurança ao clínico para o estabelecimento do diagnóstico, uma vez que apenas a descrição de sintomas pelo utente parece ser considerada insuficiente e também o utente tem receio de fornecer informações erradas.

Em termos não presenciais o estabelecimento de ligação com o utente por meios de comunicação remotos permite que se efetue um acompanhamento de intervenção à distância quando não existir a necessidade de aplicação de técnicas que exijam o contacto físico, como a terapia manual. Este acompanhamento remoto poderá decorrer através de contactos com um sistema de ligação por imagem para a partilha de conteúdos educacionais, supervisionar e orientar a execução das atividades/exercícios. Será também importante a disponibilização de mecanismos de feedback que orientem o utente na execução das atividades e o assegurem da sua correta execução. Esta forma de acompanhamento deverá de alguma forma ser personalizada/representar a relação presencial entre o utente e o profissional.

- Extensão dos cuidados de saúde

Com o acompanhamento à distância é incutida ao utente uma maior responsabilidade na gestão da sua condição. Portanto, este formato exige uma maior capacidade de adesão do utente às recomendações transmitidas. Uma forma de potenciar esta autogestão será através de um sistema de monitorização com um acompanhamento prolongado no tempo, como através do estabelecimento de contactos periódicos para reforço das indicações e motivar o utente a manter comportamentos que visem a prevenção de novos episódios.

Manter a comunicação entre o profissional e o utente ao longo do tempo com a possibilidade de troca/registo de informações como mudanças no estado clínico do utente, e de partilha de conteúdos informativos, em que o utente tem também a possibilidade de iniciar o contacto com vista a esclarecer as suas dúvidas, permite reduzir a perda de contacto com utente após a alta clínica e transmite ao utente um sentimento de apoio profissional permanente.

Através de um sistema de monitorização com estas características é possível ao profissional acompanhar com proximidade aquela que será a evolução da condição atual e/ou identificar recorrências precocemente e inclusive reagendar uma nova avaliação presencial.

- Acesso a dados remotos

Apesar da existência de diferentes formas de contactar a unidade de saúde, este contacto nem sempre é fácil. Assim, oferecer a possibilidade de contacto por serviços remotos que facilite este contacto será uma mais valia, nomeadamente, para o agendamento de consultas oferecendo a possibilidade de o utente escolher um horário mais adequado à sua disponibilidade.

Esta forma de contacto remoto com a unidade poderá também oferecer a possibilidade de o utente preencher um conjunto de questionários remotamente antes da consulta agendada, seja esta inicial ou não, para efeitos de recolha de dados clínicos relacionados com os seus sintomas. O acesso a este conjunto de dados antes do contacto com o utente e a permanente comunicação entre os profissionais, através da partilha de informações estruturadas, facilitam o processo de avaliação [(caracterizar a condição do utente (estabelecer o nível de risco)], evita a duplicação de informação fornecida pelo utente e permite que a consulta seja desde logo mais direcionada às necessidades do utente (à intervenção). Com estas informações poderá ainda ser possível a identificação de casos mais urgentes, funcionando assim como um processo de priorização de atendimento.

- Adaptação da comunicação

Os meios de comunicação tecnológicos que possibilitam a telereabilitação/telessaúde exigem um conjunto de competências quer técnicas para o estabelecimento da ligação remota quer não técnicas como as soft skills de comunicação e empatia. Ambas podem ser desenvolvidas naturalmente através da prática/experiência/treino, porém, a sua aquisição por educação formal poderá facilitar o processo de adaptação.

Relativamente às estratégias/soft skills de comunicação é necessário que estas suprimam a ausência de linguagem não verbal, de modo que o profissional tenha a perceção de que o utente está a compreender as informações que lhe estão a ser transmitidas, eventualmente suprimir dificuldades de comunicação do utente, como dificuldades auditivas. E ainda criar um ambiente em que utente e profissional se sintam confortáveis na comunicação através dos meios telecomunicação.

8 – Após reunião, confrontação das narrativas e reflexão dos investigadores houve uma **reestruturação dos temas e subtemas,** a qual resultou no mapa temático abaixo demonstrado (figura 1)**.** Com base neste novo mapa procedeu-se à escrita dos resultados do presente estudo.

Desta reflexão resultou ainda que a informação: "A prestação de cuidados de saúde por telereabilitação/telessaúde permite ao utente ter o **acesso a cuidados** sem a necessidade de se deslocar à unidade de saúde. Além da poupança de tempo por ausência de deslocação, esta forma de prestação de cuidados poderá melhorar o acesso à saúde quer para pessoas com mobilidade reduzida quer para pessoas com horários incompatíveis com os horários de funcionamento da unidade de saúde.", não seria incluída por se tratar de uma vantagem/característica implícita a modelos de TR e por não se enquadrar com os objetivos específicos do presente estudo.

