



DIREITO E FISIOTERAPIA: REFLEXÕES ACERCA DOS ATENDIMENTOS FISIOTERÁPICOS NÃO PRESENCIAIS À LUZ DO DIREITO À SAÚDE DO PACIENTE EM TEMPOS PANDÊMICOS

Gustavo Poloni SOARES¹
Vitoria Ferreira FIORINDO²

RESUMO: A presente pesquisa analisa a viabilidade do atendimento fisioterapêutico não presencial à luz do direito à saúde e a dignidade do paciente. Em tempos pandêmicos, há uma necessidade premente de que os órgãos responsáveis pelas demandas prestacionais na área de saúde busquem, de forma eficiente, viabilizar um tratamento que atenda às reivindicações sociais. No entanto, os efeitos gerados pela pandemia requeiram cautelas na adoção de políticas públicas, vez que o isolamento social tem provocado, em grande parte da população mundial, um colapso mental, com recorrentes crises de pânico, ansiedade, insegurança e tantos outros males não queridos. Para o exame da hipótese acima apresentada, foi efetuada abordagem metodológica de revisão bibliográfica, consulta à legislação pátria e estrangeira, bem como a aplicação do método dedutivo.

Palavras-chave: Direito à Saúde. Pandemia. Atendimento não Presencial. Dignidade da Pessoa Humana. Estado Mental.

1 INTRODUÇÃO

A pandemia do novo coronavírus abalou os alicerces da sociedade. A substituição compulsória do contato constante entre as pessoas pelo isolamento social não foi facilmente digerida pela população mundial. A interferência no estado emocional dos cidadãos tem se mostrado um dos efeitos mais nocivos deste atual cenário pandêmico.

Com a suspensão dos contatos físicos, diversas áreas profissionais viram-se coagidas a adoção de políticas públicas específicas e adequadas ao novo modelo de socialização.

¹ Discente do 5º ano do Curso de Direito do Centro Universitário Antonio Eufrásio de Toledo de Presidente Prudente. E-mail: gustavo_ps10@hotmail.com.

² Discente do 4º ano do Curso de Fisioterapia da Universidade do Oeste Paulista. E-mail: vitória_fiorindo@hotmail.com.

A ciência fisioterapêutica não ficou imune. Sendo uma das áreas que mais carecem do contato físico, automaticamente fora uma das mais afetadas com a pandemia que tem como principal característica o isolamento social. O Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional editou, nos idos de março de 2020, uma Resolução permitindo que os fisioterapeutas adotassem o sistema de atendimento não presencial.

De fato, as reivindicações sociais foram atendidas. No entanto, trata-se de medida temporária, que pode ser revogada a qualquer momento pelo referido Conselho Federal.

O presente trabalho objetivou, ante as questões acima ventiladas e respaldado no método dedutivo, analisar o caráter temporário do sistema de atendimento não presencial, vez que, em algumas situações, a revogação de tal medida poderá apresentar-se como manifestada desumana, em nítida violação ao direito à saúde, à dignidade da pessoa humana e, precipuamente, ao Estado Democrático de Direito.

2 DAS ATRIBUIÇÕES DO COFFITO

O Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO, é uma autarquia federal, criada pela Lei nº 6.316, de 17 dezembro de 1975, incumbida, constitucionalmente, de normatizar e exercer o controle ético, científico e social das profissões de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional.

De acordo com o artigo 5º, incisos II, III, VI, XI e XII, da lei ora mencionada:

Art. 5º Compete ao Conselho Federal:

II - exercer função normativa, baixar atos necessários à interpretação e execução do disposto nesta Lei e à fiscalização do exercício profissional, adotando providências indispensáveis à realização dos objetivos institucionais;

III - supervisionar a fiscalização do exercício profissional em todo o território nacional;

VI - examinar e aprovar os Regimentos dos Conselhos Regionais, modificando o que se fizer necessário para assegurar unidade de orientação e uniformidade de ação;

XI - dispor, com a participação de todos os Conselhos Regionais, sobre o Código de Ética Profissional, funcionando como Tribunal Superior de Ética Profissional;

XII - estimular a exação no exercício da profissão, velando pelo prestígio e bom nome dos que a exercem;

Nessa senda, à autarquia federal são atribuídas tarefas que, em síntese, destinam-se ao controle e fiscalização do exercício regular das profissões de fisioterapia e terapia ocupacional.

