

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CAMPUS ARARANGUÁ
DEPARTAMENTO CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO FISIOTERAPIA

BRUNA FOGAÇA

**Viabilidade da reabilitação através de videochamadas aplicada ao público idoso sob a
ótica do fisioterapeuta - resultados prévios**

Araranguá

2021

BRUNA FOGAÇA

**Viabilidade da reabilitação através de videochamadas aplicada ao público idoso sob a
ótica do fisioterapeuta - resultados prévios**

Artigo apresentado ao Curso de Graduação em Fisioterapia,
da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito
parcial da disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II.

Orientadora: Heloyse Uliam Kuriki

Araranguá

2021

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Fogaça, Bruna
Viabilidade da reabilitação através de videochamadas
aplicada ao público idoso sob a ótica do fisioterapeuta -
resultados prévios / Bruna Fogaça ; orientadora, Heloyse
Uliam Kuriki, 2021.
59 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Araranguá,
Graduação em Fisioterapia, Araranguá, 2021.

Inclui referências.

1. Fisioterapia. 2. telerreabilitação. 3. idosos. 4.
fisioterapeutas. I. Uliam Kuriki, Heloyse . II.
Universidade Federal de Santa Catarina. Graduação em
Fisioterapia. III. Título.

DEDICATÓRIA

*Dedico esse trabalho àqueles que acreditam e se dedicam ao ensino público, gratuito e de
qualidade.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que de alguma forma me ajudaram a chegar até esta etapa. Agradeço a Nossa Senhora de Fátima por sempre ter estado ao meu lado e ter sido meu suporte até aqui. Agradeço a mim, por escolher a Fisioterapia, por acreditar em mim e sempre tentar superar meus medos e alcançar objetivos. Agradeço à minha orientadora por sempre ser tão solícita e me ajudar a construir meus trabalhos, me orientando brilhantemente. Agradeço a minha família, os quais sempre estiveram presentes na minha caminhada, entenderam minha ausência em muitos momentos importantes e sempre foram minha base de apoio. Agradeço ao meu namorado por sempre me ouvir, me apoiar, me erguer em momentos difíceis e compartilhar a vida comigo até aqui. Agradeço, também, às 5 meninas que estiveram comigo durante o período de quarentena e foram muito importantes para chegar até aqui, as gurias do LARAL: Bruna Scheffer, Fernanda, Nadine, Tais e Vivian. E por fim, um agradecimento a minha família de Araranguá: Aleksander, Luiza, Natascha, Patricia e Viviane, os quais me acolheram inúmeras vezes, riram e choraram comigo durante esses 5 anos de graduação e sempre fizeram essa jornada mais leve. Obrigada!

RESUMO

O envelhecimento está associado ao declínio físico e cognitivo do indivíduo e a Fisioterapia pode ser empregada para auxiliar a manutenção da saúde do idoso. Entretanto existem diversas barreiras que impedem que o idoso tenha acesso à saúde, como transporte, condição clínica atual, dificuldade em agendamento de consultas e recentemente, a pandemia de COVID-19. Paralelamente, a prestação de serviços de saúde via teleatendimento vem se desenvolvendo como solução para essas barreiras. Portanto, o objetivo deste estudo foi investigar as *percepções* dos fisioterapeutas do Brasil sobre o uso da telerreabilitação como meio de acesso à reabilitação fisioterapêutica via videochamadas. Para isso, um *estudo descritivo, transversal e exploratório* foi realizado de junho a julho de 2021. Fisioterapeutas foram convidados a preencher um formulário online com questões abertas e de múltipla escolha a respeito da viabilidade da telerreabilitação. Os dados coletados foram analisados calculando as proporções da resposta e avaliando os níveis de concordância com cada afirmação. Responderam ao questionário 104 fisioterapeutas. A grande maioria dos fisioterapeutas (93,2%) discordam da afirmação de gostar do fato de não haver contato físico com o paciente ao consultar por videochamada e 54,4% não ficaria satisfeita em falar com o paciente idoso através de videochamada. A maioria concorda que videochamada não violaria a privacidade do paciente (74,8%), melhoraria a condição de saúde do idoso (67%), seria uma maneira aceitável (58,5%) e acessível (56,6%) para o fisioterapeuta prescrever uma sessão para os idosos e 55,7% estaria interessado em participar de um serviço que oferece sessões de fisioterapia por videochamadas para idosos. Conclui-se que os fisioterapeutas concordam que a telerreabilitação não violaria a privacidade e melhoraria a condição de saúde do paciente idosos. Entretanto, a maioria não está satisfeita em falar com o paciente idoso por meio de videochamada, mas está interessada em participar de um serviço que oferece sessões de fisioterapia por videochamadas.

Palavras-chave: telerreabilitação; idosos; fisioterapeutas;

ABSTRACT

Aging is associated with physical and cognitive decline, and physical therapy can be used to help maintain the health of the elderly. However, there are several barriers that prevent the elderly from accessing health care, such as transportation, current medical condition, difficulty in scheduling appointments, and recently, the COVID-19 pandemic. In parallel, the provision of health services via telecare is developing as a solution to these barriers. Therefore, the aim of this study was to investigate the perceptions of physical therapists in Brazil about the use of telehealth as a means to access physical therapy rehabilitation via video calls. To this end, a descriptive, cross-sectional, exploratory study was conducted from June to July 2021. Physical therapists were invited to complete an online form with open-ended, multiple-choice questions regarding the feasibility of telerehabilitation. The collected data were analyzed by calculating response proportions and assessing levels of agreement with each statement. The questionnaire was answered by 104 physical therapists. The vast majority of physiotherapists (93,2%) disagreed with the statement that they liked the fact that there was no physical contact with the patient when consulting via video call, and 54,4% would not be satisfied with talking to the elderly patient via video call. The majority agreed that video calling would not violate the patient's privacy (74,8%), would improve the health condition of the elderly (67%), would be an acceptable (58,5%) and affordable (56,6%) way for the physical therapist to prescribe a session for the elderly, and 55,7% would be interested in joining a service that offers video call physical therapy sessions for the elderly. In conclusion the physical therapists agree that telerehabilitation would not violate privacy and would improve the health condition of the elderly patient. However, most are not satisfied with talking to the elderly patient via video call, but are interested in participating in a service that offers video call physiotherapy sessions.

Keywords: telehealth; elderly; physiotherapists.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	8
2.	MATERIAL E MÉTODOS	10
2.1.	Aspectos éticos	10
2.2.	Desenho do estudo	10
2.3.	População e amostra	10
2.4.	Instrumento de coleta dos dados	11
3.	ANÁLISE DE DADOS	11
4.	RESULTADOS	11
4.1.	Características dos participantes	11
4.1.1.	Seção A - Questões Gerais:	12
4.1.2.	Seção B - Questionário de Percepção de Telemedicina e Questões personalizadas;	13
5.	DISCUSSÃO	17
6.	CONCLUSÃO	20
7.	REFERÊNCIAS	21
8.	ANEXO A: REGRAS DA REVISTA PARA SUBMISSÃO:	27
9.	APÊNDICE I	41
10.	APÊNDICE II	45

1. INTRODUÇÃO

A população idosa representa cerca de 13% da população brasileira atual, ou seja, 28 milhões de pessoas (1) e será quase um terço de toda a população brasileira em 2060 (2). O envelhecimento está associado ao aumento das doenças crônicas e a fragilidade na população idosa, diminuindo portanto a qualidade de vida dos mesmos (3).

Estudos apontam que a atividade física regular (AF) é capaz de promover a melhora de funções físicas e mentais, bem como reverter alguns efeitos das doenças crônicas (4,5). Observa-se que em grupos ativos fisicamente há o aumento da qualidade de vida e em grupos sedentários há maiores escores de ansiedade e depressão (6). A prática de AF ainda é baixa entre a população idosa, por isso a educação sobre os seus benefícios e o incentivo de médicos, família ou amigos são fundamentais para aumentar a adesão (4,6).

Entretanto, a população idosa encontra diversas barreiras à prática de AF, como limitações físicas, a condição de saúde atual e o ambiente em que o idoso está inserido (7,8). A Fisioterapia para a população geriátrica é uma solução relevante para manter a saúde do idoso, prevenir quedas, fraturas por fragilidade, reverter alguns efeitos das doenças crônicas, diminuir dores, bem como melhorar o desempenho físico durante a marcha, melhorar o equilíbrio e melhorar as funções cognitivas do idoso (9-12). Portanto, por meio da Fisioterapia, é possível melhorar o estado de saúde do idoso e contornar uma das barreiras que impede a população idosa de se manter saudável.

Entretanto, em 2020, a pandemia de COVID-19, se tornou mais uma barreira ao acesso à saúde, principalmente para os idosos, visto que eles fazem parte do grupo de risco à doença e portanto, espera-se que estejam mais isolados e cumpram mais as medidas preventivas (13). Nesse contexto, a telemedicina estava sendo empregada para contornar as barreiras ao acesso à saúde já existentes pré-pandemia e, atualmente, está sendo empregada para facilitar o acesso à saúde durante a pandemia (14-17).

O termo "telerreabilitação" descreve a prestação de cuidados de saúde a distância utilizando recursos tecnológicos de informação e comunicação (TICs), como internet, computadores e telefones para assistir o usuário no seu autocuidado e inclui todas as áreas da

saúde (18). Sabe-se que o uso das TICs vem aumentando entre o público idoso como forma de auxiliá-los em diversas atividades como lembrar dos remédios, pedir auxílio quando sofrem uma queda, praticar exercícios físicos e atualmente, vem sendo utilizada para permitir o acesso a diferentes áreas da saúde, como a fisioterapia (19).

Além disso, a telerreabilitação demonstrou aumentar a adesão à prática de exercícios para uma variedade de condições musculoesqueléticas, bem como demonstrou alta satisfação para diversas condições (20-22). Contudo, mesmo que esteja ocorrendo uma maior adesão às TICs (23), a maior parte do público idoso tem dificuldade em compreender e usar as TICs, além de muitos não terem acesso às tecnologias ou até mesmo à internet.

Ademais, os fisioterapeutas usam o toque como forma de conexão e comunicação com os seus pacientes, é ele que permite ao terapeuta corrigir movimentos e orientar o paciente a explorar suas capacidades corporais (24). Portanto, é possível que os terapeutas não se adaptem a essa nova modalidade de tratamento.

Ressalta-se que para um novo método de tratamento funcionar e se tornar uma tendência clínica, é fundamental que haja a aceitação e a adesão de ambas as partes envolvidas no processo de reabilitação (25). Logo, é imprescindível que haja adesão tanto do terapeuta, quanto do idoso. Um estudo constatou que os prestadores de cuidados de saúde se sentiram confortáveis e satisfeitos com o modo por chamadas de áudio ou chamadas de vídeo (26), além de demonstrarem alta satisfação com relação ao alcance de metas, relação paciente-terapeuta e satisfação geral com a sessão (27). Ao contrário, as pessoas idosas não se mostraram entusiasmadas com o uso das TICs nos seus cuidados de saúde (28).

Portanto, o objetivo primário deste estudo foi investigar como os fisioterapeutas do Brasil *percebem* o uso das videochamadas como meio de acesso à reabilitação fisioterapêutica para pessoas com mais de 60 anos. E os objetivos secundários foram caracterizar a população fisioterapeuta que utiliza a telerreabilitação e verificar o nível de aceitação da telerreabilitação.

Com isso, esta investigação poderá colaborar cientificamente com a elaboração, planejamento e implantação de consultas de fisioterapia a distância. No conhecimento desse

grupo de pesquisa, os aspectos citados ainda não foram explorados, logo este é o primeiro estudo que pretende traçar um *perfil da população brasileira de fisioterapeutas* em relação aos modos de entrega desses serviços de saúde no país voltado ao público com mais de 60 anos.

2. MATERIAL E MÉTODOS

2.1. ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa está fundamentada nos princípios éticos, com base na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. Foi aprovada pelo Comitê de Ética **CAAE: 45206421.2.0000.0121**. Todos os participantes tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ([APÊNDICE I](#)) que foi assinalado ativamente como lido e aceito antes de continuar com o formulário eletrônico da pesquisa. Os participantes também receberam uma cópia do TCLE em seu e-mail pessoal.

2.2. DESENHO DO ESTUDO

Um *estudo descritivo, transversal e exploratório* está sendo realizado.

