REVISTA TÓPICOS
ISSN 2965-6672 | Qualis A2

IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PARA A POPULAÇÃO IDOSA

IMPORTANCE OF PHYSIOTHERAPEUTIC INTERVENTION IN PRIMARY HEALTH CARE FOR THE ELDERLY POPULATION

Ciências Biológicas, Ciências da Saúde • 17/11/2026

REGISTRO DOI: 10.70773/revistatopicos/794739681

Laisa Fonseca Pereira da Silva[1]

Letícia Aparecida Moreira Ferreira[1]

Polliana Alexia de Souza[1]

Rafael Gustavo Pereira[1]

Wagner Elias de Melo Moreira[2]

Paula Baccarini Viegas Costa da Silva[3]

RESUMO

Objetivo: Analisar a importância da atuação fisioterapêutica na Atenção Primária à Saúde (APS) para a promoção e manutenção da funcionalidade, autonomia e qualidade de vida da população idosa. **Métodos:** Revisão integrativa da literatura, de caráter descritivo, com buscas nas bases SciELO, LILACS e PubMed/MEDLINE entre janeiro de 2021 e setembro de 2026, utilizando descritores DeCS/MeSH e termos livres combinados pelos operadores AND e OR. Incluíram-se artigos originais nos idiomas português, inglês ou espanhol sobre reabilitação, vulnerabilidade e condições funcionais de idosos na APS, excluindo-se revisões, duplicatas e estudos hospitalares. **Resultados:** Dez artigos, selecionados de forma intencional, compuseram a amostra final, abrangendo sete ensaios clínicos randomizados e três estudos transversais. Os ensaios demonstraram que programas de exercícios físicos resistidos, de equilíbrio e funcionais, isolados ou associados à orientação nutricional e educação em saúde, reverteram quadros de fragilidade, aumentaram a força muscular e reduziram taxas de quedas e lesões associadas. Todavia, a melhora do desempenho físico nem sempre se traduziu em ganho direto nas atividades instrumentais da vida diária (AIVD) ou na redução de quedas quando os exercícios ocorreram sem supervisão direta. Os estudos transversais evidenciaram forte associação entre declínio cognitivo, insatisfação com o sono, dependência em AIVD e maior risco de vulnerabilidade e quedas recorrentes. **Conclusão:** A atuação fisioterapêutica na APS é estratégica para prevenir incapacidades e preservar a mobilidade do idoso, mas sua efetividade plena exige supervisão clínica, rastreio precoce das AIVD e inserção integrada à equipe multiprofissional.

Palavras-chave: Modalidades de Fisioterapia; Atenção Primária à Saúde; Idoso; Fragilidade; Acidentes por Quedas.

ABSTRACT

Objective: To analyze the importance of physical therapy in Primary Health Care (PHC) for promoting and maintaining functionality, autonomy, and quality of life in older adults. **Methods:** Descriptive integrative literature review conducted in SciELO, LILACS, and PubMed/MEDLINE databases from January 2021 to September 2026, using DeCS/MeSH descriptors and free-text terms combined with boolean operators AND and OR. Original articles in Portuguese, English, or Spanish addressing rehabilitation, vulnerability, and functional status of older adults in PHC were included; reviews, duplicates, and hospital-based studies were excluded. **Results:** Ten purposively selected studies comprised the final sample, consisting of seven randomized clinical trials and three cross-sectional studies. Clinical trials demonstrated that resistance, balance, and functional exercise programs, alone or combined with nutritional guidance and health education, reversed frailty, increased muscle strength, and reduced fall rates and fall-related injuries. However, improvements in physical performance did not consistently translate into gains in instrumental activities of daily living (IADL) or fall reduction when exercises were unsupervised. Cross-sectional studies highlighted strong associations between cognitive decline, sleep dissatisfaction, IADL dependence, and increased vulnerability and recurrent falls. **Conclusion:** Physical therapy in PHC plays a strategic role in preventing disabilities and preserving mobility in older adults, although full effectiveness requires direct clinical supervision, early IADL screening, and integration within a multidisciplinary team.

Keywords: Physical Therapy Modalities; Primary Health Care; Aged; Frailty; Accidental Falls.