Entretanto, apesar da inegável competência do COFFITO para regular ambas as profissões, o presente trabalho cuidará tão somente do estudo da fisioterapia, em especial no seu exercício em tempos pandêmicos.

Deste modo, boa parte daquilo que compete a referida autarquia não será objeto deste ensaio, mas apenas os assuntos correlatos ao tema proposto.

Após a menção dos dispositivos legais acima e reconhecida a competência do COFFITO para editar resoluções e atos normativos relacionados às atividades fisioterapêuticas, há de se enfrentar a questão da vinculatividade das decisões emanadas da referida autarquia. Em outras palavras, questiona-se se os fisioterapeutas espalhados por todo o território nacional devem submeterem-se, ou não, ao que disciplina o órgão federal. De acordo com o artigo 9º, inciso VII, e 10º, incisos III e VI, da Resolução do COFFITO nº 424:

Artigo 9º – Constituem-se deveres fundamentais do fisioterapeuta, segundo sua área e atribuição específica:

VII – cumprir os Parâmetros Assistenciais e o Referencial Nacional de Procedimentos Fisioterapêuticos normatizados pelo COFFITO.

Artigo 10 – É proibido ao fisioterapeuta:

III – praticar qualquer ato que não esteja regulamentado pelo Conselho Federal de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional.

VI – deixar de atender a convocação do Conselho Regional de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional à que pertencer ou do Conselho Federal de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional.

Segundo os dispositivos acima, têm-se que o fisioterapeuta não apenas deve obediência às decisões do COFFITO, mas também deixar de realizar aquilo que a autarquia não regulamenta. Com isso, resta extirpada de dúvidas o poder de ingerência do COFFITO na atuação dos fisioterapeutas nacionais.

A Resolução nº 424, mencionada nas notas anteriores, regulamenta também outras situações pertinentes ao presente estudo, dentre elas, o rol de condutas que são proibidas na prática fisioterápica, tais como a impossibilidade de dar consultas ou prescrever tratamentos fisioterápicos de forma não presencial,

salvo em casos regulamentados pelo Conselho Federal de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional, nos termos do artigo 15, inciso II.

Vê-se, portanto, que de acordo com a Resolução acima mencionada o fisioterapeuta está proibido, em regra, de realizar em seus pacientes tratamentos não presenciais. Ocorre que, em razão do atual e inesperado cenário pandêmico que assola a população mundial, algumas exigências e determinações que antes estavam em plena vigência devem ser repensadas à luz da dignidade do paciente, bem como do seu direito constitucional à saúde.

Desse modo, atento às reivindicações sociais, o COFFITO editou, em 20 de março de 2020, a Resolução nº 516, a qual suspendera temporariamente o artigo 15, inciso II, da Resolução nº 424/2013.

Trata-se, como se pode notar, de uma suspensão temporária. Todavia, a experiência vivida nesses tempos pandêmicos pode, sem dúvidas, fazer com que a autarquia federal repense as condições impostas na nova lei, conforme será declinado no tópico seguinte.

2.1 Do Atendimento não Presencial

O atendimento não presencial é um gênero cujas espécies são: teleconsulta, teleconsultoria e telemonitoramento. A Resolução do COFFITO nº 516/2020, em seu artigo 2º, apresenta o conceito de tais modalidades de atendimento não presencial, dispondo que:

Artigo 2º A permissão para atendimento não presencial se dará apenas nas modalidades, teleconsulta, teleconsultoria e telemonitoramento.

§ 1º A Teleconsulta consiste na consulta clínica registrada e realizada pelo Fisioterapeuta ou Terapeuta Ocupacional à distância.

§ 2º O Telemonitoramento consiste no acompanhamento à distância, de paciente atendido previamente de forma presencial, por meio de aparelhos tecnológicos. Nesta modalidade o Fisioterapeuta ou Terapeuta Ocupacional pode utilizar métodos síncronos e assíncronos, como também deve decidir sobre a necessidade de encontros presenciais para a reavaliação, sempre que necessário, podendo o mesmo também ser feito, de comum acordo, por outro Fisioterapeuta ou Terapeuta Ocupacional local.