2.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA

A amostra caracteriza-se por fisioterapeutas que são profissionais brasileiros, atuantes, devidamente registrados no CREFITO de sua região de atuação. Os participantes - fisioterapeutas do Brasil - foram convidados a preencher um formulário online, de forma voluntária, com questões sobre a opinião dos mesmos sobre a prescrição de exercícios terapêuticos à distância para pessoas com idade acima de 60 anos pelo fisioterapeuta. Por meio de uma amostragem não probabilística, por conveniência, a pesquisa foi publicada nas redes sociais, e os participantes foram convidados a responder voluntariamente. Foi solicitado auxílio às instituições e conselhos dos profissionais para auxílio da divulgação da pesquisa. A pesquisa continuará disponível para remessa por seis meses e a coleta de dados está sendo simultânea durante este período. Critério de inclusão: ter tratado pelo menos 1 paciente idoso nos últimos 6 meses. Critério de exclusão: não estar devidamente registrado pelo seu órgão competente, neste caso no Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITO).

2.4. INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS

Após ler e aceitar o termo de consentimento, os fisioterapeutas foram automaticamente direcionados para preencher um formulário eletrônico ([APÊNDICE II](#)) (via *Formulários Google*). Esse formulário apresenta 2 seções. A *Seção A* refere-se a informações demográficas, como gênero, habilidades profissionais e localização geográfica da clínica; e à experiência anterior com telerreabilitação (se houver). A *Seção B* apresenta questões adaptadas do *Questionário de Percepção de Telemedicina* (29) e questões personalizadas que acessam variáveis como *aceitabilidade, viabilidade, custo, segurança, praticidade e eficácia* da prescrição de exercícios terapêuticos à distância para pessoas com idade acima de 60 anos pelo fisioterapeuta, por meio de videochamadas pela internet. Foi solicitado aos participantes classificar suas afirmações em uma escala Likert de 5 pontos, variando de “concordo totalmente” a “discordo totalmente” (30).

3. ANÁLISE DE DADOS

Os dados do formulário foram coletados eletronicamente e automaticamente armazenados em uma planilha de um sistema seguro baseado na nuvem. Em seguida, os dados foram analisados calculando as proporções da resposta dos participantes e avaliando os níveis de concordância em cada afirmação. As análises realizadas foram de caráter exploratório e descritivo.

4. RESULTADOS

Trata-se dos resultados prévios de um estudo que continua em andamento. Os resultados apresentados referem-se aos questionários respondidos entre junho e julho de 2021.

4.1. CARACTERÍSTICAS DOS PARTICIPANTES

O questionário obteve 113 respostas, das quais 108 foram respostas completas, 1 estava incompleta e quatro estavam duplicadas. Das 109 respostas, 5 não se enquadraram nos critérios de inclusão e portanto foram excluídas. Sendo assim, 103 respostas foram analisadas. Todos os 103 participantes estão regularmente registrados no conselho de classe (CREFITO) para praticar a fisioterapia na sua região.

4.1.1. Seção A - Questões Gerais:

A [tabela 1](#) mostra as características dos participantes: 77% são do sexo feminino; 81% dos participantes tem alguma pós-graduação e Geriatria e Gerontologia é a especialização da maioria dos participantes (n= 15) que possuem ou estão realizando pós-graduação; 40% dos participantes trabalham exclusivamente no sistema privado de saúde; cerca de 50% dos participantes tem sua prática clínica situada em cidades metropolitanas (população \geq 250.000). As jurisdições em que a maioria dos fisioterapeutas respondentes trabalham são CREFITO-3 (SP): 31 (30%), CREFITO-10 (SC): 31 (30%) e CREFITO-5 (RS): 23 (22%).

Características dos participantes

Gênero	80 (77,7 %) mulheres 23 (22,3 %) homens
Pós-graduação	84 (81,6 %) tem alguma pós-graduação 19 (18,4 %) não tem alguma pós-graduação
Ambientes de trabalho	42 (40,8%) exclusivamente em ambientes privados de saúde 22 (21,4%) combinação de contextos de saúde pública e de saúde privada 18 (17,5%) exclusivamente no sistema público de saúde 06 (5,8%) trabalham na área acadêmica (meio científico) 15 (14,6%) outros
Regiões da prática clínica	52 (50,5%) cidades metropolitanas (população \geq 250.000) 43 (41,7%) cidades regionais (população de 18.000 à 249.999) 7 (6,8 %) cidades rurais (população de 5.000 a 17.999) 1 (1,0 %) cidade remota (população $<$ 5.000)
Jurisdição	31 (30,1%) CREFITO-3 - SP 31 (30,1%) CREFITO-10 - SC 23 (22,3%) CREFITO-5 - RS

15 (17,5%) OUTROS

Tabela 1: Características dos participantes (n= 103)

A maioria dos participantes (92,2%) atendia o público com 60 anos ou mais antes da pandemia, 99 (96,1%) participantes responderam que durante a pandemia continuaram atendendo o público de 60 anos ou mais, 55 (53,4%) participantes experimentaram fazer seus atendimentos por meio de videochamadas por causa da pandemia, 54,1% dos participantes prestou serviço fisioterapêutico para qualquer condição de saúde por videochamada e, no momento em que responderam ao questionário, a maioria (73,8%) dos entrevistados não oferece atendimento fisioterapêutico por videochamada. Quando solicitado para classificar a confiança em usar os serviços de videochamadas, 38 (36,9%) fisioterapeutas responderam que se sentem bastante confiantes e 35 (34%) fisioterapeutas responderam que se sentem moderadamente confiantes, os demais classificaram-se em extremamente confiantes (3,9%), um pouco confiantes (16,5%) e nenhum pouco confiantes (8,7%)

4.2. Seção B - Questionário de Percepção de Telemedicina e Questões personalizadas;

A [tabela 2](#) refere-se às respostas do questionário de percepção de telemedicina. As respostas “concordo completamente” e “concordo” foram somadas, bem como as respostas “discordo” e “discordo completamente”. Oito das 12 afirmações alcançaram um acordo dominante nas respostas, tendo apenas um consenso, em que a maioria dos fisioterapeutas discordaram da afirmação “gosto do fato de não haver contato físico com um paciente ao consultar por videochamada”. As demais afirmações não atingiram um consenso.

Um total de 74,8% dos fisioterapeutas consideram que a privacidade do paciente não seria violada. Os fisioterapeutas (54,4%) discordam que ficariam tão satisfeitos em falar com um paciente por meio de videochamadas quanto presencialmente. Quanto à melhoria da condição de saúde, a maioria (67%) acredita que um programa de exercícios prescrito por um fisioterapeuta por videochamada melhoraria a condição e 51,5% acreditam que seria uma forma conveniente de assistência à saúde para o paciente idoso. Sobre economia de tempo, 55,3% concordam que uma sessão realizada por um fisioterapeuta através da videochamada economizaria tempo do paciente. A maioria dos fisioterapeutas (65%) acreditam que uma sessão de fisioterapia prescrita via videochamada para pessoas idosas deve custar o mesmo

custo que uma sessão de fisioterapia presencial e (29,1%) acreditam que deva custar 25% menos que uma sessão de fisioterapia presencial. E os fisioterapeutas (55,3%) demonstraram estar interessados em participar de um serviço que oferece sessões de fisioterapia prescritas por fisioterapeutas por videochamada para pessoas idosas.

A [tabela 3](#), traz os resultados das questões personalizadas. Das 5 variáveis investigadas, três atingiram um acordo dominante e as outras duas atingiram um acordo entre 40% a 49%. As variáveis *aceitabilidade* (53,3%), *eficácia* (54,4%) e *acessibilidade* (54,4%) atingiram um acordo dominante referindo-se a prescrição de uma sessão de fisioterapia para pacientes idosos.

Questionário de Percepção de Telemedicina

Questões	Concordo	Incerto	Discordo
1. Eu compreenderia bem o caso de um paciente idoso por videochamada	45 (43,6%)	46 (44,7%)	12 (11,7%)
2. A privacidade de um paciente não seria violada se eu lhe prescrevesse um programa de exercícios por videochamada	77 (74,7%)	15 (14,6%)	11 (10,7%)
3. Usar a videochamada para consultar um paciente idoso e prescrever um programa de exercícios seria fácil para mim	48 (46,6%)	23 (31,1%)	32 (22,3%)
4. Eu ficaria tão satisfeito em falar com um paciente idoso por videochamada quanto em falar pessoalmente com o paciente em meu consultório	25 (24,3%)	22 (21,4%)	56 (54,4%)
5. Um programa de exercícios prescrito por	69 (67%)	28 (27,2%)	6 (5,8%)

	um fisioterapeuta por videochamada melhoraria a condição de saúde do paciente idosos					
6.	Uma sessão realizada por um fisioterapeuta através da videochamada economizaria o dinheiro do paciente	38 (36,9%)	22 (21,4%)	43 (41,7%)		
7.	Eu seria capaz de monitorar adequadamente o paciente durante a sessão por videochamada	35 (34%)	44 (42,7%)	24 (23,3%)		
8.	Gosto do fato de não haver contato físico com um paciente ao consultar por videochamada	1 (1%)	6 (5,8%)	96 (93,2%)		
9.	Receber um programa de exercícios de um fisioterapeuta por videochamada seria uma forma conveniente de assistência à saúde para o paciente idoso	53 (51,5%)	29 (28,2%)	21 (20,4%)		
10.	Uma sessão realizada por um fisioterapeuta através da videochamada economizaria tempo do paciente	57 (55,3%)	17 (16,5%)	29 (28,2%)		
11.	Uma sessão de fisioterapia prescrita por um fisioterapeuta via videochamada para pessoas idosas deve custar	50% a menos que o custo que uma sessão de fisioterapia presencial 2 (1,9%)	25% a menos que o custo que uma sessão de fisioterapia presencial 30 (29,1%)	O mesmo custo que uma sessão de fisioterapia presencial 67 (65%)	25% a mais que o custo que uma sessão de fisioterapia presencial 3 (2,9%)	50% a mais que o custo que uma sessão de fisioterapia presencial 1 (1%)

12. Eu estaria interessado em participar de um serviço que oferece sessões de fisioterapia prescritas por fisioterapeutas por videochamada para pessoas idosas	57 (55,3%)	22 (21,4%)	24 (23,3%)
--	-------------------	------------	------------

Tabela 2: Questionário de Percepção de Telemedicina (n= 103)

<i>Questões personalizadas</i>			
Questões	Concordo	Incerto	Discordo
Usar videochamadas seria uma maneira útil (prática) para eu prescrever uma sessão de fisioterapia para pacientes idosos	33% (34)	42,7% (44)	24,3% (25)
Usar vídeo chamadas seria uma maneira eficaz para eu prescrever uma sessão de fisioterapia para pacientes idosos	54,4% (56)	33% (34)	12,6% (13)
O uso de vídeo chamadas seria uma maneira acessível para os pacientes idosos receberem sessão de fisioterapia	54,4% (56)	33% (34)	12,6% (13)
Usar vídeo chamadas seria uma maneira segura de os pacientes receberem um programa de exercícios prescritos por fisioterapeutas	49,5% (51)	36% (35)	15,5% (16)

Tabela 3: Questões personalizadas (n= 103)

5. DISCUSSÃO

Esse estudo teve como objetivo investigar as *percepções* dos fisioterapeutas do Brasil sobre o uso da telerreabilitação como meio de acesso à prescrição de AF para público acima

de 60 anos por meio de videochamadas. Vale ressaltar que os resultados referem-se aos meses de junho e julho de 2021. Durante esse período, a abertura das clínicas fisioterapêuticas já estava permitida, portanto aqueles terapeutas que adotaram a telerreabilitação por necessidade poderiam parar ou continuar a ofertar o tratamento nessa modalidade, uma vez removidas as barreiras ao atendimento presencial. Os principais resultados da nossa pesquisa foram em relação à percepção da satisfação dos fisioterapeutas com o uso da telerreabilitação, do contato físico com o paciente, da melhora da condição de saúde e do custo da sessão de fisioterapia e da privacidade do paciente.

A telerreabilitação ainda é uma modalidade nova no Brasil, com poucos estudos sobre o assunto, o que pode levar a insegurança nos fisioterapeutas e por consequência a falta de satisfação. Os achados do presente estudo mostram que a maioria da amostra não se sente tão satisfeita em falar com um paciente idoso por meio de videochamada quanto se sentiria em falar presencialmente. Esse resultado não corrobora com os resultados da literatura de outros países mais desenvolvidos, em que a maioria se mostra satisfeita com o uso da telerreabilitação (31, 32). A satisfação pode estar relacionada a diferentes fatores, como por exemplo a falta de treinamento por parte dos fisioterapeutas em telerreabilitação relatada em alguns estudos, o que pode explicar o porquê apenas um terço da amostra se sente confiante em usar os serviços de videochamadas (33, 37). Os participantes do estudo qualitativo realizado por Eddie Donaghy relataram que com o passar da utilização e com a familiarização dos recursos, foi mais fácil desenvolver as sessões de fisioterapia por meio de videochamadas. Outras explicações dizem respeito às barreiras enfrentadas durante o teleatendimento, alguns estudos citam como barreiras problemas da tecnologia, como por exemplo internet de baixa qualidade e pouca habilidade com as TICs por parte dos pacientes e fisioterapeutas (31, 34, 35). Levando em consideração que os fisioterapeutas que responderam nossa pesquisa trabalham com o público acima de 60 anos e que esses têm mais dificuldades com as TICs, é possível entender o porquê a maioria dos fisioterapeutas não aderiu a telerreabilitação.