1. INTRODUÇÃO

O aumento da longevidade eleva a prevalência de doenças crônicas e síndromes geriátricas que ameaçam a capacidade de autocuidado e a participação social da pessoa idosa[1,2]. Na Atenção Primária à Saúde (APS), o declínio funcional manifesta-se prioritariamente pela perda de independência nas atividades instrumentais da vida diária (AIVD), que exigem maior complexidade cognitiva e motora, progredindo posteriormente para as atividades básicas (ABVD)[1,2]. Estudos longitudinais e de atenção domiciliar demonstram que a vulnerabilidade clínico-funcional, somada à inatividade física e à restrição de mobilidade, acelera a instalação de incapacidades e eleva o risco de hospitalizações[1,2].

A APS atua como centro ordenador da Rede de Atenção à Saúde e detém o atributo da longitudinalidade, essencial para monitorar o envelhecimento no território[3]. Contudo, a assistência à pessoa idosa dependente ainda enfrenta barreiras de acesso e forte predomínio de práticas biomédicas centradas na medicalização, o que sobrecarrega cuidadores familiares e retarda o manejo de perdas funcionais[3]. A superação desse modelo requer a atuação interprofissional e a incorporação de núcleos de saber voltados à reabilitação e à manutenção da capacidade intrínseca no próprio ambiente comunitário e domiciliar[3-5].

A inserção do fisioterapeuta na atenção básica viabiliza ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e recuperação funcional por meio de atendimentos individuais, visitas domiciliares, grupos operativos e apoio matricial[4,5]. Na prática clínica, o uso de instrumentos de triagem rápida dentro da Avaliação Multidimensional do Idoso (AMI) permite estratificar o risco de vulnerabilidade e identificar precocemente marcadores de

sarcopenia, como redução da força de preensão manual, perda de peso, circunferência da panturrilha reduzida e lentificação da marcha[6,7]. O reconhecimento desses preditores biológicos, aliado à avaliação da mobilidade pelo *Timed Up and Go* (TUG), direciona a prescrição de exercícios terapêuticos e estratégias multicomponentes capazes de mitigar o histórico de quedas e preservar a autonomia[8,9].

Apesar do avanço das políticas de saúde voltadas ao envelhecimento, a oferta de reabilitação na APS apresenta expressiva heterogeneidade internacional, distribuindo-se entre modelos comunitários, domiciliares, ambulatoriais e de telerreabilitação, frequentemente executados por diferentes categorias profissionais e com transferência de tarefas (*task-shifting*)[10]. Essa diversidade assistencial e a frequente combinação de exercícios com intervenções nutricionais e educativas dificultam o isolamento do impacto específico da Fisioterapia nos desfechos funcionais da população idosa. Diante dessa lacuna, este estudo teve como objetivo analisar a importância da atuação fisioterapêutica na Atenção Primária à Saúde para a promoção e a manutenção da funcionalidade, da autonomia e da qualidade de vida da população idosa.

2. MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo caracterizou-se como uma revisão integrativa da literatura, de caráter descritivo, conduzida conforme as seis etapas metodológicas propostas por Mendes, Silveira e Galvão (2008)[11]: 1) identificação do tema e seleção da questão norteadora; 2) estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão e busca nas bases de dados; 3) definição das informações a serem extraídas e

categorização dos estudos; 4) avaliação crítica dos estudos incluídos; 5) interpretação dos resultados; e 6) apresentação da revisão e síntese do conhecimento. A pesquisa foi orientada pela seguinte questão norteadora: “Qual a importância da atuação fisioterapêutica na Atenção Primária à Saúde para a promoção e manutenção da funcionalidade, autonomia e qualidade de vida da população idosa?”.

A busca bibliográfica foi realizada nas bases Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e PubMed/MEDLINE, considerando publicações do período de janeiro de 2021 a setembro de 2026. Foram utilizados descritores controlados consultados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e seus correspondentes no *Medical Subject Headings* (MeSH): “Modalidades de Fisioterapia” (*Physical Therapy Modalities*), “Atenção Primária à Saúde” (*Primary Health Care*), “Idoso” (*Aged*), “Qualidade de Vida” (*Quality of Life*), “Estado Funcional” (*Functional Status*), “Fragilidade” (*Frailty*) e “Acidentes por Quedas” (*Accidental Falls*).

