

Percepções de fisioterapeutas brasileiros sobre a telereabilitação: revisão sistemática das evidências nacionais

Brazilian physical therapists' perceptions of telerehabilitation: a systematic
review of national evidence

Inalva da Silva Tavares Monteiro de Souza¹

Marcia Maciel Roque²

Raí da Silva Lopes³

RESUMO

Introdução: a telereabilitação foi incorporada à prática fisioterapêutica brasileira de forma acelerada durante a pandemia de COVID-19, transitando de autorização emergencial para modalidade assistencial regulamentada de forma permanente. Compreender como os fisioterapeutas brasileiros percebem essa modalidade é essencial para sua consolidação segura.

Objetivo: analisar sistematicamente as evidências científicas nacionais sobre as percepções, experiências, barreiras e facilitadores relatados por fisioterapeutas brasileiros em relação à telereabilitação e ao atendimento fisioterapêutico a distância. **Métodos:** revisão sistemática sem meta-análise, conduzida segundo o PRISMA 2020, com pergunta estruturada na estratégia PICO. Foram pesquisados estudos originais, quantitativos ou qualitativos, realizados no Brasil com fisioterapeutas, publicados em português, inglês ou espanhol, sem limite inicial de data. As buscas foram executadas no PubMed/MEDLINE e, de forma complementar, no Google Scholar, em setembro de 2026. A qualidade metodológica foi avaliada com instrumentos do Joanna Briggs Institute e os achados foram sintetizados de forma narrativa e temática.

¹ Acadêmica do curso de Fisioterapia do Centro Universitário Aparício Carvalho – FIMCA. E-mail: Inalvadasilva@gmail.com

² Acadêmica do curso de Fisioterapia do Centro Universitário Aparício Carvalho – FIMCA. E-mail: marciamacielroque@gmail.com

³ Docente e Coordenador do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Aparício Carvalho – FIMCA. E-mail: rai.lopes@fimca.com.br; ORCID: 0009-0004-0972-626X

Resultados: seis estudos foram incluídos¹⁻⁶, totalizando 1.373 fisioterapeutas, predominantemente investigados por meio de surveys on-line durante ou após a pandemia. A aceitação da telereabilitação foi moderada: metade dos fisioterapeutas relatou confiança para atuar remotamente¹ e o nível de adesão às modalidades de telessaúde chegou a 63,3%. As principais barreiras foram dificuldades de conexão com a internet, problemas tecnológicos, limitações da avaliação física e do manuseio à distância e incompatibilidade percebida com determinadas áreas de atuação¹⁻⁵. Entre os facilitadores, destacaram-se a ampliação do acesso, a flexibilidade de horários e a maior participação dos familiares no cuidado. **Conclusão:** os fisioterapeutas brasileiros reconhecem a telereabilitação como recurso viável e complementar, mas não substitutivo ao atendimento presencial. A expansão segura da modalidade depende de capacitação profissional, infraestrutura tecnológica adequada e redução das desigualdades digitais.

Palavras-chave: Fisioterapia; Telereabilitação; Telemedicina; Percepção; Atitude do Pessoal de Saúde; Brasil.

ABSTRACT

Introduction: telerehabilitation was rapidly incorporated into Brazilian physical therapy practice during the COVID-19 pandemic, shifting from an emergency authorization to a permanently regulated mode of care. Understanding how Brazilian physical therapists perceive this modality is essential for its safe consolidation. **Objective:** to systematically analyze national scientific evidence on the perceptions, experiences, barriers, and facilitators reported by Brazilian physical therapists regarding telerehabilitation and remote physical therapy care. **Methods:** systematic review without meta-analysis, conducted according to PRISMA 2020, with a PICO-framed question. Original quantitative or qualitative studies conducted in Brazil with physical therapists, published in Portuguese, English, or Spanish, with no initial date limit, were eligible. Searches were performed in PubMed/MEDLINE and, complementarily, in Google Scholar, in September 2026. Methodological quality was appraised with Joanna Briggs Institute tools, and findings were synthesized narratively and thematically. **Results:** six studies were included, totaling 1,373 physical therapists, mostly investigated through online surveys during or after the pandemic. Acceptance of telerehabilitation was moderate: half of the physical therapists reported confidence in delivering remote care, and adherence to telehealth modalities reached 63.3%. The main barriers were internet connection difficulties, technology-related problems, limitations of remote physical assessment and handling, and perceived

incompatibility with certain practice areas¹⁻⁵. Facilitators included expanded access, schedule flexibility, and greater family participation in care. **Conclusion:** Brazilian physical therapists recognize telerehabilitation as a feasible and complementary resource, although not a substitute for in-person care. Safe expansion of the modality depends on professional training, adequate technological infrastructure, and the reduction of digital inequalities.

Keywords: Physical Therapy Modalities; Telerehabilitation; Telemedicine; Perception; Attitude of Health Personnel; Brazil.

1 INTRODUÇÃO

A transformação digital dos serviços de saúde constitui um dos fenômenos mais relevantes da assistência contemporânea. A incorporação de tecnologias de informação e comunicação ao cuidado, reunida sob o conceito amplo de telessaúde, deixou de ser uma perspectiva futura para se tornar componente concreto da oferta de serviços em todo o mundo. No Brasil, esse movimento ganhou lastro legal com a Lei nº 14.510, de 27 de dezembro de 2022, que alterou a Lei nº 8.080/1990 e passou a autorizar e disciplinar a prática da telessaúde em todo o território nacional⁷, conferindo segurança jurídica a uma modalidade que, até então, dependia de normas infralegais e autorizações excepcionais.

No interior da telessaúde, a telereabilitação configura a prestação de serviços de reabilitação a distância, por meio de tecnologias de informação e comunicação, abrangendo avaliação, orientação, monitoramento, educação em saúde e supervisão de intervenções terapêuticas^{11,17}. A modalidade pode ocorrer de forma síncrona, com interação em tempo real por videoconferência, ou assíncrona, por meio de envio de orientações, vídeos e mensagens, ou ainda por combinações entre ambas¹¹.)

Na Fisioterapia, a telereabilitação — frequentemente denominada telefisioterapia — compreende a teleconsulta, o teleatendimento, o telemonitoramento e a teleconsultoria, modalidades que permitem acompanhar pacientes, prescrever e ajustar exercícios, orientar cuidadores e promover educação em saúde sem a presença física simultânea de paciente e profissional^{9,11}. Tais possibilidades são particularmente relevantes para um país de dimensões continentais como o Brasil, no qual barreiras geográficas, custos de deslocamento e distribuição desigual de profissionais restringem o acesso a serviços de reabilitação^{1,12}.

Até o início de 2020, contudo, o atendimento fisioterapêutico não presencial era vedado no ordenamento profissional brasileiro. Somente em 20 de março de 2020, diante da

emergência sanitária imposta pela pandemia de COVID-19, o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) publicou a Resolução nº 516/2020, que autorizou temporariamente o atendimento não presencial nas modalidades de teleconsulta, teleconsultoria e telemonitoramento⁸. A adoção que se seguiu foi necessariamente rápida e pouco estruturada: serviços, profissionais e pacientes migraram para o formato remoto sem preparo prévio, protocolos consolidados ou infraestrutura planejada^{3,12}.