Outro fator importante que pode estar relacionado à falta de satisfação é a restrição ao contato físico com o indivíduo, pois muitos percebem o contato físico como algo essencial para o tratamento e alguns afirmam até que a carência desse impede a criação do vínculo paciente-terapeuta (33). Esses achados podem explicar porque 73,8% dos fisioterapeutas que

responderam a pesquisa, atualmente, não oferecem atendimento fisioterapêutico por videochamada. Portanto o que não está claro é o porquê os fisioterapeutas responderam que se mostram interessados em participar de um serviço que oferece sessões de fisioterapia por videochamada.

Os achados do presente estudo indicam que os fisioterapeutas acreditam que para um paciente idoso, um programa de exercícios por videochamada seria uma forma conveniente de assistência à saúde, bem como melhoraria a condição de saúde. De fato, antes da pandemia de COVID-19 a literatura já evidenciava a eficácia da telerreabilitação para diversas condições mostrando ser possível realizar a prática terapêutica nessa modalidade (39, 40). Em 2017, Rita Hwang já demonstrou em seu estudo que não houve diferença entre realizar um programa de exercícios através de videochamadas e realizar um programa de reabilitação no ambiente ambulatorial de um hospital em pacientes com insuficiência cardíaca crônica e que parecia ser uma alternativa interessante para promover a frequência dos pacientes nos atendimentos. Em 2014, Piers Truter e colaboradores já investigavam a validade da avaliação fisioterapêutica por meio da telerreabilitação para pacientes com dor lombar crônica residentes em áreas rurais e encontraram altos níveis de concordância entre a avaliação presencial e a avaliação por videochamada.

Atualmente, com a pandemia de COVID-19, a telerreabilitação tornou-se um pilar da Fisioterapia. Alguns estudos já sugerem métodos de rotinas a serem implementados para pacientes neurológicos (41) e guias práticos para doenças cardiovasculares (43, 48) nos quais a telerreabilitação se mostrou como uma alternativa promissora para diversas condições músculo esqueléticas (42). Apesar dos pacientes idosos apresentarem conhecimento limitado com as TICs e terem maiores barreiras para o envolvimento com o atendimento por meio de videochamada (46, 45), a mesma aparenta ser uma alternativa relevante (44, 45).

A telerreabilitação pode ter custos elevados (35), pois os provedores de internet e os aparelhos necessários para a realizar a telerreabilitação envolvem custos. No entanto, alguns estudos trazem que a telerreabilitação tem custos mais acessíveis e isso pode ser um fator para a diminuição do valor cobrado por sessão de fisioterapia (41, 47) o que explica os fisioterapeutas durante o período de pandemia terem cobrado valores ligeiramente inferiores

ao custo de uma visita presencial (31, 33). Os fisioterapeutas que participaram do presente estudo acreditam que uma sessão realizada por videochamada para pessoas idosas deve ter o mesmo custo que uma sessão realizada presencialmente. Além disso, os resultados do presente estudo indicam que os fisioterapeutas concordam que um programa de exercícios realizado através de videochamadas economizaria tempo do paciente. A literatura demonstra que há economia, uma vez que os pacientes não precisam despende tempo e dinheiro em viagens se locomovendo seja por transporte público ou privado (33, 37, 42), o que deve ser levado em consideração quando o custo-benefício de uma modalidade é avaliado. Aparentemente, a privacidade do paciente não seria violada se a sessão fosse realizada via videochamada. Entretanto, Clemens Scott Kruse, mostra em sua revisão sistemática que 11% dos artigos analisados evidenciam que a privacidade e confidencialidade são uma das maiores preocupações para aqueles que fazem uso da telerreabilitação, assim sendo a falta de entendimento em relação à segurança da telerreabilitação pode tornar os pacientes resistentes a um programa de reabilitação por vídeo.

Assim sendo, a telerreabilitação é uma modalidade que pode e deve ser usada em grande escala após o fim da pandemia de COVID-19, pois se mostra promissora, viável e eficaz para diferentes populações, como visto no presente estudo, no qual demonstrou ser conveniente e com potencial de melhora à condição de saúde do paciente idoso. Além disso é uma modalidade eficiente para contornar a barreira de acesso à saúde. Entretanto, com seu uso exponencial em decorrência da pandemia de COVID-19, ficou mais evidente que se trata de um modelo que ainda precisa ser aperfeiçoado, com treinamentos preparatórios, para que os pacientes sejam melhor atendidos e os profissionais fiquem satisfeitos e confiantes em realizar os atendimentos por meio de videochamadas. Também é necessário estabelecer melhores critérios para garantir a privacidade do fisioterapeuta e do paciente. Por fim, o valor a ser cobrado por cada sessão deve ser discutido com base no custo benefício que a modalidade oferece.

6. CONCLUSÃO

Conclui-se que os fisioterapeutas brasileiros que trabalham com o público acima de 60 anos, acreditam que a telerreabilitação é uma modalidade aceitável, acessível e eficaz. Além disso, acreditam que um programa de exercícios por videochamada é uma forma conveniente

de assistência à saúde e que melhoraria a saúde do paciente idoso, economiza tempo e dinheiro do mesmo e não se mostram tão satisfeitos em falar com um paciente idoso por meio de videochamada quanto em uma sessão presencial, mas que ainda precisa ser melhor estudada e elaborada.

7. REFERÊNCIAS

- 1.** IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Idosos indicam caminhos para uma melhor idade. Revista Retratos. 2019.

2. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Projeções da população. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=resultados>. Acesso em: 11 out. 2020.
3. Pais, B., Bulushek, P., Nef, T., Schütz, N., Saner, H., Gatica, D., & Santschi, V. (2019). [New healthcare technologies to support home care of older people]. *Revue Medicale Suisse*, 15(658), 1407–1411. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31411832>
4. McPhee, J. S., French, D. P., Jackson, D., Nazroo, J., Pendleton, N., & Degens, H. (2016). Physical activity in older age: perspectives for healthy ageing and frailty. *Biogerontology*, 17(3), 567–580. <https://doi.org/10.1007/s10522-016-9641-0>
5. de Oliveira, L. D. S. S. C. B., Souza, E. C., Rodrigues, R. A. S., Fett, C. A., & Piva, A. B. (2019). The effects of physical activity on anxiety, depression, and quality of life in elderly people living in the community. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 41(1), 36–42. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2017-0129>
6. Baert, V., Gorus, E., Mets, T., & Bautmans, I. (2015). Motivators and barriers for physical activity in older adults with osteoporosis. *Journal of Geriatric Physical Therapy*, 38(3), 105–114. <https://doi.org/10.1519/JPT.0000000000000035>
7. de Moura Silva, C. R., Bezerra, J., Soares, F. C., Mota, J., de Barros, M. V. G., & Tassitano, R. M. (2020). Perception of barriers and facilitators for users to participate in physical activity programs. *Cadernos de Saude Publica*, 36(4), 1–12. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00081019>
8. Franco, M. R., Tong, A., Howard, K., Sherrington, C., Ferreira, P. H., Pinto, R. Z., & Ferreira, M. L. (2015). Older people’s perspectives on participation in physical activity: A systematic review and thematic synthesis of qualitative literature. *British Journal of Sports Medicine*, 49(19), 1268–1276. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2014-094015>
9. Kirk-Sanchez, N. J., & McGough, E. L. (2013). Physical exercise and cognitive performance in the elderly: Current perspectives. *Clinical Interventions in Aging*, 9, 51–62. <https://doi.org/10.2147/CIA.S39506>
10. Tsuda, T. (2017). Epidemiology of fragility fractures and fall prevention in the elderly: a systematic review of the literature. *Current Orthopaedic Practice*, 28(6), 580–585. <https://doi.org/10.1097/BCO.0000000000000563>

11. Schwan, J., Sclafani, J., & Tawfik, V. L. (2019). Chronic Pain Management in the Elderly. *Anesthesiology clinics*, 37(3), 547–560. <https://doi.org/10.1016/j.anclin.2019.04.012>
12. Cadore, E. L., Rodríguez-Mañas, L., Sinclair, A., & Izquierdo, M. (2013). Effects of Different Exercise Interventions on Risk of Falls, Gait Ability, and Balance in Physically Frail Older Adults: A Systematic Review. *Rejuvenation Research*, 16(2), 105–114. <https://doi.org/10.1089/rej.2012.1397>
13. Daoust, J. F. (2020). Elderly people and responses to COVID-19 in 27 Countries. *PLoS ONE*, 15(7), 1–13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235590>
14. Narasimha, S., Madathil, K. C., Agnisarman, S., Rogers, H., Welch, B., Ashok, A., Nair, A., & McElligott, J. (2017). Designing Telemedicine Systems for Geriatric Patients: A Review of the Usability Studies. *Telemedicine and E-Health*, 23(6), 459–472. <https://doi.org/10.1089/tmj.2016.0178>
15. Smith, A. C., & Gray, L. C. (2009). Telemedicine across the ages. *Medical Journal of Australia*, 190(1), 15–19. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2009.tb02255.x>
16. Wijesooriya, N. R., Mishra, V., Brand, P. L. P., & Rubin, B. K. (2020). COVID-19 and telehealth, education, and research adaptations. *Paediatric Respiratory Reviews*, 35, 38–42. <https://doi.org/10.1016/j.prrv.2020.06.009>
17. Smith, A. C., Thomas, E., Snowsall, C. L., Haydon, H., Mehrotra, A., Clemensen, J., & Caffery, L. J. (2020). Telehealth for global emergencies: Implications for coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Journal of Telemedicine and Telecare*, 26(5), 309–313. <https://doi.org/10.1177/1357633X20916567>
18. Cottrell, M. A., & Russell, T. G. (2020). Telehealth for musculoskeletal physiotherapy. *Musculoskeletal Science and Practice*, 48, 102193. <https://doi.org/10.1016/j.msksp.2020.102193>
19. Minghelli, B., Soares, A., Guerreiro, A., Ribeiro, A., Cabrita, C., Vitoria, C., Nunes, C., Martins, C., Gomes, D., Goulart, F., Santos, R. M. dos, & Antunes, R. (2020). Physiotherapy services in the face of a pandemic. *Revista Da Associação Médica Brasileira*, 66(4), 491–497. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.66.4.491>
20. Bennell, K. L., Marshall, C. J., Dobson, F., Kasza, J., Lonsdale, C., & Hinman, R. S. (2019). Does a Web-Based Exercise Programming System Improve Home Exercise Adherence for People with Musculoskeletal Conditions?: A Randomized Controlled Trial. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 98(10), 850–858. <https://doi.org/10.1097/PHM.0000000000001204>
21. Lambert, T. E., Harvey, L. A., Avdalis, C., Chen, L. W., Jeyalingam, S., Pratt, C. A., Tatum, H. J., Bowden, J. L., & Lucas, B. R. (2017). An app with remote support achieves better adherence to home exercise programs than paper handouts in people with musculoskeletal conditions: a randomised trial. *Journal of Physiotherapy*, 63(3), 161–167. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2017.05.015>