Os descritores foram combinados por meio dos operadores booleanos AND e OR, conforme as possibilidades de cada base de dados. As estratégias incluíram combinações como “Physical Therapy Modalities” AND “Primary Health Care” AND “Aged”; “Physical Therapy Modalities” AND “Primary Health Care” AND “Quality of Life”; “Primary Health Care” AND “Aged” AND “Functional Status”; “Primary Health Care” AND “Aged” AND “Frailty”; “Primary Health Care” AND “Aged” AND “Accidental Falls”; e “Primary Health Care” AND “Aged” AND “Quality of Life”. Nas bases SciELO e LILACS, também foram utilizadas combinações equivalentes em português. Na PubMed/MEDLINE, as combinações de descritores foram

complementadas, pelo operador OR, por um bloco de termos livres aplicados ao título e ao resumo, com o objetivo de recuperar estudos recentes ainda não indexados com descritores controlados: (older OR elderly) AND (exercise OR falls OR “fall prevention” OR frailty OR frail) AND (“primary care” OR “primary health care” OR “primary healthcare” OR “home-based”) AND (randomized OR randomised OR trial OR “cross-sectional” OR cohort OR observational). Os filtros de período de publicação e de idioma foram aplicados a todas as estratégias.

Foram estabelecidos como critérios de inclusão: artigos científicos originais de estudos primários (ensaios clínicos e estudos observacionais) publicados entre janeiro de 2021 e setembro de 2026, disponíveis na íntegra, em português, inglês ou espanhol, que investigassem intervenções de exercício físico, reabilitação ou fatores associados à funcionalidade, fragilidade, quedas e vulnerabilidade de idosos no contexto da APS. Foram excluídos artigos duplicados, revisões de literatura (utilizadas apenas para contextualização na introdução e na discussão), estudos realizados exclusivamente em âmbito hospitalar ou ambulatorial especializado, teses, dissertações, editoriais e resumos de eventos.

Na busca realizada em novembro de 2026, foram identificados 2.845 registros nas bases consultadas (SciELO: 82; LILACS: 249; PubMed/MEDLINE: 2.514). Após a remoção de 99 duplicatas, restaram 2.746 registros. Diante do volume de registros recuperados, optou-se por compor uma amostra intencional, sem triagem exaustiva de todos os registros: foram selecionados artigos originais que atendiam aos critérios de elegibilidade, de modo a contemplar os três eixos de análise, priorizando-se ensaios clínicos randomizados que avaliassem intervenções com exercício físico ou programas

multicomponentes na APS e, de forma complementar, estudos observacionais sobre quedas, funcionalidade e vulnerabilidade de pessoas idosas nesse contexto. Os estudos selecionados foram lidos na íntegra, compondo uma amostra final de 10 artigos originais.

Para a extração e organização dos dados, foram considerados o autor e o ano de publicação, o título, o objetivo, o delineamento metodológico, as características da população ou amostra, o contexto da pesquisa, a intervenção ou prática fisioterapêutica, quando aplicável, os aspectos funcionais investigados e os principais resultados. As informações foram organizadas em uma tabela de caracterização dos artigos selecionados.

A análise foi conduzida de forma descritiva e temática, considerando os objetivos, os métodos, as populações investigadas e os principais resultados dos dez artigos incluídos. Os achados foram organizados em três eixos: fragilidade e desempenho físico; prevenção de quedas e mobilidade; e vulnerabilidade, autonomia e qualidade de vida.

Por se tratar de uma revisão integrativa baseada em literatura científica publicada, sem recrutamento de participantes, intervenção ou coleta de dados primários com seres humanos, não houve abordagem direta de participantes.

3. RESULTADOS

Dez estudos compuseram a amostra final: sete ensaios clínicos randomizados e três estudos transversais. Suas características e principais resultados estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1. Síntese dos estudos incluídos na revisão (n = 10)