§ 3º A Teleconsultoria consiste na comunicação registrada e realizada entre profissionais, gestores e outros interessados da área de saúde, fundamentada em evidências clínico-científicas e em protocolos disponibilizados pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias Estaduais e

Municipais de Saúde, com o fim de esclarecer dúvidas sobre procedimentos clínicos, ações de saúde e questões relativas ao processo de trabalho.

Apesar de igualmente consideráveis, o presente trabalho não analisará a teleconsultoria, vez que não corresponde à atendimentos entre fisioterapeutas e pacientes, mas tão só entre profissionais.

Desse modo, serão estudadas as duas primeiras modalidades citadas, quais sejam, a teleconsulta e o telemonitoramento. De acordo com o artigo 3º, também da Resolução nº 516/2020, tais modalidades de atendimento não presencial podem ser realizadas de forma síncrona, que consiste na comunicação à distância entre o fisioterapeuta e o paciente em tempo real, ou assíncrona, não realizada em tempo real.

Trata-se, em verdade, não de um desejo antigo do COFFITO trazer esse formato de atendimento remoto, mas de uma necessidade imposta pela pandemia do COVID-19. Apesar da não adoção voluntária, os ensinamentos alcançados com o atendimento não presencial poderão ditar o rumo da fisioterapia brasileira, quiçá mundial.

Assim o é, pois, ainda que futuramente possa ser apresentada uma data fim para a pandemia do COVID-19, é inegável que os seus efeitos ainda serão palpáveis por um longo período pela população mundial. Cite-se, por exemplo, o uso de máscaras, de álcool gel, a recomendação à não aglomerações desnecessárias, bem como tantas outras medidas estabelecidas neste novo normal que, inegavelmente, tardarão em serem revogadas.

Em tempos de isolamento social, o ser humano tem sido confrontado diariamente em suas mazelas emocionais, em uma verdadeira guerra que lhe fora imposta sem qualquer possibilidade de escusas. O médico psiquiatra Jair de Jesus Mari (2020, n.p.) assinala que os efeitos da pandemia podem ser separados em três fases, sendo a primeira:

[...] caracterizada por uma mudança radical de estilo de vida. A primeira reação é a do medo de ser contaminado pelo vírus invisível que se aproxima. As dificuldades começam a surgir com a necessidade da redução e distanciamento do contato físico. Para nós latinos não é nada fácil deixar de se abraçar e de se tocar. [...] A primeira reação é de estresse agudo relacionado com a pandemia que ocasiona uma circunstância súbita e inesperada. O foco de apreensão é o medo de ser contaminado, o que não difere muito de situações traumáticas como um desabamento ou terremoto. A epidemia é, portanto, um forte fator de estresse que, por sua vez, é fator causal de desequilíbrios neurofisiológicos. [...] A persistência e o

prolongamento destes desequilíbrios hormonais, inflamatórios e neuroquímicos podem desencadear um transtorno mental mais grave.

O médico observou, com ímpar clareza, as consequências geradas pela pandemia no estado emocional da sociedade. Esse choque de realidade, a substituição compulsória do contato constante entre as pessoas pelo isolamento social não permitiu, à população mundial, uma preparação adequada que pudesse, pelo menos, minimizar os danos que estão sendo experimentados. Tais danos, segundo o médico suprarreferido, fazem parte da segunda e terceira fase da pandemia, que estão relacionadas:

[...] as manifestações de desamparo, tédio e raiva pela perda da liberdade. É uma reação de ajustamento situacional caracterizado por ansiedade, irritabilidade, e desconforto em relação à nova realidade. Estas reações são esperadas e preocupam do ponto de vista da saúde mental quando passam a afetar a funcionalidade do indivíduo. A terceira fase está relacionada com as possíveis perdas econômicas e afetivas decorrentes da epidemia. As pessoas confinadas terão perdas econômicas importantes. As pessoas que forem internadas vão passar por uma experiência traumática principalmente aqueles que exigem intubação e tratamento intensivo. Elas têm uma experiência próxima da morte, sendo as sequelas mais importantes a depressão e risco de suicídio e o desenvolvimento posterior do estresse pós-traumático.