22. Polinski, J. M., Barker, T., Gagliano, N., Sussman, A., Brennan, T. A., & Shrank, W. H. (2016). Patients' Satisfaction with and Preference for Telehealth Visits. *Journal of General Internal Medicine*, *31*(3), 269–275. <https://doi.org/10.1007/s11606-015-3489-x>
23. Minghelli, B., Soares, A., Guerreiro, A., Ribeiro, A., Cabrita, C., Vitoria, C., Nunes, C., Martins, C., Gomes, D., Goulart, F., Santos, R. M. dos, & Antunes, R. (2020). Physiotherapy services in the face of a pandemic. *Revista Da Associação Médica Brasileira*, *66*(4), 491–497. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.66.4.491>
24. Bjorbækmo, W. S., & Mengshoel, A. M. (2016). “A touch of physiotherapy” — the significance and meaning of touch in the practice of physiotherapy. *Physiotherapy Theory and Practice*, *32*(1), 10–19. <https://doi.org/10.3109/09593985.2015.1071449>
25. Diniz, J. L., Moreira, A. C. A., Teixeira, I. X., Azevedo, S. G. V., Freitas, C. A. S. L., & Maranguape, I. C. (2020). Digital inclusion and Internet use among older adults in Brazil: a cross-sectional study. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *73*(suppl 3), e20200241. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0241>
26. Broens, T. H. F., Huis in't Veld, R. M. H. A., Vollenbroek-Hutten, M. M. R., Hermens, H. J., van Halteren, A. T., & Nieuwenhuis, L. J. M. (2007). Determinants of successful telemedicine implementations: a literature study. *Journal of Telemedicine and Telecare*, *13*(6), 303–309. <https://doi.org/10.1258/135763307781644951>
27. Wright, J., Dewan, S., Hilty, D., & Dewan, N. A. (2020). Health care providers' perceptions of quality, acceptance, and satisfaction with telebehavioral health services during the COVID-19 pandemic: Survey-based study. *JMIR Mental Health*, *7*(12), 1–6. <https://doi.org/10.2196/23245>
28. Tousignant, M., Boissy, P., Moffet, H., Corriveau, H., Cabana, F., Marquis, F., & Simard, J. (2011). Patients' satisfaction of healthcare services and perception with in-home telerehabilitation and physiotherapists' satisfaction toward technology for post-knee arthroplasty: An embedded study in a randomized trial. *Telemedicine and E-Health*, *17*(5), 376–382. <https://doi.org/10.1089/tmj.2010.0198>
29. Demiris, G., Speedie, S., & Finkelstein, S. (2000). A questionnaire for the assessment of patients' impressions of the risks and benefits of home telecare. *Journal of Telemedicine and Telecare*, *6*(5), 278–284. <https://doi.org/10.1258/1357633001935914>
30. Lawford, B. J., Bennell, K. L., Kasza, J., & Hinman, R. S. (2018). 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>
31. Bennell, K. L., Lawford, B. J., Metcalf, B., Mackenzie, D., Russell, T., van den Berg, M., Finnin, K., Crowther, S., Aiken, J., Fleming, J., & Hinman, R. S. (2021). Physiotherapists and patients report positive experiences overall with telehealth during the COVID-19 pandemic: a mixed-methods study. *Journal of Physiotherapy*, *67*(3), 201–209. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2021.06.009>

32. Assenza, C., Catania, H., Antenore, C., Gobetti, T., Gentili, P., Paolucci, S., & Morelli, D. (2021). Continuity of Care During COVID-19 Lockdown: A Survey on Stakeholders' Experience With Telerehabilitation. *Frontiers in Neurology, 11*.
<https://doi.org/10.3389/fneur.2020.617276>
33. Malliaras, P., Merolli, M., Williams, C. M., Caneiro, J. P., Haines, T., & Barton, C. (2021). 'It's not hands-on therapy, so it's very limited': Telehealth use and views among allied health clinicians during the coronavirus pandemic. *Musculoskeletal Science and Practice, 52*, 102340. <https://doi.org/10.1016/j.msksp.2021.102340>
34. Rausch, A.-K., Baur, H., Reicherzer, L., Wirz, M., Keller, F., Opsommer, E., Schoeb, V., Vercelli, S., & Barbero, M. (2021). Physiotherapists' use and perceptions of digital remote physiotherapy during COVID-19 lockdown in Switzerland: an online cross-sectional survey. *Archives of Physiotherapy, 11*(1), 18. <https://doi.org/10.1186/s40945-021-00112-3>
35. Aloyuni, S., Alharbi, R., Kashoo, F., Alqahtani, M., Alanazi, A., Alzhrani, M., & Ahmad, M. (2020). Knowledge, Attitude, and Barriers to Telerehabilitation-Based Physical Therapy Practice in Saudi Arabia. *Healthcare, 8*(4), 460.
<https://doi.org/10.3390/healthcare8040460>
36. Hwang, R., Bruning, J., Morris, N. R., Mandrusiak, A., & Russell, T. (2017). Home-based telerehabilitation is not inferior to a centre-based program in patients with chronic heart failure: a randomised trial. *Journal of Physiotherapy, 63*(2), 101–107.
<https://doi.org/10.1016/j.jphys.2017.02.017>
37. McIntyre, M., Robinson, L. R., & Mayo, A. (2020). Practical Considerations for Implementing Virtual Care in Physical Medicine and Rehabilitation. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation, 99*(6), 464–467.
<https://doi.org/10.1097/PHM.0000000000001453>
38. Truter, P., Russell, T., & Fary, R. (2014). The Validity of Physical Therapy Assessment of Low Back Pain via Telerehabilitation in a Clinical Setting. *Telemedicine and E-Health, 20*(2), 161–167. <https://doi.org/10.1089/tmj.2013.0088>
39. Chen, Y., Chen, Y., Zheng, K., Dodakian, L., See, J., Zhou, R., Chiu, N., Augsburger, R., McKenzie, A., & Cramer, S. C. (2020). A qualitative study on user acceptance of a home-based stroke telerehabilitation system. *Topics in Stroke Rehabilitation, 27*(2), 81–92. <https://doi.org/10.1080/10749357.2019.1683792>
40. 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>

41. Nuara, A., Fabbri-Destro, M., Scalona, E., Lenzi, S. E., Rizzolatti, G., & Avanzini, P. (2021). Telerehabilitation in response to constrained physical distance: an opportunity to rethink neurorehabilitative routines. *Journal of Neurology*. <https://doi.org/10.1007/s00415-021-10397-w>
42. Turolla, A., Rossettini, G., Viceconti, A., Palese, A., & Geri, T. (2020). Musculoskeletal Physical Therapy During the COVID-19 Pandemic: Is Telerehabilitation the Answer? *Physical Therapy*. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzaa093>
43. Scherrenberg, M., Wilhelm, M., Hansen, D., Völler, H., Cornelissen, V., Frederix, I., Kemps, H., & Dendale, P. (2021). The future is now: a call for action for cardiac telerehabilitation in the COVID-19 pandemic from the secondary prevention and rehabilitation section of the European Association of Preventive Cardiology. *European Journal of Preventive Cardiology*, 28(5), 524–540. <https://doi.org/10.1177/2047487320939671>
44. Oh-Park, M., Lew, H. L., & Raghavan, P. (2021). Telerehabilitation for Geriatrics. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 32(2), 291–305. <https://doi.org/10.1016/j.pmr.2021.01.003>
45. Schmid, J.-P. (2021). Telehealth during COVID-19 pandemic: will the future last? *European Journal of Preventive Cardiology*, 28(5), 522–523. <https://doi.org/10.1093/eurjpc/zwaa016>
46. van Deursen, A. J. (2020). Digital Inequality During a Pandemic: Quantitative Study of Differences in COVID-19–Related Internet Uses and Outcomes Among the General Population. *Journal of Medical Internet Research*, 22(8), e20073. <https://doi.org/10.2196/20073>
47. Nelson M, Russell T, Crossley K, Bourke M, McPhail S. Cost-effectiveness of telerehabilitation versus traditional care after total hip replacement: A trial-based economic evaluation. *J Telemed Telecare*. 2021;27(6):359-366. doi:10.1177/1357633X19869796
48. Saaei, F., & Klappa, S. G. (2021). Rethinking Telerehabilitation: Attitudes of Physical Therapists and Patients. *Journal of Patient Experience*, 8, 237437352110343. <https://doi.org/10.1177/23743735211034335>

8. ANEXO A: REGRAS DA REVISTA PARA SUBMISSÃO:



ARCHIVES OF GERONTOLOGY AND GERIATRICS

An International Journal Integrating Experimental, Clinical, and Social Studies on Ageing

AUTHOR INFORMATION PACK

TABLE OF CONTENTS

• Description	p.1
• Audience	p.1
• Impact Factor	p.1
• Abstracting and Indexing	p.2
• Editorial Board	p.2
• Guide for Authors	p.4



ISSN: 0167-4943

DESCRIPTION

Archives of Gerontology and Geriatrics provides a medium for the publication of papers from the fields of **experimental gerontology** and **clinical** and **social geriatrics**. The principal aim of the journal is to facilitate the exchange of information between specialists in these three fields of gerontological research. Experimental papers dealing with the basic mechanisms of aging at molecular, cellular, tissue or organ levels will be published.

Clinical papers will be accepted if they provide sufficiently new information or are of fundamental importance for the knowledge of **human aging**. Purely descriptive clinical papers will be accepted only if the results permit further interpretation. Papers dealing with anti-aging pharmacological preparations in humans are welcome. Papers on the social aspects of geriatrics will be accepted if they are of general interest regarding the epidemiology of aging and the efficiency and working methods of the social organizations for the health care of the elderly.

Benefits to authors

We also provide many author benefits, such as free PDFs, a liberal copyright policy, special discounts on Elsevier publications and much more. Please click here for more information on our [author services](#).

Please see our [Guide for Authors](#) for information on article submission. If you require any further information or help, please visit our [Support Center](#)

AUDIENCE

Experimental gerontologists, geriatricians, neuroscientists, psychologists, psychiatrists, neurologists and cell biologists.

IMPACT FACTOR

2020: 3.250 © Clarivate Analytics Journal Citation Reports 2021

ABSTRACTING AND INDEXING

Current Contents - Life Sciences
Embase
PsycINFO
Pascal Francis
PubMed/Medline
BIOSIS Citation Index
Chemical Abstracts
Scopus
Science Citation Index

EDITORIAL BOARD

Editor-in-Chief

Liang-Kung Chen, National Yang Ming Chiao Tung University School of Medicine, Taipei, Taiwan
Richard Wallace Bohannon, Physical Therapy Consultants, Fuquay-Varina, United States of America

Associate Editors

Robbert Gobbens, Inholland University of Applied Sciences, Amsterdam, Netherlands
André Hajek, University Medical Center Hamburg-Eppendorf, Department of Health Economics and Health Services Research, Hamburg, Germany
Katsuya Iijima, The University of Tokyo, Tokyo, Japan
Li-Wei Ko, National Yang Ming Chiao Tung University Institute of Bioinformatics and Systems Biology, Hsinchu, Taiwan
Chi-Hung Lin, National Yang Ming Chiao Tung University College of Biological Science and Technology, Hsinchu, Taiwan
Mitsuo Maruyama, National Center for Geriatrics and Gerontology, Obu, Japan
Emanuele Marzetti, Catholic University of the Sacred Heart, Rome, Italy

Managing Editor

Heng-Hsin Tung, National Yang Ming Chiao Tung University School of Nursing, Taipei, Taiwan

Past Editor-in-Chief

J. Starr†, Alzheimer Scotland Dementia Research Centre, Edinburgh, United Kingdom

Founding Editor

I.Zs.- Nagy, University of Debrecen, Debrecen, Hungary

Editorial Board

Ali Ahmed, The University of Alabama at Birmingham, Birmingham, Alabama, United States of America
Y. Arai, National Center for Geriatrics and Gerontology Research Institute, Obu, Japan
Ragnar Asplund, Karolinska Institute, Stockholm, Sweden
Gyula Bako, University of Debrecen, Debrecen, Hungary
C. Bertoni-Freddari, INRCA-IRCCS, Ancona, Italy
Vladislav Bezrukov, D F Chebotarev State Institute of Gerontology NAMS of Ukraine, Kyiv, Ukraine
Domenico Cucinotta, Center for Bioregulation and Antiaging Medicine, Parma, Italy
Mario Fioravanti, University of Rome La Sapienza, Roma, Italy
Robert Floyd, Oklahoma Medical Research Foundation, Oklahoma City, Oklahoma, United States of America
Tamas Fülöp, Sherbrooke University of Applied Sciences Institute, Quebec, Canada
Karabi Ghose, University of Otago, Dunedin, New Zealand
S. Goto, Toho University Faculty of Pharmaceutical Science Graduate School of Pharmaceutical Science, Funabashi, Chiba, Japan
John Gutteridge, Royal Brompton Hospital, London, United Kingdom
S. Hatano, Chiba, Japan
Gerhard Hofecker, Wien, Austria
Mario Impallomeni, Imperial College London Faculty of Medicine, London, United Kingdom
Laszlo Ivan, Semmelweis University, Budapest, Hungary
Ron Klatz, The American Acad. of Anti-Aging Med, President, Chicago, Illinois, United States of America
Chih-Kuang Liang, Kaohsiung Veterans General Hospital, Center for Geriatrics and Gerontology, Kaohsiung, Taiwan
Fiorella Marcellini, INRCA-IRCCS, Ancona, Italy
Domenico Maugeri, University of Catania, Catania, Italy
Jaime Miquel, University of Alicante, Alicante, Spain
Li-Ning Peng, Taipei Veterans General Hospital, Centre for Geriatrics and Gerontology, Taipei, Taiwan

Eduardo Porta, University of Hawai'i at Manoa, Honolulu, Hawaii, United States of America
Giovanni Ravaglia, IRCCS University Hospital of Bologna S Orsola-Malpighi Polyclinic, Bologna, Italy
L. Robert, Paris, France
Hiroshi Shibata, Obirin University College of Health and Welfare, Tokyo, Japan
Bertil Steen, University of Gothenburg, Gothenburg, Sweden
Reijo Tilvis, University of Helsinki, Helsinki, Finland
Mauro Zamboni, University of Verona, Verona, Italy

GUIDE FOR AUTHORS

Your Paper Your Way

We now differentiate between the requirements for new and revised submissions. You may choose to submit your manuscript as a single Word or PDF file to be used in the refereeing process. Only when your paper is at the revision stage, will you be requested to put your paper in to a 'correct format' for acceptance and provide the items required for the publication of your article.