Estudo e delineamento	Amostra/intervenção	Desfechos e resultados principais	Contribuição para a revisão
Travers *et al.* (2023)[12] — ensaio randomizado	168 recrutados; 156 acompanhados. Exercícios domiciliares, caminhadas e orientação proteica por 3 meses.	Fragilidade: 6,3% vs 18,2%; OR=0,23 (IC95%: 0,07–0,72; p=0,011). Força de preensão: diferença 1,8 kg (IC95%: 0,84–2,71; p<0,001).	Benefício em fragilidade e força; intervenção multicomponente.
Abizanda Saro *et al.* (2026)[13] — FRAILMERIT	273 idosos pré-frágeis/frágeis em 12 centros de APS; exercícios, nutrição e capacitação.	Desfecho combinado: 70,4% vs 49,5% em 12 semanas; diferença 20,9 pp (IC95%: 7,3–34,5; p<0,01; NNT=4,8). Em 32 semanas: 81,7% vs 51,9%; diferença 29,8 pp (IC95%: 13,8–45,7; p<0,001; NNT=3,4).	Benefício em fragilidade ou desempenho físico; efeito não atribuível apenas à fisioterapia.
Suikkanen *et al.* (2021)[14] — ensaio randomizado	300 idosos com sinais de fragilidade; exercícios supervisionados por fisioterapeuta 2 vezes/semana por 12 meses.	SPPB: +1,6 vs +0,01 ponto; interação p=0,027. Quedas: IRR=0,47 (IC95%: 0,40–0,55; p<0,001). MIF piorou nos dois grupos, sem diferença na evolução (interação p=0,56).	Melhora do desempenho e redução de quedas, sem benefício uniforme em todos os desfechos.
Rapp *et al.* (2026)[15] — PromeTheus	385 idosos pré-frágeis/frágeis; intervenção domiciliar multifatorial por 12 meses.	LLFDI-FC: diferença 1,38 (IC95%: 0,08–2,68; p=0,038). SPPB: 0,58 (IC95%: 0,10–1,05; p=0,017). Fragilidade: OR=1,72	Benefícios funcionais seletivos; sem efeito demonstrado em quedas.

		(IC95%: 1,11–2,64; p=0,014). Quedas: razão de taxas=0,99; p=0,947.	
Maranhão *et al.* (2024)[16] — ensaio randomizado	38 idosos independentes; supervisão virtual (n=18) vs mínima (n=20), 3 vezes/semana por 12 semanas.	Sem diferenças significativas nos desfechos físicos e cognitivos. Sentar-levantar: diferença 1,0 s (IC95%: −1,24 a 3,24). Levantar da cadeira: diferença 0,2 repetição (IC95%: −2,51 a 2,91).	Não demonstrou superioridade da supervisão virtual; amostra pequena.
Hentschke *et al.* (2021)[17] — ensaio por conglomerados	378 idosos com alto risco de quedas; 28 sessões de força e equilíbrio em 4 meses; seguimento de 24 meses.	Quedas: IRR=0,63 (p=0,021). Quedas com lesões: IRR=0,69 (p=0,034). Medo de cair: p=0,005. Mortalidade sem diferença significativa (p=0,094).	Programa de força e equilíbrio associado à redução de quedas e lesões.
Peng *et al.* (2025)[18] — FAMILY	2.610 idosos em 128 comunidades rurais; exercícios funcionais e de equilíbrio integrados à APS.	≥1 queda: 29,7% vs 38,3%; OR=0,67 (IC95%: 0,48–0,91; p=0,01). Lesões: 15,2% vs 21,6%; OR=0,65 (IC95%: 0,48–0,88; p=0,005). EQ-5D-5L: 0,89 vs 0,85; p<0,001. TUG sem diferença (p=0,42).	Redução de quedas/lesões e melhora da qualidade de vida; intervenção integrada.

Damasceno *et al.* (2024)[19] — transversal	201 idosos na APS; 49 (24,4%) relataram quedas recorrentes.	Associações iniciais com fatores clínicos e funcionais; no modelo final, satisfação com o sono: OR=2,87 (IC95%: 1,32–6,20).	Contextualiza quedas como fenômeno multifatorial; não prova eficácia de intervenção.
Almeida *et al.* (2025)[20] — transversal	257 idosos na APS; 102 (39,7%) com risco de quedas.	Atividades instrumentais: OR=1,20 (IC95%: 1,12–1,28; p<0,001); outros indicadores nutricionais, cognitivos, de fragilidade e qualidade de vida associados ao escore de risco.	Associação entre risco de quedas e dimensões funcionais, cognitivas e nutricionais.
Costa *et al.* (2025)[21] — transversal	150 idosos acompanhados pela APS em Minas Gerais.	VES-13: 20,67% com risco de fragilização e 38,67% frágeis. Dependência ligeira em AIVD: RP=2,75 (IC95%: 1,76–4,32); dependência total: RP=2,65 (IC95%: 1,72–4,07).	Associação entre vulnerabilidade e dependência funcional; não permite inferir causalidade.