A pandemia funcionou, assim, como um catalisador mundial da telereabilitação. Sínteses internacionais de alta hierarquia, incluindo revisões abrangentes com meta-meta-análise, passaram a documentar que intervenções fisioterapêuticas remotas podem produzir resultados clínicos comparáveis aos do atendimento presencial em diversas condições, embora a qualidade e a aplicabilidade da evidência variem conforme a área clínica¹⁸. Paralelamente, cresceu o interesse pelos fatores que determinam a aceitação da modalidade por quem a opera: os profissionais¹⁷.

Encerrado o período emergencial, o Brasil transitou da autorização provisória para a regulamentação permanente. A Resolução COFFITO nº 619, de 28 de maio de 2025, passou a regulamentar definitivamente a prestação de serviços de Fisioterapia e Terapia Ocupacional nas modalidades de teleconsulta, teleatendimento, telemonitoramento e teleconsultoria, revogando expressamente a Resolução nº 516/2020⁹. A telessaúde fisioterapêutica deixou, portanto, de ser um expediente pandêmico para se consolidar como modalidade assistencial regulamentada, o que torna ainda mais premente compreender as condições de sua implementação.

Apesar do potencial de ampliação do acesso, a telereabilitação convive com limitações estruturais relevantes no contexto brasileiro. As desigualdades regionais e socioeconômicas se expressam também no plano digital: o acesso à internet de qualidade, a disponibilidade de dispositivos adequados e o letramento digital de pacientes e profissionais variam intensamente entre regiões e estratos sociais, com risco de que a mediação tecnológica amplie, em vez de reduzir, inequidades em saúde^{12,14}.

Do ponto de vista estritamente clínico, a ausência de contato físico impõe restrições próprias à prática fisioterapêutica. O exame físico palpatório, os testes manuais, o manuseio de pacientes com alterações neuromotoras e o toque terapêutico — elemento constitutivo da relação de cuidado na Fisioterapia — não são diretamente transferíveis ao meio remoto, o que

exige adaptações na avaliação, na seleção de pacientes elegíveis e na definição de critérios de segurança para o encaminhamento ao atendimento presencial^{11,15,17}.

Nesse cenário, a percepção dos fisioterapeutas emerge como determinante central da implementação. A literatura internacional de implementação demonstra que aceitabilidade, confiança, experiência prévia, competências digitais e percepção de eficácia dos profissionais condicionam a adoção e a sustentação de tecnologias em saúde^{13,17}. Profissionais que não se sentem preparados, que duvidam da efetividade ou que enfrentam barreiras tecnológicas tendem a abandonar a modalidade tão logo cessa a obrigatoriedade, independentemente de sua eficácia clínica demonstrada¹⁷.

Somam-se a esses fatores questões éticas e legais de magnitude crescente. O atendimento remoto envolve coleta, transmissão e armazenamento de dados sensíveis de saúde, submetidos à Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/2018)¹⁰, além de exigências de consentimento livre e esclarecido, registro documental e responsabilização profissional previstas na regulamentação vigente⁹. A formação universitária em Fisioterapia, historicamente centrada no cuidado presencial, passou a ser interpelada sobre a necessidade de competências digitais e de preparo específico para o cuidado a distância¹⁶.

Embora a produção internacional sobre percepções de fisioterapeutas em relação à telereabilitação seja crescente — incluindo revisões de escopo dedicadas ao tema¹⁷ —, as evidências produzidas no contexto brasileiro permanecem dispersas em periódicos nacionais e internacionais, com desenhos, instrumentos e áreas clínicas heterogêneos. Não foi localizada, até a condução desta revisão, síntese sistemática que reunisse exclusivamente as evidências nacionais sobre como os fisioterapeutas brasileiros percebem, vivenciam e avaliam a telereabilitação.

Diante dessa lacuna, o presente estudo teve como objetivo analisar sistematicamente as evidências científicas nacionais sobre as percepções de fisioterapeutas brasileiros acerca da utilização da telereabilitação e das diferentes modalidades de atendimento fisioterapêutico a distância, identificando aceitação, vantagens, barreiras, facilitadores e perspectivas de consolidação da modalidade no país.

2 MÉTODOS

2.1 Delineamento e protocolo

Trata-se de revisão sistemática da literatura sem meta-análise, conduzida e relatada conforme as recomendações do PRISMA 2020 (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses)¹⁹. A decisão pela ausência de meta-análise decorreu da natureza predominantemente observacional e descritiva da questão, centrada em percepções e experiências, e da heterogeneidade esperada de desenhos e instrumentos. O protocolo não foi registrado em plataforma internacional; recomenda-se o registro prospectivo no PROSPERO antes da submissão do manuscrito, procedimento aqui sinalizado de forma transparente

2.2 Pergunta de pesquisa

A pergunta norteadora foi estruturada segundo a estratégia PICO, adequada a questões envolvendo percepção e experiência²⁰: População (P) — fisioterapeutas atuantes no Brasil; Interesse (I) — percepções, experiências, atitudes, aceitabilidade, satisfação, barreiras e facilitadores relacionados à telereabilitação ou ao atendimento fisioterapêutico remoto; Contexto (Co) — prestação de serviços fisioterapêuticos a distância no Brasil. Assim, formulou-se: "Quais são as percepções, experiências, barreiras e facilitadores relatados por fisioterapeutas brasileiros em relação à utilização da telereabilitação e do atendimento fisioterapêutico a distância?". A pergunta não exigiu adaptações em relação à formulação inicial, pois os estudos localizados abrangeram integralmente seus componentes

2.3 Critérios de elegibilidade

Foram incluídos estudos científicos originais — quantitativos, qualitativos, transversais, observacionais ou de métodos mistos — realizados no Brasil ou com amostra de fisioterapeutas atuantes no país, que investigassem percepção, experiência, conhecimento, atitude, aceitabilidade, satisfação, adesão, barreiras ou facilitadores relacionados à telereabilitação, teleconsulta, teleatendimento, telemonitoramento ou outras modalidades de assistência fisioterapêutica remota. Admitiram-se artigos em português, inglês ou espanhol, publicados em periódicos científicos com texto completo disponível, sem limite inicial de data. Estudos com amostra multiprofissional foram incluídos apenas quando os resultados referentes aos fisioterapeutas puderam ser identificados separadamente.

Foram excluídos: estudos realizados exclusivamente fora do Brasil; estudos sem participação de fisioterapeutas brasileiros; estudos avaliando exclusivamente a percepção de

pacientes ou cuidadores; artigos restritos à eficácia clínica de intervenções sem investigação da perspectiva profissional; estudos exclusivamente com estudantes de Fisioterapia, salvo quando apresentassem dados separados de profissionais graduados; editoriais, cartas, opiniões, comentários e protocolos sem resultados; resumos simples de congresso sem dados suficientes; capítulos de livro e produções de literatura cinzenta (dissertações e teses não convertidas em artigo); e revisões de qualquer natureza, estas admitidas apenas como fontes secundárias na introdução e na discussão.