To find out more, please visit the Preparation section below.

Archives of Gerontology and Geriatrics provides a medium for the publication of papers from the fields of **experimental gerontology** and **clinical** and **social geriatrics**. The principal aim of the journal is to facilitate the exchange of information between specialists in these three fields of gerontological research. Experimental papers dealing with the basic mechanisms of aging at molecular, cellular, tissue or organ levels will be published.

Article types

(1) Original papers reporting results of fundamental research in the fields defined in Aims and Scope

(2) Systematic Reviews. We also welcome reviews by investigators of a series of their own studies where findings from several papers can be presented as a coherent whole advancing knowledge in a particular area. Such reviews may relate to both experimental studies and cohort profiles detailing the study provenance and its main findings.

(3) Study protocols that describe complex samples or experimental methods relating to the fields defined in Aims and Scope are welcome.

(4) Letters-to-the-Editor are contributions which should be concerned with matters of opinion on contributions published in the journal and other matters of interest to researchers in our field. Letters to the Editor should begin 'Dear Editor', and should not include an abstract. These contributions are of low publication priority.

Contact details for submission

Please contact the Editorial Office at **AGG@elsevier.com** for general queries.

Submission Checklist

You can use this list to carry out a final check of your submission before you send it to the journal for review. Please check the relevant section in this Guide for Authors for more details.

Ensure that the following items are present:

One author has been designated as the corresponding author with contact details:

- E-mail address
- Full postal address

All necessary files have been uploaded:

Manuscript:

- Include keywords
- All figures (include relevant captions)
- All tables (including titles, description, footnotes)
- Ensure all figure and table citations in the text match the files provided
- Indicate clearly if color should be used for any figures in print

Graphical Abstracts / Highlights files (where applicable)

Supplemental files (where applicable)

Further considerations

- Manuscript must be 'spell checked' and 'grammar checked'. Passive voice is discouraged.
- All references mentioned in the Reference List are cited in the text, and vice versa
- Permission to obtain for use of copyrighted material from other sources (including the Internet)
- A competing interests statement is provided, even if the authors have no competing interests to declare
- Journal policies detailed in this guide have been reviewed
- Referee suggestions and contact details provided, based on journal requirements

For further information, visit our [Support Center](#).

BEFORE YOU BEGIN

Ethics in publishing

Please see our information on [Ethics in publishing](#).

Studies in humans and animals

If the work involves the use of human participants, the author should ensure that the work described has been carried out in accordance with [The Code of Ethics of the World Medical Association \(Declaration of Helsinki\)](#) for experiments involving humans. The manuscript should be in line with the [Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing and Publication of Scholarly Work in Medical Journals](#) and aim for the inclusion of representative human populations (sex, age and ethnicity) as per those recommendations. The terms **sex** and **gender** should be used correctly.

Authors should include a statement in the manuscript that informed consent was obtained for experimentation with human participants. The privacy rights of human participants must always be observed.

All animal experiments should comply with the [ARRIVE guidelines](#) and should be carried out in accordance with the U.K. Animals (Scientific Procedures) Act, 1986 and associated guidelines, [EU Directive 2010/63/EU for animal experiments](#), or the National Institutes of Health guide for the care and use of Laboratory animals (NIH Publications No. 8023, revised 1978) and the authors should clearly indicate in the manuscript that such guidelines have been followed. The sex of animals must be indicated, and where appropriate, the influence (or association) of sex on the results of the study.

Declaration of interest

All authors must disclose any financial and personal relationships with other people or organizations that could inappropriately influence (bias) their work. Examples of potential competing interests include employment, consultancies, stock ownership, honoraria, paid expert testimony, patent applications/registrations, and grants or other funding. Authors must disclose any interests in two places: 1. A summary declaration of interest statement in the title page file (if double anonymized) or the manuscript file (if single anonymized). If there are no interests to declare then please state this: 'Declarations of interest: none'. 2. Detailed disclosures as part of a separate Declaration of Interest form, which forms part of the journal's official records. It is important for potential interests to be declared in both places and that the information matches. [More information](#).

Submission declaration and verification

Submission of an article implies that the work described has not been published previously (except in the form of an abstract, a published lecture or academic thesis, see '[Multiple, redundant or concurrent publication](#)' for more information), that it is not under consideration for publication elsewhere, that its publication is approved by all authors and tacitly or explicitly by the responsible authorities where the work was carried out, and that, if accepted, it will not be published elsewhere in the same form, in English or in any other language, including electronically without the written consent of the copyright-holder. To verify originality, your article may be checked by the originality detection service [Crossref Similarity Check](#).

Preprints

Please note that [preprints](#) can be shared anywhere at any time, in line with Elsevier's [sharing policy](#). Sharing your preprints e.g. on a preprint server will not count as prior publication (see '[Multiple, redundant or concurrent publication](#)' for more information).

Use of inclusive language

Inclusive language acknowledges diversity, conveys respect to all people, is sensitive to differences, and promotes equal opportunities. Content should make no assumptions about the beliefs or commitments of any reader; contain nothing which might imply that one individual is superior to another on the grounds of age, gender, race, ethnicity, culture, sexual orientation, disability or health condition; and use inclusive language throughout. Authors should ensure that writing is free from bias, stereotypes, slang, reference to dominant culture and/or cultural assumptions. We advise to seek gender neutrality by using plural nouns ("clinicians, patients/clients") as default/wherever possible to avoid using "he, she," or "he/she." We recommend avoiding the use of descriptors that refer to

personal attributes such as age, gender, race, ethnicity, culture, sexual orientation, disability or health condition unless they are relevant and valid. These guidelines are meant as a point of reference to help identify appropriate language but are by no means exhaustive or definitive.

Author contributions

For transparency, we encourage authors to submit an author statement file outlining their individual contributions to the paper using the relevant CRediT roles: Conceptualization; Data curation; Formal analysis; Funding acquisition; Investigation; Methodology; Project administration; Resources; Software; Supervision; Validation; Visualization; Roles/Writing - original draft; Writing - review & editing. Authorship statements should be formatted with the names of authors first and CRediT role(s) following. [More details and an example](#)

Changes to authorship

Authors are expected to consider carefully the list and order of authors **before** submitting their manuscript and provide the definitive list of authors at the time of the original submission. Any addition, deletion or rearrangement of author names in the authorship list should be made only **before** the manuscript has been accepted and only if approved by the journal Editor. To request such a change, the Editor must receive the following from the **corresponding author**: (a) the reason for the change in author list and (b) written confirmation (e-mail, letter) from all authors that they agree with the addition, removal or rearrangement. In the case of addition or removal of authors, this includes confirmation from the author being added or removed.

Only in exceptional circumstances will the Editor consider the addition, deletion or rearrangement of authors **after** the manuscript has been accepted. While the Editor considers the request, publication of the manuscript will be suspended. If the manuscript has already been published in an online issue, any requests approved by the Editor will result in a corrigendum.

Clinical trial results

In line with the position of the International Committee of Medical Journal Editors, the journal will not consider results posted in the same clinical trials registry in which primary registration resides to be prior publication if the results posted are presented in the form of a brief structured (less than 500 words) abstract or table. However, divulging results in other circumstances (e.g., investors' meetings) is discouraged and may jeopardise consideration of the manuscript. Authors should fully disclose all posting in registries of results of the same or closely related work.

Reporting clinical trials

Randomized controlled trials should be presented according to the CONSORT guidelines. At manuscript submission, authors must provide the CONSORT checklist accompanied by a flow diagram that illustrates the progress of patients through the trial, including recruitment, enrollment, randomization, withdrawal and completion, and a detailed description of the randomization procedure. The [CONSORT checklist and template flow diagram](#) are available online.

Registration of clinical trials

Registration in a public trials registry is a condition for publication of clinical trials in this journal in accordance with [International Committee of Medical Journal Editors](#) recommendations. Trials must register at or before the onset of patient enrolment. The clinical trial registration number should be included at the end of the abstract of the article. A clinical trial is defined as any research study that prospectively assigns human participants or groups of humans to one or more health-related interventions to evaluate the effects of health outcomes. Health-related interventions include any intervention used to modify a biomedical or health-related outcome (for example drugs, surgical procedures, devices, behavioural treatments, dietary interventions, and process-of-care changes). Health outcomes include any biomedical or health-related measures obtained in patients or participants, including pharmacokinetic measures and adverse events. Purely observational studies (those in which the assignment of the medical intervention is not at the discretion of the investigator) will not require registration.

Copyright

Upon acceptance of an article, authors will be asked to complete a 'Journal Publishing Agreement' (see [more information](#) on this). An e-mail will be sent to the corresponding author confirming receipt of the manuscript together with a 'Journal Publishing Agreement' form or a link to the online version of this agreement.

Subscribers may reproduce tables of contents or prepare lists of articles including abstracts for internal circulation within their institutions. [Permission](#) of the Publisher is required for resale or distribution outside the institution and for all other derivative works, including compilations and translations. If excerpts from other copyrighted works are included, the author(s) must obtain written permission from the copyright owners and credit the source(s) in the article. Elsevier has [preprinted forms](#) for use by authors in these cases.

For gold open access articles: Upon acceptance of an article, authors will be asked to complete a 'License Agreement' ([more information](#)). Permitted third party reuse of gold open access articles is determined by the author's choice of [user license](#).

Author rights

As an author you (or your employer or institution) have certain rights to reuse your work. [More information](#).

Elsevier supports responsible sharing

Find out how you can [share your research](#) published in Elsevier journals.

Role of the funding source

You are requested to identify who provided financial support for the conduct of the research and/or preparation of the article and to briefly describe the role of the sponsor(s), if any, in study design; in the collection, analysis and interpretation of data; in the writing of the report; and in the decision to submit the article for publication. If the funding source(s) had no such involvement then this should be stated.

Open access

Please visit our [Open Access page](#) for more information.

Elsevier Researcher Academy

[Researcher Academy](#) is a free e-learning platform designed to support early and mid-career researchers throughout their research journey. The "Learn" environment at Researcher Academy offers several interactive modules, webinars, downloadable guides and resources to guide you through the process of writing for research and going through peer review. Feel free to use these free resources to improve your submission and navigate the publication process with ease.

Language (usage and editing services)

Please write your text in good English (American or British usage is accepted, but not a mixture of these). Authors who feel their English language manuscript may require editing to eliminate possible grammatical or spelling errors and to conform to correct scientific English may wish to use the [English Language Editing service](#) available from Elsevier's Author Services.

Patient details

Unless you have written permission from the patient (or, where applicable, the next of kin), the personal details of any patient included in any part of the article and in any supplementary materials (including all illustrations and videos) must be removed before submission. For further information see <https://www.elsevier.com/patientphotographs>

Submission

Our online submission system guides you stepwise through the process of entering your article details and uploading your files. The system converts your article files to a single PDF file used in the peer-review process. Editable files (e.g., Word, LaTeX) are required to typeset your article for final publication. All correspondence, including notification of the Editor's decision and requests for revision, is sent by e-mail.

Submit your article

Please submit your article via <https://www.editorialmanager.com/agg/default.aspx>.

Referees

Please submit the names and institutional e-mail addresses of several potential referees. For more details, visit our [Support site](#). Note that the editor retains the sole right to decide whether or not the suggested reviewers are used.

PREPARATION

Queries

For questions about the editorial process (including the status of manuscripts under review) or for technical support on submissions, please visit our [Support Center](#).

NEW SUBMISSIONS

Submission to this journal proceeds totally online and you will be guided stepwise through the creation and uploading of your files. The system automatically converts your files to a single PDF file, which is used in the peer-review process.

As part of the Your Paper Your Way service, you may choose to submit your manuscript as a single file to be used in the refereeing process. This can be a PDF file or a Word document, in any format or layout that can be used by referees to evaluate your manuscript. It should contain high enough quality figures for refereeing. If you prefer to do so, you may still provide all or some of the source files at the initial submission. Please note that individual figure files larger than 10 MB must be uploaded separately.

References

There are no strict requirements on reference formatting at submission. References can be in any style or format as long as the style is consistent. Where applicable, author(s) name(s), journal title/book title, chapter title/article title, year of publication, volume number/book chapter and the article number or pagination must be present. Use of DOI is highly encouraged. The reference style used by the journal will be applied to the accepted article by Elsevier at the proof stage. Note that missing data will be highlighted at proof stage for the author to correct.