Fonte: elaborado pelos autores (2026). Nota: OR = *odds ratio*; RR = razão de riscos; IRR = razão de taxas de incidência; RP = razão de prevalência; IC95% = intervalo de confiança de 95%; NNT = número necessário para tratar; SPPB = *Short Physical Performance Battery*; MIF = Medida de Independência Funcional; TUG = *Timed Up and Go*; AIVD = atividades instrumentais da vida diária.

3.1. Fragilidade e Desempenho Físico

Travers *et al.* (2023)[12] avaliaram uma intervenção de três meses em seis serviços de atenção primária na Irlanda. O programa combinou exercícios domiciliares de resistência, caminhadas e orientação para ingestão proteica. Após três meses, a proporção de idosos frágeis foi menor no grupo intervenção do que no controle, e houve ganho de força de preensão manual.

No ensaio FRAILMERIT, Abizanda Saro *et al.* (2026)[13] incluíram 273 idosos pré-frágeis ou frágeis em 12 centros de atenção primária na Espanha. A intervenção combinou exercícios, recomendações nutricionais e capacitação dos profissionais. O desfecho principal, melhora de pelo menos uma categoria no fenótipo de fragilidade ou de um ponto na SPPB, foi mais frequente no grupo intervenção na 12ª semana, e a diferença entre os grupos aumentou na 32ª semana.

Suikkanen *et al.* (2021)[14] avaliaram 300 pessoas idosas com sinais de fragilidade em um ensaio randomizado de exercícios individualizados, progressivos e supervisionados por fisioterapeutas, realizados duas vezes por semana durante 12 meses. O grupo intervenção melhorou na SPPB, enquanto o controle permaneceu estável. A Medida de Independência Funcional diminuiu nos dois grupos, e o exercício não impediu essa piora. Também não foram identificadas diferenças significativas nas atividades instrumentais da vida diária ou na força de preensão manual.

Rapp *et al.* (2026)[15], no ensaio PromeTheus, estudaram 385 pessoas idosas pré-frágeis ou frágeis durante 12 meses. A intervenção domiciliar multifatorial combinou exercícios não supervisionados e aconselhamento complementar. O grupo intervenção melhorou na função física (LLFDI-FC), na SPPB e na evolução da fragilidade, sem diferença na mobilidade no espaço de vida nem na taxa de quedas.

Maranhão *et al.* (2024)[16] compararam supervisão virtual e mínima em 38 idosos não incapazes, com média de idade de 68±7 anos, durante 12 semanas. Os participantes realizaram exercícios domiciliares três vezes por semana. Não foram identificadas diferenças significativas entre os grupos nos desfechos físicos e cognitivos, incluindo os testes de sentar e levantar.

3.2. Prevenção de Quedas e Mobilidade

Hentschke *et al.* (2021)[17] avaliaram 378 pessoas idosas com alto risco de quedas em um programa com 28 sessões de força e equilíbrio, distribuídas ao longo de quatro meses, com acompanhamento por 24 meses. O grupo intervenção teve menor taxa de quedas e de quedas com lesões, além de menor medo de cair; a mortalidade não diferiu significativamente entre os grupos.

No ensaio FAMILY, Peng *et al.* (2025)[18] incluíram 2.610 pessoas idosas com risco de quedas em 128 comunidades rurais chinesas. A intervenção integrou exercícios de equilíbrio e funcionais e educação em saúde aos serviços locais de atenção primária. Após cerca de 12 meses, o grupo intervenção teve menos idosos com pelo menos uma queda, menor taxa de quedas e menos lesões relacionadas a quedas. O TUG não diferiu entre os grupos, enquanto o teste de levantar e sentar da cadeira favoreceu a intervenção.

Suikkanen *et al.* (2021)[14] observaram menor frequência de quedas após 12 meses de exercícios supervisionados por fisioterapeutas. Em contraste, Rapp *et al.* (2026)[15] não demonstraram diferença significativa na taxa de quedas, apesar dos benefícios em função física e fragilidade.

Damasceno *et al.* (2024)[19] avaliaram 201 idosos atendidos na atenção primária e identificaram quedas recorrentes em 49 participantes (24,4%). Sintomas depressivos, osteoporose, dor musculoesquelética crônica, fragilidade e estado funcional se associaram às quedas recorrentes nas análises iniciais, mas apenas a satisfação com o sono permaneceu associada no modelo final. Almeida *et al.* (2025)[20] avaliaram 257 idosos, dos quais 102 (39,7%) apresentavam risco de quedas. O risco de quedas associou-se ao desempenho nas atividades instrumentais e a indicadores nutricionais, cognitivos, de fragilidade e de qualidade de vida.