2.4 Fontes de informação e estratégia de busca

A busca foi planejada para as bases PubMed/MEDLINE, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS/LILACS), SciELO, PEDro, Scopus e Web of Science, com o Google Scholar como estratégia complementar, conforme protocolo. Na execução efetivamente realizada em 10 de setembro de 2026, a estratégia foi aplicada integralmente no PubMed/MEDLINE por meio da interface E-utilities, sem limite inicial de data, e no Google Scholar, utilizado conforme previsto para recuperação complementar de registros não indexados na base principal. As buscas nas bases LILACS/BVS, SciELO, PEDro, Scopus e Web of Science não puderam ser integralmente executadas nesta fase — por restrições de acesso às interfaces de busca — e encontram-se sinalizadas para complementação obrigatória antes da submissão, conforme registrado de forma transparente no fluxograma e nas limitações. As estratégias completas, com descritores DeCS/MeSH e palavras-chave livres combinados pelos operadores booleanos AND e OR, estão apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1. Estratégias de busca empregadas e planejadas por base de dados

Base	Estratégia de busca	Situação / registros
PubMed/MEDLINE	("Physical Therapists"[Mesh] OR physiotherapist* OR "physical therapist*") AND (telerehabilitation OR telehealth OR telemedicine OR "remote rehabilitation" OR "remote physiotherapy" OR teleconsultation OR telemonitoring) AND (perception* OR experience* OR attitude* OR acceptability OR barrier* OR facilitator*) AND (Brazil OR Brazilian)	Executada em 10/09/2026; 26 registros
Google Scholar (complementar)	Combinações em português e inglês: telereabilitação/telerehabilitation/teleatendimento/teleconsulta/telefisioterapia + fisioterapeuta(s)/physical therapist(s)/physiotherapist(s) + percepção/perception/experiência/atitude/barreiras/facilitadores + Brasil/Brazil	Executada em 10/09/2026; 123 registros (6 estratégias)
LILACS/BVS, SciELO, PEDro	(telereabilitação OR teleatendimento OR teleconsulta OR telemonitoramento OR telefisioterapia OR telerehabilitation OR telehealth) AND (fisioterapeuta* OR fisioterapia OR physiotherapist* OR "physical therapy") AND (percepção OR experiência OR atitude OR aceitabilidade OR barreira* OR facilitador* OR perception OR attitude OR barrier*)	<i>A executar — campo sinalizado para complementação</i>
Scopus, Web of Science	TITLE-ABS-KEY (physiotherapist* OR "physical therapist*") AND TITLE-ABS-KEY (telerehabilitation OR telehealth OR telemedicine OR teleconsultation OR telemonitoring) AND TITLE-ABS-KEY (perception* OR experience* OR attitude* OR acceptability OR barrier* OR facilitator*) AND (AFFILCOUNTRY(Brazil) OR TITLE-ABS-KEY(Brazil))	<i>A executar — acesso institucional requerido</i>

Nota. Os registros relativos às bases sinalizadas como 'a executar' deverão ser incorporados ao fluxograma após a complementação da busca, sem alteração dos números aqui reportados, que refletem exclusivamente as fontes efetivamente pesquisadas.

2.5 Processo de seleção

Os registros identificados foram reunidos em planilha única, com remoção de duplicatas por correspondência de título (incluindo versões bilíngues do mesmo artigo). A triagem por título e resumo aplicou os critérios de elegibilidade, seguida da leitura integral dos relatos potencialmente elegíveis, com registro individualizado dos motivos de exclusão, conforme recomendação do PRISMA 2020¹⁹. O processo foi conduzido por um revisor, com verificação integral de todas as decisões de elegibilidade contra os critérios do protocolo; recomenda-se auditoria independente por segundo revisor na fase de consolidação do manuscrito, procedimento declarado nas limitações.

2.6 Extração dos dados

De cada estudo incluído foram extraídos: autoria, ano, título, periódico, local ou abrangência da coleta, desenho metodológico, tamanho e características da amostra, área de

atuação, modalidade de telessaúde, período de coleta, objetivo, instrumento de avaliação, principais resultados, percepções, vantagens, barreiras, facilitadores e conclusão. Quando um dado não estava disponível no texto completo, foi registrado como "dado não informado pelo estudo", sem qualquer inferência.

2.7 Avaliação da qualidade metodológica

A avaliação crítica empregou os instrumentos do Joanna Briggs Institute (JBI) compatíveis com cada desenho: o JBI Checklist for Analytical Cross-Sectional Studies (oito itens) para os estudos transversais e observacionais analíticos e o JBI Checklist for Qualitative Research (dez itens) para o estudo qualitativo²⁰. Conforme orientação do próprio instituto, os checklists não foram convertidos em pontuações numéricas; as respostas foram apresentadas item a item como "sim", "não", "não claro" ou "não aplicável"²⁰.

2.8 Síntese dos dados

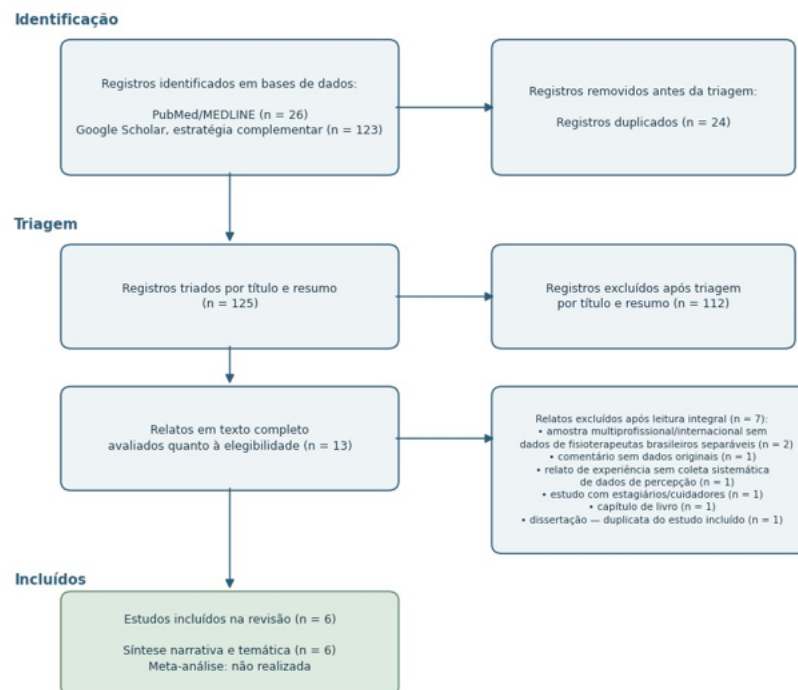
Diante da heterogeneidade de desenhos, instrumentos e populações, não foi realizada meta-análise. Adotou-se síntese narrativa estruturada e, para os achados de percepção, síntese temática, com categorias definidas a partir da convergência dos resultados dos estudos incluídos. Resultados quantitativos de barreiras foram apresentados graficamente apenas quando reportados pelos estudos primários em formato de frequência, sem transformação de achados qualitativos em frequências artificiais.