Formatting requirements

There are no strict formatting requirements but all manuscripts must contain the essential elements needed to convey your manuscript, for example Abstract, Keywords, Introduction, Materials and Methods, Results, Conclusions, Artwork and Tables with Captions.

If your article includes any Videos and/or other Supplementary material, this should be included in your initial submission for peer review purposes.

Divide the article into clearly defined sections.

Figures and tables embedded in text

Please ensure the figures and the tables included in the single file are placed next to the relevant text in the manuscript, rather than at the bottom or the top of the file. The corresponding caption should be placed directly below the figure or table.

Peer review

This journal operates a single anonymized review process. All contributions will be initially assessed by the editor for suitability for the journal. Papers deemed suitable are then typically sent to a minimum of two independent expert reviewers to assess the scientific quality of the paper. The Editor is responsible for the final decision regarding acceptance or rejection of articles. The Editor's decision is final. Editors are not involved in decisions about papers which they have written themselves or have been written by family members or colleagues or which relate to products or services in which the editor has an interest. Any such submission is subject to all of the journal's usual procedures, with peer review handled independently of the relevant editor and their research groups. [More information on types of peer review](#).

REVISED SUBMISSIONS

Use of word processing software

Regardless of the file format of the original submission, at revision you must provide us with an editable file of the entire article. Keep the layout of the text as simple as possible. Most formatting codes will be removed and replaced on processing the article. The electronic text should be prepared in a way very similar to that of conventional manuscripts (see also the [Guide to Publishing with Elsevier](#)). See also the section on Electronic artwork.

To avoid unnecessary errors you are strongly advised to use the 'spell-check' and 'grammar-check' functions of your word processor.

Subdivision - numbered sections

Divide your article into clearly defined and numbered sections. Subsections should be numbered 1.1 (then 1.1.1, 1.1.2, ...), 1.2, etc. (the abstract is not included in section numbering). Use this numbering also for internal cross-referencing: do not just refer to 'the text'. Any subsection may be given a brief heading. Each heading should appear on its own separate line.

Introduction

State the objectives of the work and provide an adequate background, avoiding a detailed literature survey or a summary of the results.

Material and methods

Provide sufficient details to allow the work to be reproduced by an independent researcher. Methods that are already published should be summarized, and indicated by a reference. If quoting directly from a previously published method, use quotation marks and also cite the source. Any modifications to existing methods should also be described.

Results

Results should be clear and concise.

Discussion

This should explore the significance of the results of the work, not repeat them. A combined Results and Discussion section is often appropriate. Avoid extensive citations and discussion of published literature.

Conclusions

The main conclusions of the study may be presented in a short Conclusions section, which may stand alone or form a subsection of a Discussion or Results and Discussion section.

Appendices

If there is more than one appendix, they should be identified as A, B, etc. Formulae and equations in appendices should be given separate numbering: Eq. (A.1), Eq. (A.2), etc.; in a subsequent appendix, Eq. (B.1) and so on. Similarly for tables and figures: Table A.1; Fig. A.1, etc.

Essential title page information

- **Title.** Concise and informative. Titles are often used in information-retrieval systems. Avoid abbreviations and formulae where possible.
- **Author names and affiliations.** Please clearly indicate the given name(s) and family name(s) of each author and check that all names are accurately spelled. You can add your name between parentheses in your own script behind the English transliteration. Present the authors' affiliation addresses (where the actual work was done) below the names. Indicate all affiliations with a lower-case superscript letter immediately after the author's name and in front of the appropriate address. Provide the full postal address of each affiliation, including the country name and, if available, the e-mail address of each author.
- **Corresponding author.** Clearly indicate who will handle correspondence at all stages of refereeing and publication, also post-publication. This responsibility includes answering any future queries about Methodology and Materials. **Ensure that the e-mail address is given and that contact details are kept up to date by the corresponding author.**
- **Present/permanent address.** If an author has moved since the work described in the article was done, or was visiting at the time, a 'Present address' (or 'Permanent address') may be indicated as a footnote to that author's name. The address at which the author actually did the work must be retained as the main, affiliation address. Superscript Arabic numerals are used for such footnotes.

Highlights

Highlights are mandatory for this journal as they help increase the discoverability of your article via search engines. They consist of a short collection of bullet points that capture the novel results of your research as well as new methods that were used during the study (if any). Please have a look at the examples here: [example Highlights](#).

Highlights should be submitted in a separate editable file in the online submission system. Please use 'Highlights' in the file name and include 3 to 5 bullet points (maximum 85 characters, including spaces, per bullet point).

Abstract

A concise and factual abstract is required (maximum length 250 words). For original articles and systematic reviews the abstract should be structured to state briefly the purpose of the research, the materials and methods, the principal results and major conclusions. An abstract is often presented separate from the article, so it must be able to stand alone. References should therefore be avoided, but if essential, they must be cited in full, without reference to the reference list. Non-standard or uncommon abbreviations should be avoided, but if essential they must be defined at their first mention in the abstract itself.

Graphical abstract

Although a graphical abstract is optional, its use is encouraged as it draws more attention to the online article. The graphical abstract should summarize the contents of the article in a concise, pictorial form designed to capture the attention of a wide readership. Graphical abstracts should be submitted as a separate file in the online submission system. Image size: Please provide an image with a minimum of 531 × 1328 pixels (h × w) or proportionally more. The image should be readable at a size of 5 × 13 cm using a regular screen resolution of 96 dpi. Preferred file types: TIFF, EPS, PDF or MS Office files. You can view [Example Graphical Abstracts](#) on our information site.

Authors can make use of Elsevier's [Illustration Services](#) to ensure the best presentation of their images and in accordance with all technical requirements.

Keywords

Immediately after the abstract, provide a maximum of 6 keywords, using American spelling and avoiding general and plural terms and multiple concepts (avoid, for example, 'and', 'of'). Be sparing with abbreviations: only abbreviations firmly established in the field may be eligible. These keywords will be used for indexing purposes.

Abbreviations

Define abbreviations that are not standard in this field in a footnote to be placed on the first page of the article. Such abbreviations that are unavoidable in the abstract must be defined at their first mention there, as well as in the footnote. Ensure consistency of abbreviations throughout the article.

Acknowledgements

Collate acknowledgements in a separate section at the end of the article before the references and do not, therefore, include them on the title page, as a footnote to the title or otherwise. List here those individuals who provided help during the research (e.g., providing language help, writing assistance or proof reading the article, etc.).

Formatting of funding sources

List funding sources in this standard way to facilitate compliance to funder's requirements:

Funding: This work was supported by the National Institutes of Health [grant numbers xxxx, yyyy]; the Bill & Melinda Gates Foundation, Seattle, WA [grant number zzzz]; and the United States Institutes of Peace [grant number aaaa].

It is not necessary to include detailed descriptions on the program or type of grants and awards. When funding is from a block grant or other resources available to a university, college, or other research institution, submit the name of the institute or organization that provided the funding.

If no funding has been provided for the research, please include the following sentence:

This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Units

Follow internationally accepted rules and conventions: use the international system of units (SI). If other units are mentioned, please give their equivalent in SI.

Footnotes

Footnotes should be used sparingly. Number them consecutively throughout the article. Many word processors build footnotes into the text, and this feature may be used. Should this not be the case, indicate the position of footnotes in the text and present the footnotes themselves separately at the end of the article.

Artwork

Electronic artwork

General points

- Make sure you use uniform lettering and sizing of your original artwork.
- Preferred fonts: Arial (or Helvetica), Times New Roman (or Times), Symbol, Courier.
- Number the illustrations according to their sequence in the text.
- Use a logical naming convention for your artwork files.
- Indicate per figure if it is a single, 1.5 or 2-column fitting image.
- For Word submissions only, you may still provide figures and their captions, and tables within a single file at the revision stage.

- Please note that individual figure files larger than 10 MB must be provided in separate source files.

A detailed [guide on electronic artwork](#) is available.

You are urged to visit this site; some excerpts from the detailed information are given here.

Formats

Regardless of the application used, when your electronic artwork is finalized, please 'save as' or convert the images to one of the following formats (note the resolution requirements for line drawings, halftones, and line/halftone combinations given below):

EPS (or PDF): Vector drawings. Embed the font or save the text as 'graphics'.

TIFF (or JPG): Color or grayscale photographs (halftones): always use a minimum of 300 dpi.

TIFF (or JPG): Bitmapped line drawings: use a minimum of 1000 dpi.

TIFF (or JPG): Combinations bitmapped line/half-tone (color or grayscale): a minimum of 500 dpi is required.

Please do not:

- Supply files that are optimized for screen use (e.g., GIF, BMP, PICT, WPG); the resolution is too low.
- Supply files that are too low in resolution.
- Submit graphics that are disproportionately large for the content.

Color artwork

Please make sure that artwork files are in an acceptable format (TIFF (or JPEG), EPS (or PDF) or MS Office files) and with the correct resolution. If, together with your accepted article, you submit usable color figures then Elsevier will ensure, at no additional charge, that these figures will appear in color online (e.g., ScienceDirect and other sites) in addition to color reproduction in print. [Further information on the preparation of electronic artwork.](#)

Line Drawings

Supply high-quality printouts on white paper produced with black ink. The lettering and symbols, as well as other details, should have proportionate dimensions, so as not to become illegible or unclear after possible reduction; in general, the figures should be designed for a reduction factor of two to three. The degree of reduction will be determined by the Publisher. Illustrations will not be enlarged. Consider the page format of the journal when designing the illustrations.

Figure captions

Ensure that each illustration has a caption. A caption should comprise a brief title (**not** on the figure itself) and a description of the illustration. Keep text in the illustrations themselves to a minimum but explain all symbols and abbreviations used.

Tables

Please submit tables as editable text and not as images. Tables can be placed either next to the relevant text in the article, or on separate page(s) at the end. Number tables consecutively in accordance with their appearance in the text and place any table notes below the table body. Be sparing in the use of tables and ensure that the data presented in them do not duplicate results described elsewhere in the article. Please avoid using vertical rules and shading in table cells.

References

Citation in text

Please ensure that every reference cited in the text is also present in the reference list (and vice versa). Any references cited in the abstract must be given in full. Unpublished results and personal communications are not recommended in the reference list, but may be mentioned in the text. If these references are included in the reference list they should follow the standard reference style of the journal and should include a substitution of the publication date with either 'Unpublished results' or 'Personal communication'. Citation of a reference as 'in press' implies that the item has been accepted for publication.

Data references

This journal encourages you to cite underlying or relevant datasets in your manuscript by citing them in your text and including a data reference in your Reference List. Data references should include the following elements: author name(s), dataset title, data repository, version (where available), year, and global persistent identifier. Add [dataset] immediately before the reference so we can properly identify it as a data reference. The [dataset] identifier will not appear in your published article.

References in a special issue

Please ensure that the words 'this issue' are added to any references in the list (and any citations in the text) to other articles in the same Special Issue.

Reference management software

Most Elsevier journals have their reference template available in many of the most popular reference management software products. These include all products that support [Citation Style Language styles](#), such as [Mendeley](#). Using citation plug-ins from these products, authors only need to select the appropriate journal template when preparing their article, after which citations and bibliographies will be automatically formatted in the journal's style. If no template is yet available for this journal, please follow the format of the sample references and citations as shown in this Guide. If you use reference management software, please ensure that you remove all field codes before submitting the electronic manuscript. [More information on how to remove field codes from different reference management software](#).

Users of Mendeley Desktop can easily install the reference style for this journal by clicking the following link:

<http://open.mendeley.com/use-citation-style/archives-of-gerontology-and-geriatrics>

When preparing your manuscript, you will then be able to select this style using the Mendeley plug-ins for Microsoft Word or LibreOffice.

Reference formatting

There are no strict requirements on reference formatting at submission. References can be in any style or format as long as the style is consistent. Where applicable, author(s) name(s), journal title/book title, chapter title/article title, year of publication, volume number/book chapter and the article number or pagination must be present. Use of DOI is highly encouraged. The reference style used by the journal will be applied to the accepted article by Elsevier at the proof stage. Note that missing data will be highlighted at proof stage for the author to correct. If you do wish to format the references yourself they should be arranged according to the following examples:

Reference style

Text: Citations in the text should follow the referencing style used by the American Psychological Association. You are referred to the Publication Manual of the American Psychological Association, Seventh Edition, ISBN 978-1-4338-3215-4, copies of which may be [ordered online](#).

List: references should be arranged first alphabetically and then further sorted chronologically if necessary. More than one reference from the same author(s) in the same year must be identified by the letters 'a', 'b', 'c', etc., placed after the year of publication.

Examples:

Reference to a journal publication:

Van der Geer, J., Hanraads, J. A. J., & Lupton, R. A. (2010). The art of writing a scientific article. *Journal of Scientific Communications*, 163, 51–59. <https://doi.org/10.1016/j.sc.2010.00372>.