3.3. Vulnerabilidade, Autonomia e Qualidade de Vida

Costa *et al.* (2025)[21] estudaram 150 idosos acompanhados pela APS em Minas Gerais, com idade média de 70,33±7,51 anos. Cerca de seis em cada dez idosos estavam em risco de fragilização ou frágeis pelo VES-13. A maioria era independente nas atividades básicas de vida diária, mas mais de um quarto era totalmente dependente nas instrumentais, e a dependência nessas atividades se associou a maior prevalência de vulnerabilidade.

O ensaio de Peng *et al.* (2025)[18] foi o único que mediu a qualidade de vida relacionada à saúde (EQ-5D-5L), com diferença estatisticamente significativa a favor da intervenção após 12 meses.

Em conjunto, os estudos mostram que desempenho físico, independência nas atividades diárias, mobilidade comunitária e qualidade de vida são dimensões relacionadas, mas distintas. Rapp *et al.* (2026)[15] demonstraram melhora da função física e da SPPB sem melhora significativa na mobilidade no espaço de vida ou na taxa de quedas; o ensaio de Maranhão *et al.* (2024)[16] não encontrou

diferenças entre as duas modalidades de supervisão. Os estudos observacionais apontaram associações entre vulnerabilidade, dependência funcional e risco de quedas, sem demonstrar causalidade.

3.4. Síntese dos Resultados

Travers *et al.* (2023)[12] e Abizanda Saro *et al.* (2026)[13], no FRAILMERIT, encontraram resultados favoráveis relacionados à fragilidade; Suikkanen *et al.* (2021)[14] identificaram melhora da SPPB e redução de quedas; Hentschke *et al.* (2021)[17] e Peng *et al.* (2025)[18] observaram redução de quedas ou lesões relacionadas; e Rapp *et al.* (2026)[15] identificaram melhora na função física e na fragilidade, mas não na taxa de quedas. Maranhão *et al.* (2024)[16] não demonstraram superioridade da supervisão virtual em relação à supervisão mínima.

4. DISCUSSÃO

Programas de exercícios físicos estruturados na APS reduziram a condição de fragilidade e a incidência de quedas na maioria dos ensaios clínicos analisados nesta revisão, embora o ganho de desempenho motor isolado nem sempre tenha garantido a manutenção da independência funcional nas atividades cotidianas[12-18].

4.1. Fragilidade e Desempenho Físico

As intervenções baseadas em exercício resistido e funcional reverteram quadros de fragilidade e melhoraram a performance física em quatro dos cinco ensaios que avaliaram esse desfecho[12-15]. Travers *et al.* (2023)[12] obtiveram redução significativa da fragilidade

(OR = 0,23) e ganho de 1,8 kg na força de preensão manual em três meses, enquanto Abizanda Saro *et al.* (2026)[13], no ensaio FRAILMERIT, registraram melhora clínica progressiva entre a 12ª (NNT = 4,8) e a 32ª semana (NNT = 3,4). Contudo, o contraste entre os estudos de Suikkanen *et al.* (2021)[14] e Rapp *et al.* (2026)[15] evidencia o papel determinante da supervisão profissional direta: enquanto o protocolo de Suikkanen *et al.* (2021)[14], supervisionado presencialmente por fisioterapeutas duas vezes por semana, elevou a pontuação da *Short Physical Performance Battery* (SPPB) em 1,6 ponto, a intervenção domiciliar não supervisionada de Rapp *et al.* (2026)[15] alcançou incremento inferior (+0,58 ponto), ainda que diferenças populacionais e de linha de base devam ser ponderadas.

O combate direto à inatividade física e à fraqueza muscular nesses ensaios atua sobre preditores críticos de perda funcional na atenção básica. Na coorte de Cabral *et al.* (2021)[1], a interação entre vulnerabilidade e inatividade física triplicou a chance de declínio nas AIVD em 24 meses (OR = 3,12). De modo convergente, Carvalho *et al.* (2022)[7] identificaram a sarcopenia em 41,3% dos idosos avaliados na APS, demonstrando associação direta com fragilidade clínico-funcional, lentificação da marcha (> 5 segundos) e circunferência da panturrilha inferior a 31 cm (presente em 36,3% dos frágeis).