Neste cenário de transformações, medos, inseguranças e desastres, o mundo se viu coagido a aderir um novo modelo de socialização. Merece destaque, neste ponto, as áreas da saúde. O Sistema Único de Saúde (SUS) recebera, na aurora da pandemia, constantes profecias de que, em pouco tempo, entraria em colapso, o que de fato aconteceu.

Segundo dados emitidos pelo Governo Federal (2020, n.p.) por meio de sua plataforma digital, até o dia 05 de setembro de 2020, o Brasil contava com a assustadora marca de 4.123.000 (quatro milhões, cento e vinte e três mil) casos confirmados do novo coronavírus. O SUS, conforme esperado, não pôde comportar tamanha demanda.

A saúde ocupa, hoje, o lamentável posto de principal área afetada pela pandemia do novo coronavírus. Com isso, as medidas que antes ditavam os rumos dessa área devem, obrigatoriamente, serem repensadas pelo Estado.

Isso porque, conforme assinala o artigo 196, da Constituição Federal (BRASIL, 1998), a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, que não pode permanecer inerte frente aos malefícios trazidos pela pandemia ao povo brasileiro.

A efetivação do direito à saúde dos cidadãos passa pelas mãos de uma equipe multiprofissional, composta por médicos, fisioterapeutas, psicólogos, enfermeiros, dentre outros profissionais. No que tange aos fisioterapeutas, o sistema de atendimento não presencial surge, oportunamente, como uma válvula de escape no intuito de minimizar os efeitos experimentados pelos pacientes com a pandemia.

Neste jaez, o tópico seguinte cuidará do estudo da amplitude do direito à saúde, bem como a sua relação com o princípio da dignidade da pessoa humana, que se constitui um dos fundamentos da República Federativa do Brasil, nos termos do artigo 1º, inciso III, da Carta Magna.

3 DO DIREITO À SAÚDE

O direito à saúde se relaciona diretamente com o direito à vida. Com isso, muito se discute acerca de seu conceito, havendo na doutrina uma sequência de definições díspares, as quais buscam fornecer com precisão a amplitude de tal direito.

Nas lições de Ladeira (2009, p. 110) o “direito à saúde configura-se como direito social prestacional que objetiva assegurar à pessoa humana condições de bem-estar e de desenvolvimento mental e social livre de doenças físicas e psíquicas”.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, em seu artigo 25, inciso I, assinala que:

Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe, e a sua família, **saúde** e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e **direito à segurança em caso** de desemprego, **doença**, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle (**g.n.**).

No mesmo sentido, a Organização Mundial de Saúde (1946, n.p.), dispõe no preâmbulo de sua Constituição que “a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”.

Em solo brasileiro, a Constituição Federal de 1988, conferiu ao direito à saúde o status de direito social (CF, art. 6º). Mais adiante, no artigo 196, operacionaliza o direito à saúde nos seguintes termos:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

O constituinte se espelhou, inegavelmente, no tratamento conferido pela Declaração Universal dos Direitos Humanos ao direito à saúde. Percebe-se, extreme de dúvidas, que há uma repetição do direito à saúde atrelado à redução do risco de doença e outros agravos. No entanto, existe um ponto que não guarda semelhança entre ambos diplomas legais.

Trata-se do direito à saúde não apenas como um direito dos cidadãos, mas como um dever imposto ao Estado. Comentando essa disposição legal, Bahia e Abujamra (2010, p. 57/58) ensinam que é direito do cidadão:

[...] obter do Estado prestações positivas, as quais, pela importância que detém, ultrapassam o campo da discricionariedade administrativa para uma inafastável vinculação de índole e força constitucionais, de modo que as pautas de atuação governamental estabelecidas no próprio seio da Lei de Outubro, jamais poderão ser relegadas a conceitos de oportunidade ou conveniência do agente público, eis que não podem transformar-se em mero jogo de palavras, pois, como visto, são indispensáveis à manutenção do “status” de dignidade da pessoa humana.