Reference to a journal publication with an article number:

Van der Geer, J., Hanraads, J. A. J., & Lupton, R. A. (2018). The art of writing a scientific article. *Heliyon*, 19, Article e00205. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2018.e00205>.

Reference to a book:

Strunk, W., Jr., & White, E. B. (2000). *The elements of style* (4th ed.). Longman (Chapter 4).

Reference to a chapter in an edited book:

Mettam, G. R., & Adams, L. B. (2009). How to prepare an electronic version of your article. In B. S. Jones, & R. Z. Smith (Eds.), *Introduction to the electronic age* (pp. 281–304). E-Publishing Inc.

Reference to a website:

Powertech Systems. (2015). *Lithium-ion vs lead-acid cost analysis*. Retrieved from <http://www.powertechsystems.eu/home/tech-corner/lithium-ion-vs-lead-acid-cost-analysis/>. Accessed January 6, 2016

Reference to a dataset:

[dataset] Oguro, M., Imahiro, S., Saito, S., & Nakashizuka, T. (2015). *Mortality data for Japanese oak wilt disease and surrounding forest compositions*. Mendeley Data, v1. <https://doi.org/10.17632/xwj98nb39r.1>.

Reference to a conference paper or poster presentation:

Engle, E.K., Cash, T.F., & Jarry, J.L. (2009, November). *The Body Image Behaviours Inventory-3: Development and validation of the Body Image Compulsive Actions and Body Image Avoidance Scales*. Poster session presentation at the meeting of the Association for Behavioural and Cognitive Therapies, New York, NY.

Reference to software:

Coon, E., Berndt, M., Jan, A., Svyatsky, D., Atchley, A., Kikinon, E., Harp, D., Manzini, G., Shelef, E., Lipnikov, K., Garimella, R., Xu, C., Moulton, D., Karra, S., Painter, S., Jafarov, E., & Molins, S. (2020, March 25). *Advanced Terrestrial Simulator (ATS) v0.88 (Version 0.88)*. Zenodo. <https://doi.org/10.5281/zenodo.3727209>.

Data visualization

Include interactive data visualizations in your publication and let your readers interact and engage more closely with your research. Follow the instructions [here](#) to find out about available data visualization options and how to include them with your article.

Supplementary material

Supplementary material such as applications, images and sound clips, can be published with your article to enhance it. Submitted supplementary items are published exactly as they are received (Excel or PowerPoint files will appear as such online). Please submit your material together with the article and supply a concise, descriptive caption for each supplementary file. If you wish to make changes to supplementary material during any stage of the process, please make sure to provide an updated file. Do not annotate any corrections on a previous version. Please switch off the 'Track Changes' option in Microsoft Office files as these will appear in the published version.

Data linking

If you have made your research data available in a data repository, you can link your article directly to the dataset. Elsevier collaborates with a number of repositories to link articles on ScienceDirect with relevant repositories, giving readers access to underlying data that gives them a better understanding of the research described.

There are different ways to link your datasets to your article. When available, you can directly link your dataset to your article by providing the relevant information in the submission system. For more information, visit the [database linking page](#).

For [supported data repositories](#) a repository banner will automatically appear next to your published article on ScienceDirect.

In addition, you can link to relevant data or entities through identifiers within the text of your manuscript, using the following format: Database: xxxx (e.g., TAIR: AT1G01020; CCDC: 734053; PDB: 1XFN).

Mendeley Data

This journal supports Mendeley Data, enabling you to deposit any research data (including raw and processed data, video, code, software, algorithms, protocols, and methods) associated with your manuscript in a free-to-use, open access repository. Before submitting your article, you can deposit the relevant datasets to *Mendeley Data*. Please include the DOI of the deposited dataset(s) in your main manuscript file. The datasets will be listed and directly accessible to readers next to your published article online.

For more information, visit the [Mendeley Data for journals page](#).

Data in Brief

You have the option of converting any or all parts of your supplementary or additional raw data into a data article published in *Data in Brief*. A data article is a new kind of article that ensures that your data are actively reviewed, curated, formatted, indexed, given a DOI and made publicly available to all upon publication (watch this [video](#) describing the benefits of publishing your data in *Data in Brief*). You are encouraged to submit your data article for *Data in Brief* as an additional item directly alongside the revised version of your manuscript. If your research article is accepted, your data article will automatically be transferred over to *Data in Brief* where it will be editorially reviewed, published open access and linked to your research article on ScienceDirect. Please note an [open access fee](#) is payable for publication in *Data in Brief*. Full details can be found on the [Data in Brief website](#). Please use [this template](#) to write your *Data in Brief* data article.

Data statement

To foster transparency, we encourage you to state the availability of your data in your submission. This may be a requirement of your funding body or institution. If your data is unavailable to access or unsuitable to post, you will have the opportunity to indicate why during the submission process, for example by stating that the research data is confidential. The statement will appear with your published article on ScienceDirect. For more information, visit the [Data Statement page](#).

AFTER ACCEPTANCE

Online proof correction

To ensure a fast publication process of the article, we kindly ask authors to provide us with their proof corrections within two days. Corresponding authors will receive an e-mail with a link to our online proofing system, allowing annotation and correction of proofs online. The environment is similar to MS Word: in addition to editing text, you can also comment on figures/tables and answer questions from the Copy Editor. Web-based proofing provides a faster and less error-prone process by allowing you to directly type your corrections, eliminating the potential introduction of errors.

If preferred, you can still choose to annotate and upload your edits on the PDF version. All instructions for proofing will be given in the e-mail we send to authors, including alternative methods to the online version and PDF.

We will do everything possible to get your article published quickly and accurately. Please use this proof only for checking the typesetting, editing, completeness and correctness of the text, tables and figures. Significant changes to the article as accepted for publication will only be considered at this stage with permission from the Editor. It is important to ensure that all corrections are sent back to us in one communication. Please check carefully before replying, as inclusion of any subsequent corrections cannot be guaranteed. Proofreading is solely your responsibility.

Offprints

The corresponding author will, at no cost, receive a customized [Share Link](#) providing 50 days free access to the final published version of the article on [ScienceDirect](#). The Share Link can be used for sharing the article via any communication channel, including email and social media. For an extra charge, paper offprints can be ordered via the offprint order form which is sent once the article is accepted for publication. Both corresponding and co-authors may order offprints at any time via Elsevier's [Author Services](#). Corresponding authors who have published their article gold open access do not receive a Share Link as their final published version of the article is available open access on ScienceDirect and can be shared through the article DOI link.

AUTHOR INQUIRIES

Visit the [Elsevier Support Center](#) to find the answers you need. Here you will find everything from Frequently Asked Questions to ways to get in touch. You can also [check the status of your submitted article](#) or find out [when your accepted article will be published](#).

© Copyright 2018 Elsevier | <https://www.elsevier.com>

9. APÊNDICE I

APÊNDICE I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa intitulado “**A viabilidade da telefisioterapia aplicada aos idosos sob a ótica do fisioterapeuta e do idoso**”.

Ao aceitar participar desta pesquisa, você receberá uma cópia deste termo por e-mail. **Você está sendo convidado** a participar desta pesquisa para responder uma enquete eletrônica, com o objetivo de saber sua opinião a respeito de atendimento de fisioterapia em idosos realizada à distância. Sua participação contribuirá com informações importantes aos pesquisadores para o desenvolvimento da pesquisa científica e aplicação clínica da telerreabilitação.

Antes de aceitar este termo é importante que você leia as informações contidas neste documento, que irá esclarecer a proposta a ser realizada e seus riscos.

Muitas pessoas têm dificuldade de se locomover até os serviços de saúde, seja por falta de tempo, problemas de transporte ou outra questão. Uma forma de resolver tais questões é o atendimento à distância realizado por videochamada. A telefisioterapia (atendimento de forma remota, não presencial) foi recentemente autorizada no Brasil, havendo poucos estudos sobre sua viabilidade, resultados, aceitação (dentre outras variáveis). Assim, **o objetivo deste estudo** é avaliar a percepção dos profissionais fisioterapeutas quanto à utilização de videochamada para consulta e atendimento de fisioterapia em idosos.

Caso aceite participar desta pesquisa, será disponibilizado um formulário eletrônico (enquete) com questões divididas em duas partes. A primeira parte consiste em questões gerais para conhecer as características do participante. A segunda parte refere-se a questões sobre a opinião do participante a respeito de atendimento fisioterapêutico realizado à distância. O tempo esperado para o preenchimento do documento é de cerca de 10 minutos. Caso não se sinta confortável em responder o questionário via formulário eletrônico, gostaríamos de convidá-lo a participar da pesquisa respondendo ao questionário por telefone.

Você não terá nenhum custo (ônus) ou compensação financeira (bônus) ao participar deste estudo.

Sua participação é voluntária, tendo a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem qualquer penalização. Caso queira retirar seu consentimento e seus dados coletados, poderá solicitar por meio dos contatos da pesquisadora responsável descritos mais adiante.

Por se tratar de um formulário eletrônico, os riscos aos quais você será submetido estão relacionados a cansaço, aborrecimento, ou algum tipo de constrangimento durante as respostas às perguntas. Caso isso ocorra, você poderá optar pela suspensão imediata de sua participação na pesquisa, sem qualquer penalização.

Todas suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, ou seja, em nenhum momento será divulgado seu nome (observe também que não é necessário colocar seu nome no formulário). Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada. Os dados coletados poderão ser divulgados em eventos, revistas e/ou trabalhos científicos, mas sempre de forma a preservar sua identidade. Ainda que de forma involuntária e não intencional, há o risco remoto de vazamento de dados e quebra de sigilo característicos do ambiente virtual. Caso você tenha prejuízo material ou imaterial em decorrência da pesquisa, você poderá solicitar indenização, garantida pela resolução 466/2012 do CNS, de acordo com a legislação vigente e amplamente consubstanciada.

Este termo foi elaborado de acordo com as diretrizes e normas regulamentadas de pesquisa envolvendo seres humanos atendendo à Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde – Brasília – DF. Qualquer dúvida, ou se sentir necessidade, o voluntário(a) poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH-UFSC), Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC, CEP 88.040-400, Contato: (48) 3721-6094, cep.propesq@contato.ufsc.br. O CEPSH é um órgão vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

O(a) voluntário(a) terá a garantia de que receberá a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de qualquer dúvida quanto aos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados à pesquisa por parte dos envolvidos na pesquisa supracitada. Esta pesquisa é coordenada pela Prof. Dr.^a Heloyse Uliam Kuriki, do curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Santa Catarina, campus Araranguá. O pesquisador declara, para fins da realização da pesquisa, comprometer-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 466 de 12/06/2012, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa.

CONTATO DA PESQUISADORA: Heloyse Uliam Kuriki: (48) 99174 7711, ou (48) 3721 6255. Endereço profissional: Rodovia Governador Jorge Lacerda, nº 3201 – Km 35,4. Bairro: Jardim das Avenidas – Araranguá/SC). Endereço eletrônico (e-mail): heloyse.kuriki@ufsc.br.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO:

Eu, _____, após a leitura e compreensão deste termo de informação e consentimento, assino abaixo, confirmando através deste documento meu consentimento para a participação. Estou ciente que estou participando de forma voluntária de um estudo de pesquisa desenvolvido por professoras e alunos da Universidade Federal de Santa Catarina, e que tenho a liberdade de sair a qualquer momento do estudo, sem prejuízo algum. Confirmo que recebi uma cópia deste termo de consentimento e autorizo a execução do trabalho de pesquisa e divulgação dos dados obtidos neste estudo no meio científico.

É IMPORTANTE QUE VOCÊ FAÇA DOWNLOAD DESSE DOCUMENTO ASSINADO PELO PESQUISADOR RESPONSÁVEL E GUARDE EM SEUS ARQUIVOS UMA CÓPIA. PARA ESCLARECIMENTO DE EVENTUAIS DÚVIDAS. O ARQUIVO ESTÁ DISPONÍVEL PARA DOWNLOAD NO SEGUINTE LINK: https://drive.google.com/file/d/15IrVTfhtRIzndK9G_laTsn--eKmFtNVa/view?usp=sharing

* NÃO ASSINE ESTE TERMO SE TIVER ALGUMA DÚVIDA A RESPEITO.

Ao clicar no botão abaixo, você concorda ou não em participar da pesquisa nos termos deste TCLE *

- Li o TCLE, compreendi e estou de acordo em participar do estudo sem qualquer ônus ou bônus para mim.
- Não concordo com as informações e não aceito participar desde estudo

Araranguá, ____ de _____ de 2021.