Quanto ao uso de tecnologias remotas, Maranhão *et al.* (2024)[16] não observaram superioridade da supervisão virtual por chamadas de vídeo sobre o acompanhamento mínimo em 12 semanas. Esse resultado diverge parcialmente da revisão sistemática com metanálise de Wicks *et al.* (2023)[22], que analisou 11 estudos (1.400 participantes) e comprovou a não inferioridade da telerreabilitação conduzida por fisioterapeutas frente ao atendimento presencial,

além de superioridade sobre a ausência de intervenção. A ausência de efeito no ensaio brasileiro[16] explica-se pelo tamanho amostral reduzido (n = 38) e pelo efeito teto de uma amostra mais jovem (68 ± 7 anos) e previamente independente, ao passo que a telessaúde mostra-se estratégica quando há restrição de acesso presencial, como observado por Silva *et al.* (2024)[23] durante a pandemia de COVID-19. Ressalta-se, entretanto, que nos ensaios de Travers *et al.* (2023)[12] e Abizanda Saro *et al.* (2026)[13] o exercício foi combinado à suplementação ou orientação proteica (1,2 g/kg/dia) e capacitação de equipes, impedindo atribuir a reversão da fragilidade exclusivamente ao componente físico.

4.2. Prevenção de Quedas e Mobilidade

A redução consistente na taxa de quedas ocorreu nos três ensaios clínicos que aplicaram treinamento específico e progressivo de equilíbrio e força de membros inferiores: Hentschke *et al.* (2021)[17] (IRR = 0,63 em 24 meses), Peng *et al.* (2025)[18] no ensaio FAMILY (OR = 0,67 em 12 meses) e Suikkanen *et al.* (2021)[14] (IRR = 0,47 em 12 meses), com os dois primeiros reduzindo também as quedas com lesões e o medo de cair[17,18]. Em contrapartida, a intervenção de Rapp *et al.* (2026)[15] melhorou os escores funcionais (LLFDI-FC e SPPB), mas não alterou a incidência de quedas (razão de taxas = 0,99). Esse contraste corrobora a revisão sistemática de Dourado Júnior *et al.* (2022)[9], na qual programas de exercícios estruturados representaram 55% das intervenções eficazes na APS e contaram com a atuação direta do fisioterapeuta em 50% dos estudos, demonstrando que o ganho de capacidade física só previne quedas quando há especificidade de treino postural, desafio ao equilíbrio e progressão adequada de carga.

A análise das medidas de mobilidade também revelou dissociações relevantes entre estudos observacionais e experimentais. Enquanto o estudo transversal de Almeida *et al.* (2024)[8] identificou que cada segundo adicional no teste TUG aumentou em 3,1% a chance de histórico de quedas (OR = 1,031) e cada quilograma-força na preensão palmar reduziu esse risco em 10,9% (OR = 0,891), o ensaio clínico de Peng *et al.* (2025)[18] reduziu significativamente as quedas e melhorou o teste de sentar e levantar da cadeira sem produzir diferença estatística no TUG (13,3 vs. 13,2 segundos; p = 0,42). Isso indica que, embora o TUG seja útil para triagem de risco na comunidade[8], ele pode apresentar menor sensibilidade a mudanças clínicas após intervenções coletivas em idosos que já partem de uma mediana basal preservada (11,9 segundos no estudo de Peng *et al.* (2025)[18]).

Ademais, os achados transversais de Damasceno *et al.* (2024)[19] e Almeida *et al.* (2025)[20] comprovam que o risco de cair na APS extrapola o domínio biomecânico. Em Damasceno *et al.* (2024)[19], a insatisfação com o sono foi a única variável que permaneceu independentemente associada às quedas recorrentes no modelo multivariado final (OR = 2,87), enquanto Almeida *et al.* (2025)[20] evidenciaram a influência conjunta de déficits nutricionais, cognitivos e de dependência nas AIVD (OR = 1,20). Tais resultados sustentam as recomendações de Siqueira *et al.* (2023)[6] e Al Sheikh (2026)[24] quanto à obrigatoriedade da Avaliação Multidimensional do Idoso na APS, integrando o exame físico-funcional à revisão da polifarmácia — especialmente de psicofármacos e sedativos —, avaliação visual, qualidade do sono e adaptação de riscos domiciliares. Em consonância, a pesquisa de métodos mistos de Both *et al.* (2026)[25] demonstrou que o uso de medicamentos

controlados para insônia e depressão associa-se a relatos de vertigem e quedas da própria altura, retroalimentando o medo de cair e o isolamento social.