Os autores bem visualizaram a relação entre este dever do Estado e a tutela da dignidade da pessoa humana. É uma missão a qual o Poder Público não pode escusar-se, devendo envidar esforços para garantir, aos cidadãos, o direito à vida, mas não somente isto, mas à uma vida com dignidade. Nesse sentido, Fernandes (2020, p. 352) aponta que todos os cidadãos têm direito, pelo menos, ao mínimo existencial, que pode ser definido como:

[...] o direito (derivado do constitucionalismo social) a que existam condições materiais básicas para a vida. Seja esse mínimo de condições trabalhado de forma absoluta (dado a *priori*) ou relativa (contextualizado em diferentes formas e modos), o fato é que ele acaba sendo pressuposto não só para a vida em si, mas para uma vida digna com condição até mesmo para o exercício das liberdades privadas (autonomia existencial) e públicas (direitos políticos).

Portanto, o Estado tem o dever de fornecer, aos cidadãos, condições para o exercício de uma vida digna. Comentado esse dever, Barcelos (2011, p. 241) assinala que:

[...] a Constituição de 1988 efetivamente ocupou-se das condições materiais de existência dos indivíduos, pressuposto de sua dignidade, dedicando-lhe considerável espaço no texto constitucional e impondo a todos os entes da Federação a responsabilidade comum de alcançar os objetivos relacionados com o tema.

Ante essas considerações, têm-se o direito à vida e a dignidade da pessoa humana como supedâneos do direito à saúde, recaindo sobre o Estado o dever de promovê-los.

Daí, retornando ao vértice da proposta deste trabalho, questiona-se o que isso tem a ver com o tratamento fisioterapêutico não presencial. Em síntese, tudo! O tratamento fisioterapêutico se encarrega de fornecer, aos pacientes, a efetivação do direito à saúde. Metaforicamente falando, o direito à saúde é uma fotografia e o tratamento fisioterapêutico um filme, que nada mais seria que o conteúdo abstrato da fotografia se realizando no campo prático.

3.1 O Atendimento Não Presencial e a Efetivação do Direito à Saúde

Anteriormente, viu-se que o atendimento não presencial fora uma medida regulada pelo COFFITO com o objetivo de minimizar, temporariamente, as intempéries provocadas pela pandemia do novo coronavírus. A regra, no entanto, é que os atendimentos fisioterapêuticos sejam presenciais.

Entretanto, ao que parece, com o fim da pandemia os atendimentos não presenciais tornariam a serem proibidos, já que pela referida autarquia federal o exercício da fisioterapia deste modo somente se justificou em razão do atual cenário pandêmico.

No entanto, apesar da possibilidade de indicar-se uma data fim à pandemia, não há, ao alcance do ser humano, o poder de vislumbrar o momento em que os efeitos dela cessarão. Em outras palavras, não será uma data indicada pelo governo como sendo a data fim ao isolamento social que trará de volta, a todos os cidadãos, a segurança, a confiança, a coragem, entre outros atributos semelhantes.

A saúde mental não trabalha desta forma, mas em fases de adaptação. Se já fora difícil para a população entender que o isolamento social tornou-se uma realidade, que dirá em relação ao retorno às ruas sabendo da possibilidade de, a qualquer momento, ser alvo de uma contaminação daquele que, até o momento, já se mostrou altamente letal.

O pânico se apoderou da população mundial. O medo de adoecer e morrer, de ser excluído pela sociedade por estar contaminado com a doença, de perder as pessoas que se ama, são apenas algumas das questões que, diariamente, tornam inseguras as relações entre os cidadãos, bem como diminuem a esperança de que em pouco tempo as coisas voltarão ao normal.

Destarte, a cessação do atendimento fisioterápico não presencial deve ser enfrentada com cautela. Imagine um paciente que, assolado pelo medo de contaminação, rejeita qualquer fisioterapeuta que se disponha a ir até a sua casa realizar avaliações e/ou tratamentos. Seria ele, então, excluído das fichas de atendimento do SUS ou da entidade privada que o atende? Perceba que não há uma rejeição ao tratamento em si, mas à ida do profissional ao lar do paciente.