3 RESULTADOS

3.1 Seleção dos estudos

As buscas efetivamente executadas identificaram 149 registros (26 no PubMed/MEDLINE; 123 no Google Scholar). Após a remoção de 24 duplicatas — incluídas versões bilíngues de um mesmo artigo —, 125 registros foram triados por título e resumo, com exclusão de 112. Treze relatos foram avaliados em texto completo, dos quais sete foram excluídos com motivos registrados: dois por amostra multiprofissional ou internacional sem dados de fisioterapeutas brasileiros identificáveis separadamente; um comentário sem dados originais; um relato de experiência sem coleta sistemática de dados de percepção em amostra definida; um estudo restrito a estagiários e cuidadores; um capítulo de livro; e uma dissertação que constituía duplicata de estudo já incluído. Seis estudos compuseram a amostra final¹⁻⁶ (Figura 1). Os números reportados correspondem exclusivamente às fontes efetivamente

pesquisadas; a complementação nas demais bases deverá atualizar o fluxograma antes da submissão.



3.2 Características dos estudos incluídos

Os seis estudos incluídos foram publicados entre 2022 e 2025, totalizando 1.373 fisioterapeutas (Tabela 2)¹⁻⁶. Quatro estudos adotaram desenho transversal com survey on-line^{1-3,6}, um adotou desenho observacional com avaliação teleassistida de lactentes⁵ e um foi qualitativo descritivo com entrevistas semiestruturadas⁴. Três estudos tiveram abrangência nacional por meio de questionários eletrônicos¹⁻³ e três foram conduzidos localmente, nas regiões Sudeste^{5,6} e Sul⁴. A distribuição temporal concentrou-se no período pandêmico e pós-pandêmico imediato (Figura 2), e a distribuição por abrangência e região está apresentada na Figura 3. As áreas de atuação contemplaram neuropediatria^{2,4}, reabilitação infantil⁵, saúde da mulher⁶ e prática geral^{1,3}; nenhum estudo elegível foi localizado em áreas como cardiopulmonar ou terapia intensiva com dados de percepção de fisioterapeutas.

Tabela 2. Características gerais dos estudos incluídos (n = 6)

Estudo	Desenho / período de coleta	Amostra (fisioterapeutas)	Área de atuação	Modalidade de tele saúde	Instrumento
Fernandes et al., 2022 (Braz J Phys Ther) [1]	Transversal, survey on-line; maio–junho/2020	717 (de 1.107 respondentes, incluindo população geral)	Geral (diversas áreas)	Telereabilitação síncrona, assíncrona ou combinada	Questionário on-line de 13 itens de múltipla escolha (aceitabilidade, preferências e necessidades)
Meireles et al., 2022 (Fisioter Mov) [2]	Transversal, survey on-line; julho–setembro/2020	394	Neuropediatria (crianças e adolescentes com deficiências neurológicas)	Telemonitoramento / consultas remotas	Questionário on-line com dados demográficos, características das consultas e percepção
Utida et al., 2023 (Fisioter Pesqui) [3]	Transversal, survey on-line; março–julho/2021	245	Geral (diversas áreas)	Teleconsulta, telemonitoramento e teleconsultoria	Questionário eletrônico (Survey/Monkey) sobre adesão e barreiras
Martins et al., 2023 (Movimenta) [4]	Qualitativo descritivo; pandemia de COVID-19	8	Neuropediatria (crianças com deficiência física)	Atendimentos síncronos e assíncronos (predominância de WhatsApp)	Questionário (Google Forms) e entrevista semiestruturada; análise temática
Neves dos Santos et al., 2025 (Phys Occup Ther Pediatr) [5]	Observacional; durante a pandemia de COVID-19	5 (avaliadores de 65 lactentes de risco)	Reabilitação infantil (risco de atraso do neurodesenvolvimento)	Teleavaliação (GMA, HINE, AIMS) e acompanhamento remoto	Questionário de percepção de avaliadores e cuidadores; custos
Nascimento et al., 2025 (Braz J Phys Ther) [6]	Transversal observacional, survey eletrônico	4 (avaliações de 24 gestantes)	Saúde da mulher (dor pélvica gestacional)	Teleconsulta síncrona por videochamada (Google Meet)	Itens de percepção de segurança (escala 1–5) e questões abertas

Nota. GMA: General Movement Assessment; HINE: Hammersmith Infant Neurological Examination; AIMS: Alberta Infant Motor Scale. Dados extraídos dos textos completos; campos não disponíveis foram registrados conforme o estudo.



Figura 2. Distribuição temporal dos estudos incluídos

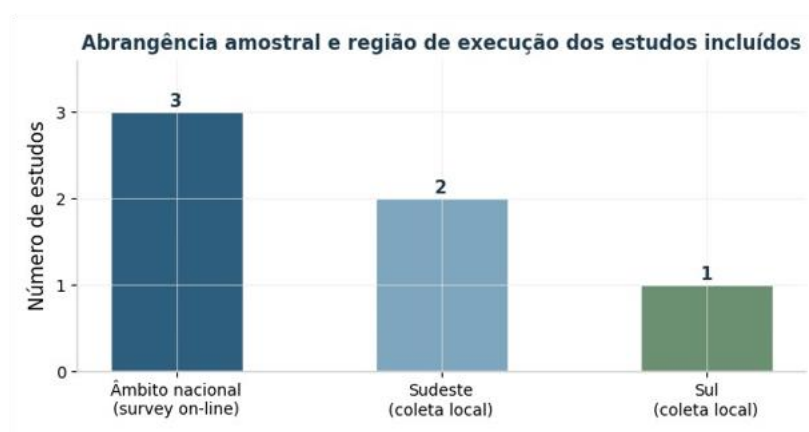


Figura 3. Abrangência amostral e região de execução dos estudos incluídos

3.3 Síntese das percepções, vantagens, barreiras e facilitadores

A síntese temática convergiu para oito categorias: (1) aceitação e percepção geral; (2) benefícios percebidos; (3) barreiras tecnológicas; (4) limitações da avaliação física remota; (5) comunicação e relação fisioterapeuta-paciente; (6) segurança e qualidade assistencial; (7) conhecimento e capacitação profissional; e (8) acesso e desigualdades digitais. Os achados por estudo estão resumidos na Tabela 3 e as barreiras reportadas quantitativamente, na Figura 4.

Na categoria aceitação e percepção geral, observou-se postura predominantemente moderada ou cautelosa. No estudo de Fernandes et al., metade dos 717 fisioterapeutas autorrelatou confiança para conduzir telereabilitação e metade discordou que a modalidade seja tão eficaz quanto a intervenção presencial, com preferência geral pela comunicação síncrona e preocupação quanto à ausência de abordagem manual¹. Utida et al. encontraram nível de adesão de 63,3% (n = 155/245) aos serviços de telessaúde, com maior adesão à teleconsulta (74,8%) e ao telemonitoramento (71,0%) e menor à teleconsultoria (23,9%)³.