Quanto à informação: "Este formato apresenta-se também como uma oportunidade de **manter o acesso aos serviços de saúde**, em situações em que se verifiquem riscos acrescidos à prestação de cuidados em modo presencial, tal como o atual estado pandémico da COVID-19.", optou-se pela não inclusão por se tratar de uma condição que apesar de ter despoletado a utilização da TR, antes desta já existia interesse no desenvolvimento de programas de intervenção por telereabilitação. Portanto, apesar de ser vantagem o seu caracter passageiro não justifica por si só o desenvolvimento de programas de TR.
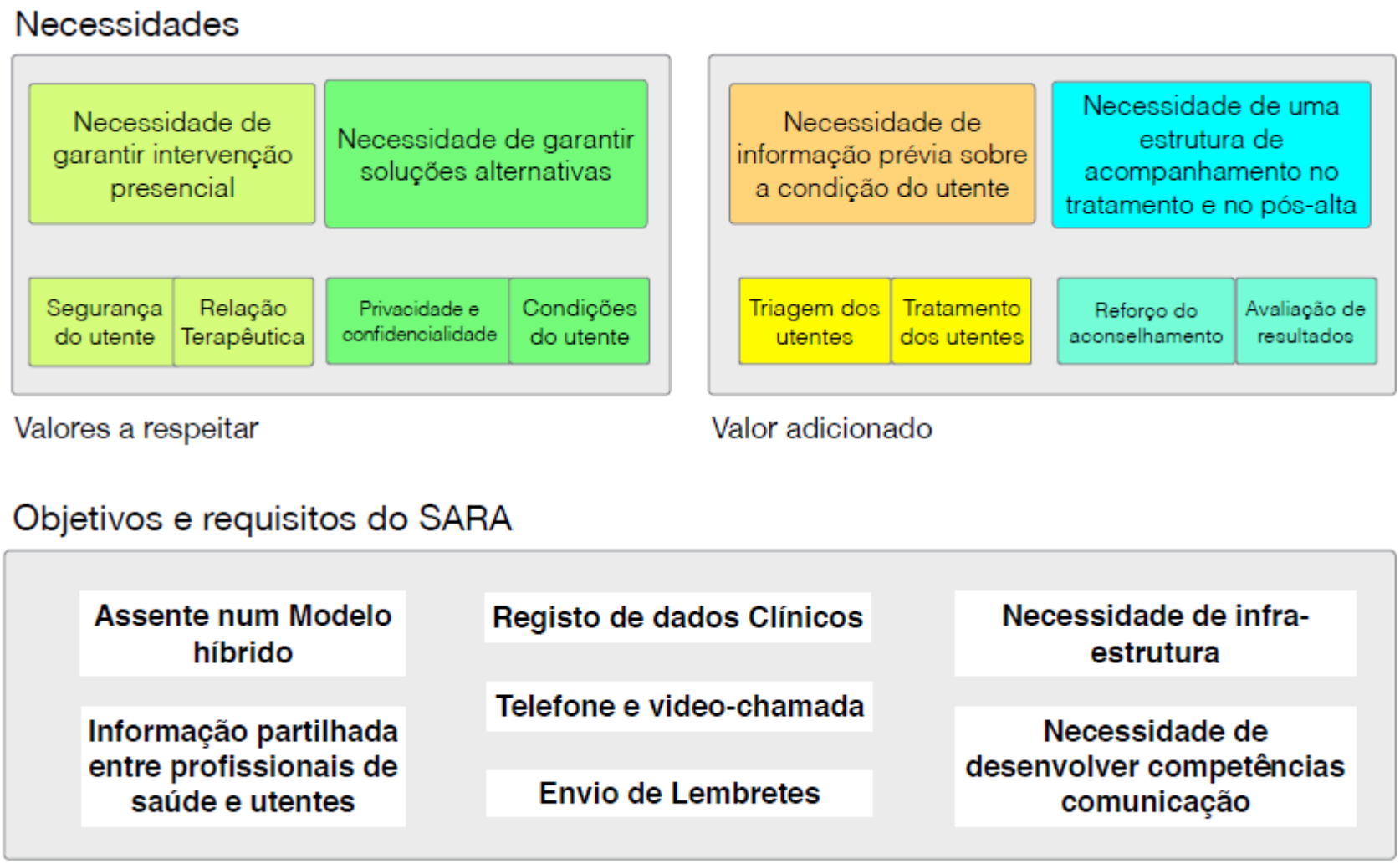
Figura 1 - Mapa temático