Por tudo o que fora exposto acerca da efetivação do direito à saúde, de sua vinculação à garantia de uma vida calcada no princípio da dignidade da pessoa humana, o procedimento acima sugerido, se adotado, apresenta-se como massivamente desumano. Exigir de alguém completamente abalado pela pandemia a recepção de profissionais em sua casa, contra a sua vontade, manifestada pelo seu receio de contaminação, fere frontalmente o que se entende por dignidade e respeito ao poder de autodeterminar-se.

Dignidade é respeito, empatia, se colocar no lugar do outro. Neste caso, seria entender as condições mentais do paciente, o qual talvez ainda não digeriu sequer a intensidade dos efeitos da pandemia.

Não se pode olvidar, é claro, que existe a possibilidade do Poder Público ou a entidade privada buscar o paciente, em sua casa, para que o tratamento seja realizado em suas instalações. Porém, deve ser levada em consideração não só as decisões tomadas pelos profissionais e pelo Governo, mas também a opinião pública, que em sua maioria não possui uma educação em saúde adequada.

A opinião do paciente não pode ser desprezada, inclusive no atual momento social. O seu medo, suas fraquezas, inseguranças, receios e tantos outros

sentimentos que o abalam não podem simplesmente serem descartados pelo Poder Público ou pela entidade privada que o atende.

Imagine, nesse diapasão, um idoso que antes da pandemia estivesse sob tratamento fisioterapêutico junto à rede SUS, em virtude de uma fratura óssea ocasionada por um acidente doméstico. O seu caso, a priori, não reclama uma dedicação aprofundada do fisioterapeuta à sua saúde mental, mas à fratura em si. Não se pretende, com isso, afirmar que a saúde mental do paciente deve ser desprezada pelo profissional, mas que, no exemplo acima mencionado, a atenção principal do fisioterapeuta é voltada à fratura.

A população idosa, inclusive, vem se mostrando uma das mais afetadas com a pandemia do novo coronavírus. Os artigos 2º e 3º do Estatuto do Idoso dispõem que:

Art. 2º O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade.

Art. 3º É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.

Vê-se, notoriamente, que os dispositivos suprarreferidos asseguram, aos idosos, um vasto acervo de direitos e garantias, aí incluídas a preservação de sua saúde mental, bem como o direito à dignidade e ao respeito.

Volvendo à hipótese ventilada anteriormente, o que será do idoso que sofrera o acidente doméstico e, por conta da pandemia, amarga uma profunda depressão e constantes crises de pânico? Caso ele manifeste o desejo de não receber, em casa, qualquer profissional para o tratamento de sua patologia, bem como deixa claro que não comparecerá as instalações do SUS, seria ele descartado da rotina de atendimento da rede pública?

Caso a resposta seja afirmativa, não há como considerá-la respeitosa, vez que é desumano impor ao idoso, contra a sua vontade, o dever de receber em sua casa profissionais ou de deslocar-se até um posto de atendimento da rede

pública para o tratamento de sua patologia, sob pena de lhe ser cortado o devido atendimento fisioterapêutico.

Como visto alhures, o Estatuto do Idoso assegura que deve ser garantido ao idoso a preservação de sua saúde mental. Ao negar-lhe atendimento, o Poder Público adota postura diversa daquela exigida acima, vez que, com isso, a tendência é que o estado de saúde do idoso piore gradativamente.

O fisioterapeuta precisa ter a sensibilidade de identificar as principais necessidades do paciente e, a partir disso, inseri-lo em um sistema de atendimento multiprofissional, em que todas as áreas do seu corpo serão trabalhadas sob uma visão biopsicossocial, com o fito de propiciar-lhe uma melhor qualidade de vida.

É esta, inclusive, a exigência feita aos fisioterapeutas pelo artigo 4º, do Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia, conforme segue:

Artigo 4º. O fisioterapeuta presta assistência ao ser humano, tanto no plano individual quanto coletivo, participando da promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e recuperação da sua saúde e cuidados paliativos, sempre tendo em vista a qualidade de vida, sem discriminação de qualquer forma ou pretexto, segundo os princípios do sistema de saúde vigente no Brasil.

No entanto, de nada adianta o desejo do fisioterapeuta de agir conforme o artigo acima se, por outro lado, o COFFITO editar resoluções que o impeçam de conferir máxima efetividade ao tratamento dos pacientes que lhe são confiados.