Nos estudos de menor amostra e desenho qualitativo ou observacional, a percepção foi mais favorável: os oito fisioterapeutas neuropediátricos de Martins et al. consideraram o acompanhamento remoto viável e benéfico⁴, e os cinco avaliadores de Neves dos Santos et al. relataram conforto e boa qualidade da teleavaliação, com disposição majoritária para continuar utilizando a modalidade⁵.

Entre os benefícios percebidos, destacaram-se a ampliação do acesso ao cuidado — inclusive para populações economicamente desfavorecidas, apontada como altamente importante pela maioria dos respondentes de Meireles et al.² —, a flexibilidade de horários e a

maior participação dos familiares no cuidado à criança⁴, a continuidade assistencial durante restrições de mobilidade^{3,4} e a redução de custos e deslocamentos^{5,6}.

As barreiras tecnológicas foram as mais frequentemente quantificadas: dificuldades de conexão com a internet (38,1% em Utida et al.³; 16,7% em Meireles et al.²), problemas relacionados à tecnologia de trabalho (29,7%) e resistência dos pacientes à mudança do modelo assistencial (29,7%)³. As limitações da avaliação física remota apareceram de forma transversal: a principal dificuldade em Meireles et al. foi a compreensão insuficiente dos cuidadores sobre o manuseio das crianças durante as sessões (41,2%)²; em Martins et al., a falta do manuseio e a diminuição da interação social⁴; e, em Neves dos Santos et al., a dificuldade de orientar claramente o posicionamento do lactente e de ajustar a câmera, além de conexões instáveis⁵. Um quarto dos fisioterapeutas de Utida et al. (25,8%) apontou falta de compatibilidade completa da modalidade remota com sua área de atuação, sugerindo variação da aceitabilidade entre especialidades³.

Na categoria segurança e qualidade assistencial, Nascimento et al. reportaram percepção positiva da avaliação por teleconsulta em gestantes com dor pélvica: os quatro fisioterapeutas participantes julgaram as avaliações seguras, com 91,7% dos registros indicando concordância plena quanto à segurança das participantes⁶. Os facilitadores identificados incluíram a participação familiar e a flexibilidade de horários⁴; evidência nacional complementar, não integrante da amostra, apontou ainda como facilitadores o vínculo prévio, o perfil do paciente e a experiência anterior com práticas corporais¹⁵.

Estudo	Principais percepções	Vantagens / benefícios	Barreiras / limitações	Facilitadores
Fernandes et al., 2022 [1]	≈50% confiantes em conduzir TR; ≈50% discordam de equivalência de eficácia com o presencial; preferência por comunicação síncrona; preocupação com ausência de abordagem manual	Conteúdo educativo, estratégias de automanejo e orientação de exercícios considerados apropriados	Preparo/conhecimento insuficiente; ausência de contato manual	Dado não informado de forma sistematizada
Meireles et al., 2022 [2]	TR reconhecida como importante para população economicamente desfavorecida; oportunidade de compreender atividades da criança no contexto domiciliar	Continuidade do cuidado; compreensão da participação no contexto real	Compreensão insuficiente do cuidador sobre o manuseio (41,2%); conexão de internet (16,7%)	Dado não informado de forma sistematizada
Utida et al., 2023 [3]	Adesão de 63,3%; teleconsulta (74,8%) e telemonitoramento (71,0%) mais adotados que teleconsultoria (23,9%)	Modalidade adequada para enfrentamento da crise sanitária; promoção da continuidade do cuidado	Conexão de internet (38,1%); problemas tecnológicos (29,7%); resistência do paciente à mudança do modelo (29,7%); incompatibilidade com a área de atuação (25,8%)	Dado não informado de forma sistematizada
Martins et al., 2023 [4]	Acompanhamento considerado viável e benéfico; ampliação do acesso de crianças com deficiência	Flexibilidade de horários; ampliação do cuidado e do acesso	Falta do manuseio das crianças; diminuição da interação social; dificuldade de acesso ao serviço	Maior participação dos familiares no cuidado; flexibilidade de horários
Neves dos Santos et al., 2025 [5]	Avaliadores confortáveis; boa qualidade percebida da teleavaliação; maioria disposta a continuar usando	Custos mínimos; alta satisfação dos cuidadores	Esforço elevado nos métodos síncronos; dificuldade de orientar posicionamento do lactente; ajuste de câmera; internet instável	Dado não informado de forma sistematizada
Nascimento et al., 2025 [6]	Percepção positiva da segurança da teleavaliação; 91,7% de concordância plena quanto à segurança das participantes	Redução de custos de transporte; melhoria do acesso à fisioterapia	Amostra pequena; necessidade de ensaios clínicos para confirmação	Clareza das orientações; conveniência e acessibilidade

Tabela 3. Principais percepções, benefícios, barreiras e facilitadores por estudo incluído

Nota. TR: telereabilitação. Frequências reportadas exatamente como publicadas pelos estudos primários; 'dado não informado de forma sistematizada' indica ausência de síntese específica no artigo, e não inferência dos revisores.

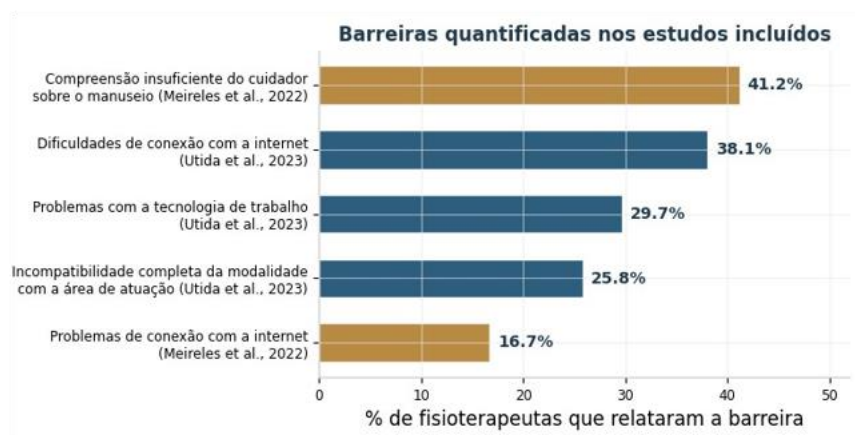


Figura 4. Barreiras quantificadas nos estudos incluídos que reportaram frequências

3.4 Avaliação da qualidade metodológica

A avaliação crítica (Tabela 4), realizada com os instrumentos JBI²⁰, indicou que os cinco estudos quantitativos definiram claramente os critérios de inclusão e descreveram participantes e contexto, empregaram análise estatística apropriada a seus objetivos descritivos e mensuraram os desfechos de percepção de forma explícita, porém por instrumentos ad hoc não validados — fragilidade recorrente^{1-3,5,6}. A identificação e o tratamento de fatores de confusão não se aplicaram ou não foram reportados, coerentemente com objetivos descritivos. O estudo qualitativo apresentou congruência entre perspectiva filosófica, metodologia, coleta, análise e interpretação, com voz dos participantes representada e aprovação ética, não sendo localizada declaração sobre a posição do pesquisador⁴. Nenhum estudo foi excluído por qualidade metodológica; os achados foram ponderados na síntese.