Assinatura do participante



Documento assinado digitalmente
Helizmar Ciliani Fiorillo
Data: 24/03/2021 15:09:53-0300
CPF: 529.765.858-37
Verifique as assinaturas em <https://suafsc.br>

Assinatura do pesquisador responsável

10. APÊNDICE II

29/08/2021

Pesquisa sobre telerreabilitação para idosos

Pesquisa sobre telerreabilitação para idosos

Olá! Gostaríamos de convidá-lo para participar de uma pesquisa científica sobre a TELERREABILITAÇÃO, mais especificamente sobre consulta e atendimento de FISIOTERAPIA à distância. Gostaríamos de saber a SUA OPINIÃO a respeito do tema. Lembramos que a sua participação é VOLUNTÁRIA. Levará apenas 10 minutos para preencher o questionário. Assim, conhecendo melhor o SEU ponto de vista, será possível melhorar os serviços de fisioterapia ofertados atualmente.

*Obrigatório

1. E-mail *

Este termo tem como objetivo solicitar sua autorização para participar do projeto de pesquisa intitulado "A viabilidade da telefisioterapia aplicada aos idosos sob a ótica do fisioterapeuta e do idoso".

Ao aceitar participar desta pesquisa, você receberá uma cópia deste termo por e-mail. Você está sendo convidado a participar desta pesquisa para responder uma enquete eletrônica, com o objetivo de saber sua opinião a respeito de atendimento de fisioterapia em idosos realizada à distância. Sua participação contribuirá com informações importantes aos pesquisadores para o desenvolvimento da pesquisa científica e aplicação clínica da telerreabilitação.

Antes de aceitar este termo é importante que você leia as informações contidas neste documento, que irá esclarecer a proposta a ser realizada e seus riscos.

Muitas pessoas têm dificuldade de se locomover até os serviços de saúde, seja por falta de tempo, problemas de transporte ou outra questão. Uma forma de resolver tais questões é o atendimento à distância realizado por videochamada. A telefisioterapia (atendimento de forma remota, não presencial) foi recentemente autorizada no Brasil, havendo poucos estudos sobre sua viabilidade, resultados, aceitação (dentre outras variáveis). Assim, o objetivo deste estudo é avaliar a percepção dos profissionais fisioterapeutas quanto à realização de fisioterapia para o idoso de forma remota (videochamada ou chamada telefônica).

Caso aceite participar desta pesquisa, será disponibilizado um formulário eletrônico (enquete) com questões divididas em duas partes. A primeira parte consiste em questões gerais para conhecer as características do participante. A segunda parte refere-se a questões sobre a opinião do participante a respeito de atendimento fisioterapêutico realizado à distância. O tempo esperado para o preenchimento do documento é de cerca de 10 minutos.

Sua participação é voluntária, tendo a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem qualquer penalização. Você não terá nenhum custo (ônus) ou compensação financeira (bônus) ao participar deste estudo.

Esta pesquisa, por se tratar de um formulário eletrônico, não lhe oferece riscos. Porém a possibilidade de um risco mínimo deve ser considerada, pois as perguntas podem gerar cansaço, aborrecimento, ou algum tipo de constrangimento. Caso isso ocorra, você poderá optar pela suspensão imediata de sua participação na pesquisa, sem qualquer penalização.

Todas suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, ou seja, em nenhum momento será divulgado seu nome. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada. Os dados coletados poderão ser divulgados em eventos, revistas e/ou trabalhos científicos, mas sempre de forma a preservar sua identidade. Caso você tenha prejuízo material ou imaterial em decorrência da pesquisa, você poderá solicitar indenização, garantida pela resolução 466/2012 do CNS, de acordo com a legislação vigente e amplamente consubstanciada.

Este termo foi elaborado de acordo com as diretrizes e normas regulamentadas de pesquisa envolvendo seres humanos atendendo à Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde – Brasília – DF. Qualquer dúvida, ou se sentir necessidade, o voluntário(a) poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH-UFSC), Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor

TERMO DE
CONSENTIMENTO
LIVRE E
ESCLARECIDO
(TCLE)

Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC, CEP 88.040-400, Contato: (48) 3721-6094, cep.propesq@contato.ufsc.br. O CEPESH é um órgão vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. O(a) voluntário(a) terá a garantia de que receberá a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de qualquer dúvida quanto aos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados à pesquisa por parte dos envolvidos na pesquisa supracitada. Esta pesquisa é coordenada pela Prof. Dr.^a Heloyse Uliam Kuriki, do curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Santa Catarina, campus Araranguá. O pesquisador declara, para fins da realização da pesquisa, comprometer-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 466 de 12/06/2012, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa.

CONTATO DO PESQUISADOR: Heloyse Uliam Kuriki: (48) 99174 7711, ou (48) 3721 6255. Endereço profissional: Rodovia Governador Jorge Lacerda, nº 3201 – Km 35,4. Bairro: Jardim das Avenidas – Araranguá/SC). Endereço pessoal: Rua Alfredo Pessi, nº233, apto 502, Bairro: Cidade Alta. Araranguá/SC.

Ao aceitar participar da pesquisa, declaro que li e compreendi este termo de informação e consentimento, confirmando através deste documento meu consentimento para a participação. Estou ciente que estou participando de forma voluntária de um estudo de pesquisa desenvolvido por professores e alunos da Universidade Federal de Santa Catarina, e que tenho a liberdade de sair a qualquer momento do estudo, sem prejuízo algum. Confirmando que recebi uma cópia deste termo de consentimento e autorizo a execução do trabalho de pesquisa e divulgação dos dados obtidos neste estudo no meio científico.

2. Ao clicar no botão abaixo, você concorda ou não em participar da pesquisa nos termos deste TCLE *

Marque todas que se aplicam.

- Li o TCLE, compreendi e estou de acordo em participar do estudo sem qualquer ônus ou bônus para mim.
- Não concordo com as informações e não aceito participar desde estudo

3. 1. Você está regularmente registrado no conselho de classe (CREFITO) para praticar a Fisioterapia na sua região? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

4. 2. Nos últimos seis meses, você tratou um ou mais pacientes com 60 anos ou mais de idade? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

Parte A - questões gerais

5. 1. Gênero *

Marcar apenas uma oval.

Feminino

Masculino

6. 2. Em que ano você se formou como fisioterapeuta? *

7. 3. Você tem alguma pós-graduação? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

8. 4. Qual?

9. 5. Você trabalha: *

Marcar apenas uma oval.

- Exclusivamente no sistema público de saúde
- Exclusivamente em ambientes privados de saúde
- Em uma combinação de contextos de saúde pública e de saúde privada
- Área acadêmica (meio científico)
- Outro

10. 6. Se outro, por favor especifique...

11. 7. Onde sua prática clínica é situada? *

Marcar apenas uma oval.

- Cidade metropolitana (população \geq 250.000)
- Cidade regional (população de 18.000 a 249.999)
- Cidade rural (população de 5.000 a 17.999)
- Cidade remota (população $<$ 5.000)

12. 8. Qual é a jurisdição do seu CREFITO (em que região você está registrado como Fisioterapeuta)? *

Marcar apenas uma oval.

- CREFITO-5 (Rio Grande do Sul)
- CREFITO-8 (Paraná)
- CREFITO-10 (Santa Catarina)
- Outro: _____

13. 9. Antes da pandemia, você atendia o público com mais de 60 anos? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

14. 10. Durante a pandemia, você continuou atendendo o público com mais de 60 anos? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

15. 11. Você experimentou fazer seus atendimentos através de video chamadas por causa da pandemia? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

16. 12. Você já prestou atendimento fisioterapêutico para qualquer condição de saúde por video chamada? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

17. 13. Quão confiante você se classifica ao usar os serviços de video chamadas? *

Marcar apenas uma oval.

- Nenhum pouco
 Um pouco
 Moderadamente
 Bastante
 Extremamente

18. 14. Qual destes programas/aplicativos você já usou para realizar o atendimento por vídeo chamada? *

Marque todas que se aplicam.

- Skype
 WhatsApp Vídeo
 FaceTime
 Zoom
 Google Meet
 Hangout
 Outro
 Nenhum

19. 15. Se outro, qual?

20. 16. Atualmente você oferece atendimento fisioterapêutico por video chamada para algum grupo de pacientes? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

21. 17. Se sim, qual grupo?

22. 18. Se sim, quantos pacientes por mês você consulta por video chamada?

Parte B - Questionário de Percepção de Telemedicina;

23. 1. Eu compreenderia bem o caso de um paciente idoso por vídeo chamada *

Marcar apenas uma oval.

Concordo plenamente

Concordo

Incerto

Discordo

Discordo plenamente

24. 2. A privacidade de um paciente não seria violada se eu lhe prescrevesse um programa de exercícios por vídeo chamada *

Marcar apenas uma oval.

Concordo plenamente

Concordo

Incerto

Discordo

Discordo plenamente

25. 3. Usar a vídeo chamada para consultar um paciente idoso e prescrever um programa de exercícios seria fácil para mim *

Marcar apenas uma oval.

- Concordo plenamente
 Concordo
 Incerto
 Discordo
 Discordo plenamente

26. 4. Eu ficaria tão satisfeito em falar com um paciente idoso por vídeo chamada quanto em falar pessoalmente com o paciente em meu consultório *

Marcar apenas uma oval.

- Concordo plenamente
 Concordo
 Incerto
 Discordo
 Discordo plenamente

27. 5. Um programa de exercícios prescrito por um fisioterapeuta por vídeo chamada melhoraria a condição de saúde do paciente idoso *

Marcar apenas uma oval.

- Concordo plenamente
 Concordo
 Incerto
 Discordo
 Discordo plenamente

28. 6. Um sessão realizada por um fisioterapeuta através da vídeo chamada economizaria o dinheiro do paciente. *

Marcar apenas uma oval.

- Concordo plenamente
 Concordo
 Incerto
 Discordo
 Discordo plenamente

29. 7. Eu seria capaz de monitorar adequadamente a o paciente durante a sessão por vídeo chamada *

Marcar apenas uma oval.

- Concordo plenamente
 Concordo
 Incerto
 Discordo
 Discordo plenamente

30. 8. Gosto do fato de não haver contato físico com um paciente idoso ao consultar por vídeo chamada. *

Marcar apenas uma oval.

- Concordo plenamente
 Concordo
 Incerto
 Discordo
 Discordo plenamente

31. 9. Receber um programa de exercícios de um fisioterapeuta por vídeo chamada seria uma forma conveniente de assistência à saúde para o paciente idoso *

Marcar apenas uma oval.

- Concordo plenamente
 Concordo
 Incerto
 Discordo
 Discordo plenamente

32. 10. Um sessão realizada por um fisioterapeuta através da video chamada economizaria tempo do paciente. *

Marcar apenas uma oval.

- Concordo plenamente
 Concordo
 Incerto
 Discordo
 Discordo plenamente

33. 11. Uma sessão de fisioterapia prescrita por um fisioterapeuta via vídeo chamada para pessoas idosas deve custar aos pacientes... *

Marcar apenas uma oval.

- 50% a mais do que o custo de uma sessão de fisioterapia presencial
 25% a mais do que o custo de uma sessão de fisioterapia presencial
 O mesmo custo que uma sessão de fisioterapia presencial
 25% menos que o custo de uma sessão de fisioterapia presencial
 50% menos que o custo de uma sessão de fisioterapia presencial

34. 12. Eu estaria interessado em participar de um serviço que oferece sessões de fisioterapia prescritos por fisioterapeutas por video chamada para pessoas idosas *

Marcar apenas uma oval.

- Concordo plenamente
- Concordo
- Incerto
- Discordo
- Discordo plenamente

35. 13. Usar video chamadas seria uma maneira ACEITÁVEL para eu prescrever uma sessão de fisioterapia para pacientes idosos *

Marcar apenas uma oval.

- Concordo plenamente
- Concordo
- Incerto
- Discordo
- Discordo plenamente

36. 14. Usar vídeo chamadas seria uma maneira ÚTIL (prática) para eu prescrever uma sessão de fisioterapia para pacientes idosos. *

Marcar apenas uma oval.

- Concordo plenamente
- Concordo
- Incerto
- Discordo
- Discordo plenamente

37. 15. Usar vídeo chamadas seria uma maneira EFICAZ para eu prescrever uma sessão de fisioterapia para pacientes idosos. *

Marcar apenas uma oval.

- Concordo plenamente
 Concordo
 Incerto
 Discordo
 Discordo plenamente

38. 16. O uso de vídeo chamadas seria uma maneira ACESSÍVEL para os pacientes idosos receberem sessão de fisioterapia. *

Marcar apenas uma oval.

- Concordo plenamente
 Concordo
 Incerto
 Discordo
 Discordo plenamente

39. 17. Usar vídeo chamadas seria uma maneira SEGURA de os pacientes receberem um programa de exercícios prescrito por fisioterapeutas. *

Marcar apenas uma oval.

- Concordo plenamente
 Concordo
 Incerto
 Discordo
 Discordo plenamente