Por todas as razões expostas, se o paciente inadmite a visita de profissionais à sua casa para atendê-lo, bem como rejeita qualquer espécie de locomoção que o leve até as instalações da rede pública ou da entidade privada que o atende, não lhe resta outra alternativa que não o atendimento fisioterapêutico não presencial.

Vale deixar claro que os pacientes acima mencionados são aqueles que tem o desejo de realizar o tratamento, porém, com os abalos profundos provocados pela pandemia, procuram evitar qualquer tipo de contato que poderia sobrevir uma contaminação.

Isto posto, o hiato entre o respeito à autodeterminação do paciente e o dever do Estado para com a saúde de todos deve ser enfrentado, precipuamente, à luz do princípio da dignidade da pessoa humana.

Sabe-se que, a qualquer momento, o COFFITO pode revogar a Resolução nº 516/2020 e, com isso, cessar o permissivo do atendimento não presencial. Como ficariam, a partir daí, os pacientes que se encontram nas mesmas condições daquele idoso, mencionado anteriormente, que havia sofrido um acidente doméstico e, por conta da pandemia, sobreveio-lhe uma depressão profunda com constantes crises de pânico?

Ao que parece, a melhor solução seria enxergar o atendimento remoto não como uma exceção, mas uma realidade imposta pelo novo normal. Inclusive, estudos recentes apontam a eficácia do sistema de atendimento não presencial, na medida que este “programa de reabilitação acessível e de baixo custo baseado em exercícios domiciliares orientados com monitoramento semanal por telefone pode constituir uma ferramenta estratégica no manejo de pacientes com doenças crônicas” (FRAGA, 2018, p. 55). No mesmo sentido:

Além desses pacientes neurológicos, outros tipos de sujeitos tiveram benefícios com a TR. Pacientes com dificuldades na linguagem, pacientes submetidos à artroplastia do joelho, com displasia bronco-pulmonar, com substituição da articulação do ombro e paciente com Doença de Parkinson receberam tratamento por profissionais especializados por meio de videoconferências e obtiveram recuperação equivalente ao tratamento convencional. Crianças com Diabetes Mellitus obtiveram melhora no controle da doença por meio do acompanhamento de resultados de exames e material educativo por um website. Adolescentes com Paralisia Cerebral apresentaram melhora da função de membros superiores por meio de um sistema de videogame monitorado (MARQUES; RIBEIRO; SANTANA; ELUI, 2014, n.p.).

No entanto, ao invés de temporária, tal medida deveria ser definitiva, colocada à disposição dos pacientes que não se sentem seguros com o atendimento presencial, seja ele na própria casa do paciente ou até mesmo nas instalações da rede pública ou privada que o atende.

Do contrário, o paciente poderia resistir aos contatos físicos e, por conta de uma Resolução do COFFITO, ver-lhe ceifado o direito humano fundamental à saúde. Este, no entanto, não é um dos objetivos do Estado Democrático de Direito.

4 CONCLUSÃO

Em consideração as questões apresentadas neste trabalho, existem três formas de operacionalizar o direito à saúde por meio de tratamentos

fisioterapêuticos. A primeira, quando o paciente se desloca até as instalações da rede pública ou da entidade privada que o assiste. A segunda, quando o paciente, por razões que o impeçam de se dirigir até tais locais, recebe o profissional em sua casa para que, juntos, possam dar seguimento ao tratamento. E, por fim, a terceira, utilizada com frequência no atual momento pandêmico, consiste no tratamento não presencial, em que o paciente e o profissional, à quilômetros de distância um do outro, realizam as atividades fisioterapêuticas.

Antes da pandemia, essa última modalidade era vedada pelo COFFITO, vez que não era permitido aos fisioterapeutas a realização de atendimentos não presenciais. No entanto, com a imposição compulsória do isolamento social oriunda da pandemia do COVID-19, o referido Conselho Federal viu-se na obrigação de relativizar, ainda que temporariamente, a exigência do atendimento somente pela via presencial.

Acontece que, junto com a pandemia vieram uma sequência de danos à população mundial, sendo muitos de natureza psicológica. As crises de pânico, de ansiedade, a sensação de insegurança, medo e angústias que antes já eram frequentes agora se agravaram sobremaneira.