Tabela 4. Avaliação da qualidade metodológica — instrumentos JBI

Estudo (transversal/observacional)	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8
Fernandes et al., 2022 [1]	Sim	Sim	N/A	N/A	Não	Não	Não claro	Sim
Meireles et al., 2022 [2]	Sim	Sim	N/A	N/A	Não	Não	Não claro	Sim

Utida et al., 2023 [3]	Sim	Sim	N/A	N/A	Não	Não	Não claro	Sim
Neves dos Santos et al., 2025 [5]	Sim	Sim	N/A	N/A	Não	Não	Não claro	Sim
Nascimento et al., 2025 [6]	Sim	Sim	N/A	N/A	Não	Não	Não claro	Sim

Painel A — JBI Checklist for Analytical Cross-Sectional Studies: Q1 critérios de inclusão definidos; Q2 participantes/contexto descritos; Q3 exposição mensurada de forma válida e confiável; Q4 critérios objetivos e padronizados; Q5 fatores de confusão identificados; Q6 estratégias para confusão; Q7 desfechos mensurados de forma válida e confiável; Q8 análise estatística apropriada. N/A: não aplicável ao objetivo descritivo. 'Não claro' em Q7 reflete o uso de instrumentos ad hoc sem validação reportada.

Estudo qualitativo	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10
Martins et al., 2023 [4]	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não claro	Não claro	Sim	Sim	Sim

Painel B — JBI Checklist for Qualitative Research: Q1–Q5 congruência entre perspectiva filosófica, metodologia, métodos, análise e interpretação; Q6 posição cultural/teórica do pesquisador; Q7 influência do pesquisador na pesquisa; Q8 representação da voz dos participantes; Q9 ética; Q10 relação entre conclusões e análise. Conforme recomendação do JBI, não se atribuíram pontuações numéricas.

4 DISCUSSÃO

4.1 Aceitação moderada e o papel da experiência prévia

Esta revisão reuniu, pela primeira vez de forma sistemática, as evidências nacionais sobre a percepção de fisioterapeutas brasileiros acerca da telereabilitação. O achado central é o de uma aceitação moderada e condicional: os profissionais reconhecem a modalidade como viável, útil e legítima como recurso complementar, mas resistem a equipará-la ao atendimento presencial^{1,3}. A constatação de Fernandes et al. de que apenas metade dos fisioterapeutas se sentia confiante para atuar remotamente — e de que metade não concordava com a equivalência de eficácia¹ — é convergente com a revisão de escopo internacional de Sia et al., que identificou percepções globalmente positivas, porém condicionadas à qualidade da tecnologia, à comunicação e à disponibilidade de suporte¹⁷. O nível de adesão de 63,3% reportado por Utida et al.³, por sua vez, indica que a adoção efetiva superou a mera intenção declarada, possivelmente porque a pandemia eliminou a alternativa presencial^{3,12}.

A distinção entre os achados dos grandes surveys nacionais^{1,3} e a dos estudos de menor escala⁴⁻⁶ merece reflexão. Enquanto os primeiros capturaram a postura de profissionais com e sem experiência remota, os estudos de Martins et al.⁴, Neves dos Santos et al.⁵ e Nascimento et al.⁶ avaliaram profissionais que efetivamente praticaram a telereabilitação — e encontraram percepções mais favoráveis, incluindo conforto, boa qualidade percebida e disposição para continuidade⁴⁻⁶. Embora essa interpretação deva ser feita com cautela, dado o tamanho reduzido das amostras, ela é coerente com a hipótese, sustentada na literatura de implementação, de que a experiência prática bem-sucedida modifica atitudes^{13,17}: a apreensão inicial tende a recuar quando o profissional constata a viabilidade do cuidado remoto em casos adequadamente selecionados. É igualmente plausível, contudo, que profissionais que aceitaram atuar remotamente já partissem de atitudes mais favoráveis, configurando viés de seleção que os estudos transversais não permitem afastar^{1,3}.

4.2 A ausência do toque e os limites da avaliação remota

A limitação mais consistentemente articulada pelos fisioterapeutas brasileiros refere-se à impossibilidade do contato físico. A preocupação com a ausência de abordagem manual em Fernandes et al.¹, a dificuldade dos cuidadores com o manuseio em Meireles et al.², a falta do manuseio e da interação social em Martins et al.⁴ e a dificuldade de orientar posicionamento e enquadramento em Neves dos Santos et al.⁵ convergem para um mesmo núcleo: parcela constitutiva da avaliação e da intervenção fisioterapêutica — especialmente a palpação, os testes manuais e a facilitação neuromotora — não é transferível ao meio remoto. Esse achado espelha a literatura internacional, na qual a perda do exame físico palpatório é apontada como a principal restrição clínica da telereabilitação musculoesquelética e neurológica¹⁷, e reforça a necessidade de critérios explícitos de elegibilidade do paciente e de encaminhamento presencial, como já antecipavam as orientações nacionais de Fioratti et al. publicadas ainda em 2020¹¹.

A percepção de incompatibilidade da modalidade com determinadas áreas de atuação, assinalada por um quarto dos fisioterapeutas em Utida et al.³, sugere que a aceitabilidade não é uniforme entre especialidades. Os estudos incluídos concentraram-se em neuropediatria, reabilitação infantil e saúde da mulher^{2,4-6} — áreas em que a mediação por cuidadores e a predominância de orientação, educação e supervisão de exercícios favorecem o formato remoto^{2,4,5}. A ausência de estudos elegíveis em áreas como cardiorespiratória e terapia intensiva, nas quais a dependência de exame físico direto e de monitoramento é maior¹², impede generalizações e sinaliza uma lacuna relevante da produção nacional.

4.3 Barreiras tecnológicas e desigualdade digital

As dificuldades de conexão e os problemas tecnológicos foram as barreiras quantitativamente mais frequentes^{2,3}, achado que dialoga diretamente com a realidade de um país marcado por desigualdades digitais¹². No estudo de Braga et al., conduzido em rede nacional de hospitais de reabilitação com amostra multiprofissional — e por isso excluído da síntese analítica, embora útil como contexto —, a satisfação com a telereabilitação foi menor nas regiões Norte, ilustrando a dimensão territorial da questão¹⁴. A comparação transnacional de Brouns et al., que contrastou profissionais brasileiros e holandeses, mostrou que, no Brasil, o suporte organizacional em recursos e tempo figurou entre os fatores mais influentes para o uso da e-reabilitação, enquanto na Holanda predominaram aspectos de viabilidade técnica para o paciente — indício de que, em contextos de menor infraestrutura, as condições estruturais de trabalho pesam mais do que a usabilidade das ferramentas¹³.

Do ponto de vista das políticas públicas, a telereabilitação apresenta paradoxo característico: a mesma tecnologia que pode ampliar o acesso de populações distantes e economicamente desfavorecidas — potencial reconhecido pelos próprios fisioterapeutas nos estudos incluídos^{2,4} — pode excluir justamente os pacientes sem conectividade adequada ou letramento digital^{12,15}. A percepção profissional de que a modalidade é particularmente importante para populações vulneráveis, registrada por Meireles et al.², só se converterá em equidade efetiva se acompanhada de investimento em infraestrutura e de estratégias de inclusão digital.

4.4 Comunicação, vínculo e relação fisioterapeuta-paciente

A preferência pela comunicação síncrona¹ e a valorização de vínculo prévio e do perfil do paciente observadas em evidência nacional complementar¹⁵ indicam que a relação terapêutica permanece central na percepção dos fisioterapeutas. A teleconsultoria foi a modalidade menos adotada no estudo de Utida et al.³, o que pode refletir tanto desconhecimento de sua regulamentação quanto menor familiaridade com o cuidado indireto. Curiosamente, a telereabilitação também revelou efeitos relacionais positivos inesperados: a maior participação dos familiares no cuidado à criança, relatada por Martins et al.⁴, e a possibilidade de compreender as atividades do paciente em seu contexto domiciliar real, destacada por Meireles et al.², sugerem que a mediação tecnológica pode, em determinadas condições, aproximar o profissional da vida cotidiana do paciente de um modo que o consultório não permite.

4.5 Segurança, capacitação e formação profissional

A percepção de segurança foi favorável nos estudos que a avaliaram diretamente — notadamente Nascimento et al., com concordância majoritária quanto à segurança da teleavaliação em gestantes⁶ —, mas esse achado não deve ser extrapolado: os estudos incluídos envolveram pacientes selecionados e protocolos estruturados^{5,6}. A literatura nacional complementar reforça que a segurança da telereabilitação depende de preparo específico, consentimento adequado e critérios de seleção¹¹. A lacuna formativa é particularmente sensível: a incorporação de competências digitais aos currículos de graduação em Fisioterapia ainda é incipiente, e evidências nacionais sobre ensino de telessaúde, embora existentes, envolveram estagiários e não profissionais graduados, não atendendo, portanto, aos critérios desta revisão¹⁶. A regulamentação permanente introduzida pela Resolução COFFITO nº 619/2025 torna essa discussão inadiável, pois a modalidade deixou de ser exceção temporária para se tornar competência profissional regulamentada⁹.

4.6 Contexto regulatório e perspectivas de consolidação

O arco regulatório brasileiro é singular e ajuda a interpretar os achados. A prática remota era vedada até março de 2020; a Resolução COFFITO nº 516/2020 autorizou-a temporariamente sob emergência⁸; a Lei nº 14.510/2022 conferiu base legal geral à telessaúde⁷; e a Resolução COFFITO nº 619/2025, ao regulamentar permanentemente teleconsulta, teleatendimento, telemonitoramento e teleconsultoria — revogando a norma de 2020 —, consolidou o novo regime⁹. Todos os estudos incluídos foram conduzidos sob o regime emergencial ou em sua vigência imediata¹⁻⁶, o que significa que a percepção documentada reflete uma prática adotada sob coerção sanitária, sem preparo e sem remuneração estruturada¹². Estudos futuros, realizados sob o regime permanente, poderão revelar mudanças de atitude à medida que a modalidade for incorporada à formação, à remuneração e à rotina dos serviços — tendência já sugerida por dados de seguimento em rede nacional de reabilitação, que apontam a manutenção de parcela relevante de atendimentos remotos após o retorno presencial¹⁴.

Em síntese interpretativa desta revisão — e não como resultado direto de qualquer estudo isolado —, a telereabilitação na Fisioterapia brasileira apresenta-se como modalidade em consolidação, cuja sustentação dependerá menos de convencer os profissionais sobre sua utilidade, convicção já parcialmente estabelecida^{1,3-6}, e mais de remover as condições que impedem sua prática de qualidade: conectividade, formação, protocolos de avaliação remota

e critérios claros de indicação^{2,3,11,13}.

5 LIMITAÇÕES

Esta revisão apresenta limitações que devem ser consideradas. Em primeiro lugar, e de forma transparente, as buscas foram integralmente executadas apenas no PubMed/MEDLINE e, complementarmente, no Google Scholar; a impossibilidade de execução plena das buscas nas bases LILACS/BVS, SciELO, PEDro, Scopus e Web of Science nesta fase pode ter resultado na não recuperação de estudos indexados exclusivamente nessas fontes, e sua complementação é obrigatória antes da submissão do manuscrito — os campos correspondentes foram deliberadamente sinalizados, e não preenchidos com valores fictícios, conforme recomendação de transparência do PRISMA 2020¹⁹. Em segundo lugar, o processo de seleção foi conduzido por um revisor único, com verificação integral das decisões, mas sem a dupla revisão independente recomendada¹⁹.

Quanto ao corpo de evidências, confirmou-se o pequeno número de estudos nacionais elegíveis (n = 6), com heterogeneidade de desenhos, instrumentos ad hoc não validados e predominância de surveys transversais conduzidos durante a pandemia¹⁻⁶, o que restringe a comparação entre estudos e inviabilizou a meta-análise. Três dos seis estudos tiveram amostras pequenas (4 a 8 fisioterapeutas)⁴⁻⁶, e a concentração em neuropediatria, reabilitação infantil e saúde da mulher limita a representatividade de outras áreas da profissão^{2,4-6}. Regiões como Norte e Centro-Oeste não contribuíram com nenhum estudo de coleta local incluído. Por fim, a maioria dos estudos capturou percepções no contexto emergencial da pandemia, o que pode não refletir a percepção atual sob a regulamentação permanente⁹.

6 IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Para os fisioterapeutas, os achados indicam que a confiança na prática remota se desenvolve com experiência supervisionada e protocolos estruturados^{4-6,11}, reforçando o valor de programas de capacitação em avaliação remota, comunicação digital e critérios de elegibilidade e encaminhamento^{11,17}. Para os serviços de saúde e gestores, a prioridade é a infraestrutura: conectividade, plataformas adequadas, suporte técnico e tempo de trabalho destinado à modalidade, fatores que a evidência comparativa internacional aponta como decisivos no contexto brasileiro¹³. Para as universidades e a formação profissional, os resultados sustentam a incorporação curricular de competências em telessaúde, incluindo estágios supervisionados em atendimento remoto, agora regulamentado de forma

permanente^{9,16}. Para as políticas públicas e a telessaúde no SUS, a expansão da telefisioterapia deve ser acompanhada de estratégias explícitas de equidade digital, sob pena de agravar as desigualdades que se propõe a reduzir^{2,12,14}. Para pesquisas futuras, recomendam-se estudos com instrumentos validados, desenhos que permitam comparar percepções entre especialidades e regiões, investigações no período pós-regulamentação permanente e avaliação da relação entre formação em telessaúde e qualidade percebida do cuidado remoto^{1,3,9,16}.