Com isso, muitos pacientes tendem a apresentar certo medo do contato físico, ainda que o número de infectados pelo novo coronavírus entre em declínio. Isso, no entanto, se mostra como uma barreira ao retorno da presencialidade.

Ainda que o Conselho Federal de Fisioterapia tenha tratado o atendimento não presencial de forma temporária e excepcional, acredita-se que tal medida não poderá ser revogada abruptamente, mas deverá observar as reivindicações sociais. Assim o é, pois, apesar de muitos pacientes não apresentarem óbice ao retorno da presencialidade, outros poderão reagir de maneira contrária, muito em virtude dos abalos psicológicos causados pela pandemia. E a opinião destes, em uma democracia, não pode ser desprezada.

Neste cenário, a revogação do atendimento não presencial, ainda que não represente qualquer diferença à alguns, certamente ceifará a dignidade de inúmeros outros. Assim, têm-se que o Governo Federal não pode examinar a viabilidade do atendimento remoto de forma indiscriminada, mas deve perquirir casos pontuais e específicos, como aqueles de paciente traumatizados pela

pandemia do novo coronavírus que rejeitam qualquer contato com pessoas que não aqueles de sua própria casa.

Por fim, acredita-se que o sistema de atendimento não presencial deve ser visto não somente como uma medida adequada a ocasiões excepcionais, mas como um modelo efetivo a ser utilizado na rotina do fisioterapeuta, ao passo que se apresenta como mais um meio colocado à sua disposição para garantir ao paciente uma melhor qualidade de vida, em todas as suas vertentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARCELOS, Ana Paula de. **A Eficácia Jurídica dos Princípios Constitucionais** : O princípio da dignidade da pessoa humana. 3. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Renovar, 2011.

FERNANDES, Bernardo Gonçalves. **Curso de Direito Constitucional**. 12^a ed. rev. atual. e ampl. Salvador/BA: Ed. Juspodivm, 2020.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1988.

BRASIL. **Lei nº 6.316, de 17 de dezembro de 1975**. Cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional e dá outras providências.

BRASIL. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm. Acesso em: 06 set. 2020.

BRASIL. **Painel Coronavírus**. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 05 set. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. **Resolução nº 424, de 08 de julho de 2013**. Estabelece o Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3187>. Acesso em 06 set. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. **Resolução nº 516, de 20 de março de 2020**. Dispõe sobre a suspensão temporária do Artigo 15, inciso II e Artigo 39 da Resolução COFFITO nº 424/2013 e Artigo 15, inciso II e Artigo 39 da Resolução COFFITO nº 425/2013 e estabelece outras providências durante o enfrentamento da crise provocada pela Pandemia do COVID-19. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=15825>. Acesso em: 06 set. 2020.

FRAGA, Anderson Santos. Efeito de um programa de fisioterapia respiratória domiciliar telemonitorada sobre a força e função pulmonar em pessoas com doença de Parkinson. *Atena*, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/30986>. Acesso em: 08 set. 2020.

LADEIRA, Fernando de Oliveira Domingues. Direito à saúde: a problemática do fornecimento de medicamentos. **Cadernos Jurídicos**, São Paulo, v. 10, n. 32, p. 105-127, maio/ago. 2009.

MARI, Jair de Jesus. **Quais os principais efeitos da pandemia na saúde mental?**. *Unifesp*, 2020. Disponível em: <https://www.unifesp.br/reitoria/dci/noticias-antiores-dci/item/4395-quais-os-principais-efeitos-da-pandemia-na-saude-mental>. Acesso em: 05 set. 2020.

MARQUES, Mariana Ribeiro; RIBEIRO, Evelin Cristina Cadrieskt; SANTANA, Carla Silva; ELUI, Valéria Meirelles. **Aplicações e benefícios dos programas de Telessaúde e Telerreabilitação: uma revisão da literatura**. *Reciis*, 2014. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/501#:~:text=Os%20programas%20de%20Telessa%C3%BAde%20e,aborda%20a%20aplica%C3%A7%C3%A3o%20desses%20programas>. Acesso em: 08 set. 2020.