7 CONCLUSÃO

Esta revisão sistemática respondeu à pergunta sobre como fisioterapeutas brasileiros percebem a telereabilitação. A percepção predominante é de aceitação moderada e condicional: os profissionais consideram a modalidade viável e legítima como complemento ao cuidado presencial, mas não como seu equivalente¹⁻⁶. Os principais benefícios percebidos são a ampliação do acesso, a continuidade assistencial, a flexibilidade de horários, a redução de deslocamentos e a maior participação da família no cuidado^{2,4-6}. As principais barreiras são as dificuldades de conexão e de tecnologia, os limites da avaliação física e do manuseio à distância, a resistência de pacientes à mudança do modelo assistencial e a incompatibilidade percebida com determinadas áreas de atuação¹⁻⁵. A expansão segura da telereabilitação no país depende de capacitação profissional, infraestrutura tecnológica, critérios claros de seleção de pacientes e políticas de equidade digital^{9,11-13}. Persistem lacunas relevantes da literatura nacional: ausência de estudos em grandes áreas clínicas e em regiões menos desenvolvidas, escassez de instrumentos validados e de evidências produzidas sob o regime regulamentar permanente instituído em 2025^{1-6,9}.

REFERÊNCIAS

1. Fernandes LG, Oliveira RFF, Barros PM, Fagundes FRC, Soares RJ, Saragiotto BT. Physical therapists and public perceptions of telerehabilitation: an online open survey on acceptability, preferences, and needs. *Braz J Phys Ther.* 2022;26(6):100464. doi:10.1016/j.bjpt.2022.100464. PMID: 36410257.
2. Meireles ALF, Mendes MES, Silveira S, Machado HS. Characteristics and perceptions of telerehabilitation consultations by neuropsychiatric physical therapists during the COVID-19 pandemic. *Fisioter Mov.* 2022;35:e35110. doi:10.1590/fm.2022.35110.
3. Utida KAM, Castello FS, Zanela LSP, Hashiguchi MBB. Telehealth in physical therapy: level of adherence among physical therapists and barriers faced during the COVID-19 pandemic. *Fisioter Pesqui.* 2023;30:e23001623. doi:10.1590/1809-2950/e23001623en.

4. Martins RA, Gerzson LR, Vieira A, Almeida CS. Percepção dos fisioterapeutas sobre a telerreabilitação em crianças com deficiência física motivada pela pandemia de COVID-19. *Movimenta*. 2023;16(2):e20230014. doi:10.31668/movimenta.v16i2.13842.
5. Neves dos Santos A, Schlichting T, Rocha NACF. Telehealth of infants at risk during the COVID-19 pandemic: physical therapists' and caregiver's perceptions and costs. *Phys Occup Ther Pediatr*. 2025;45(2):169-84. doi:10.1080/01942638.2024.2419646. PMID: 39471825.
6. Nascimento LO, Poli GG, Mancini L, Santos CCA, Silva CMA, Zanoni MP, Calixtre LB, Beleza ACS. Perception of pregnant women and physical therapists on telehealth care. *Braz J Phys Ther*. 2025;29:101390. doi:10.1016/j.bjpt.2025.101390.
7. Brasil. Lei nº 14.510, de 27 de dezembro de 2022. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para autorizar e disciplinar a prática da tele-saúde em todo o território nacional. *Diário Oficial da União*; 2022.
8. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (BR). Resolução COFFITO nº 516, de 20 de março de 2020. Dispõe sobre o atendimento não presencial durante o enfrentamento da crise provocada pela pandemia do coronavírus (SARS-CoV-2). Rio de Janeiro: COFFITO; 2020. Revogada pela Resolução COFFITO nº 619/2025.
9. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (BR). Resolução COFFITO nº 619, de 28 de maio de 2025. Regulamenta a prestação de serviços de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional nas modalidades de Teleconsulta, Teleatendimento, Telemonitoramento e Teleconsultoria. Rio de Janeiro: COFFITO; 2025.
10. Brasil. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). *Diário Oficial da União*; 2018.
11. Fioratti I, Fernandes LG, Reis FJ, Saragiotto BT. Strategies for a safe and assertive telerehabilitation practice. *Braz J Phys Ther*. 2021;25(2):113-6. doi:10.1016/j.bjpt.2020.07.009.
12. Pegorari MS, Ohara DG, Matos AP, Iosimuta NCR, Ferreira VTK, Pinto ACPN. Barriers and challenges faced by Brazilian physiotherapists during the COVID-19 pandemic and innovative solutions: lessons learned and to be shared with other countries. *Physiother Theory Pract*. 2020;36(10):1069-76. doi:10.1080/09593985.2020.1818486. PMID: 32896203.
13. Brouns B, van Bodegom-Vos L, de Kloet AJ, Vliet Vlieland TPM, Gil ILC, Souza LMN, Braga LW, Meesters JJJ. Differences in factors influencing the use of eRehabilitation after stroke: a cross-sectional comparison between Brazilian and Dutch healthcare professionals. *BMC Health Serv Res*. 2020;20(1):488. doi:10.1186/s12913-020-05339-7. PMID: 32487255.
14. Braga LW, Oliveira SB, Souza LMDN. Telerehabilitation from the perspective of patients and healthcare providers: a 3-year follow-up study. *NeuroRehabilitation*. 2024;55(1):103-15. doi:10.3233/NRE-230385. PMID: 39213097.
15. Ostolin TLVDP, Cockell FF. Telehealth physical therapy during the COVID-19 pandemic: an experience description. *Fisioter Mov*. 2023;36:e36301. doi:10.1590/fm.2023.36301.

16. Sudati IP, Monteiro RFL, Nasser AB, Rocha NACF, Campos AC. Telehealth in paediatric physical therapy education: strategies and perceptions of interns and caregivers of children with disabilities in Brazil. *Clin Teach*. 2024;21(6):e13653. doi:10.1111/tct.13653.
17. Sia LL, Sharma S, Ing JBM, Kumar S, Singh DKA. Physiotherapists' perceptions, readiness, enablers, and barriers to use telerehabilitation: a scoping review. *J Back Musculoskelet Rehabil*. 2024;37(6):1441-54. doi:10.3233/BMR-240009.
18. Seron P, Oliveros MJ, Gutierrez-Arias R, Fuentes-Aspe R, Torres-Castro RC, Merino-Osorio C, et al. Effectiveness of telerehabilitation in physical therapist practice: an umbrella and mapping review with meta-meta-analysis. *Phys Ther*. 2021;101(5):pzab075. doi:10.1093/ptj/pzab075. PMID: 33611598.
19. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372:n71. doi:10.1136/bmj.n71.
20. Moola S, Munn Z, Tufanaru C, Aromataris E, Sears K, Sfetcu R, et al. Chapter 7: Systematic reviews of etiology and risk. In: Aromataris E, Munn Z, editors. *JBIManual for Evidence Synthesis*. Adelaide: JBI; 2020.