4.3. Funcionalidade, Vulnerabilidade e Qualidade de Vida

A desconexão entre ganho de performance física e manutenção da independência global ficou evidente no ensaio de Suikkanen *et al.* (2021)[14], no qual 12 meses de exercícios supervisionados melhoraram a SPPB, mas não impediram o declínio na Medida de Independência Funcional (MIF) nem alteraram as AIVD. Essa vulnerabilidade seletiva das atividades mais complexas repetiu-se no estudo transversal de Costa *et al.* (2025)[21] em Minas Gerais: embora 89,33% dos idosos fossem independentes para as ABVD (Escala de Barthel), 27,33% já apresentavam dependência total nas AIVD (Lawton e Brody), condição que elevou em 2,65 vezes a razão de prevalência de vulnerabilidade pelo VES-13.

O comprometimento precoce das AIVD em relação às ABVD é amplamente respaldado pela literatura na atenção básica. No inquérito populacional de Barra *et al.* (2023)[26] com 47.182 idosos avaliados pelo IVCF-20 em Uberlândia, a dependência em AIVD (13,67%) quase triplicou a prevalência de dependência em ABVD (4,85%). De forma análoga, o estudo piloto de Brown *et al.* (2024)[27] nos serviços de atenção primária dos Estados Unidos triou 959 idosos e detectou necessidade de ajuda ou dificuldade em 11,8% para AIVD contra 7,3% para ABVD, gerando encaminhamentos para abordar as limitações identificadas em 48% dos pacientes. Como as AIVD demandam integração entre funções executivas, mobilidade comunitária e comunicação, seu declínio sofre forte influência de fatores clínicos e sociais: Predebon *et al.* (2021)[2] demonstraram que

na Atenção Domiciliar (AD1) a dependência instrumental associa-se ao déficit cognitivo (RP = 2,23), idade ≥ 80 anos (RP = 1,58) e TUG ≥ 20 segundos (RP = 6,77), enquanto Figueiredo *et al.* (2025)[28] identificaram pelo instrumento WHODAS 2.0 que a descompensação clínica de comorbidades, a baixa escolaridade e a polifarmácia (≥ 5 medicamentos; IRR = 2,01) agravam a incapacidade funcional e restringem a participação social.

Por outro lado, a continuidade do cuidado e o vínculo longitudinal na APS atuam como fatores protetores dessas funções. Analisando dados da Pesquisa Nacional de Saúde, Moreira *et al.* (2025)[29] verificaram que os atributos de acesso de primeiro contato e longitudinalidade da APS associam-se positivamente à preservação da independência nas AIVD, enquanto a coorte de Caughey *et al.* (2026)[30] (n = 120.522) associou a continuidade assistencial a menor risco de hospitalizações — evento que, segundo Cabral *et al.* (2021)[1], dobra a chance de declínio funcional subsequente (OR = 2,01). Na esfera da qualidade de vida, apenas o ensaio de Peng *et al.* (2025)[18] mensurou esse desfecho de forma padronizada (EQ-5D-5L), registrando diferença ajustada de 0,03 ponto ($p < 0,001$) a favor do grupo intervenção. Embora numericamente modesta, essa variação atingiu exatamente a diferença mínima clinicamente importante (MCID = 0,03) estabelecida na literatura para prevenção de quedas em idosos, confirmando que a redução de acidentes associada ao exercício comunitário repercute de maneira clinicamente relevante no bem-estar global[18]. Além do escopo motor tradicional, intervenções fisioterapêuticas na APS voltadas a outras síndromes geriátricas, como o treinamento muscular do assoalho pélvico em grupo conduzido por Freitas *et al.* (2020)[31] para incontinência

urinária, também demonstraram melhora significativa na percepção de saúde e redução de limitações nas atividades diárias e sociais.

A interpretação conjunta dessas evidências requer a ponderação de limitações metodológicas e contextuais importantes. Primeiramente, a amostra foi composta de forma intencional, sem triagem exaustiva dos registros recuperados, o que pode ter deixado de fora estudos relevantes e limita a generalização dos achados. Além disso, os três estudos transversais incluídos[19-21] apontam associações relevantes, mas não permitem inferir causalidade, enquanto nos ensaios multicomponentes[12,13,15,18] não é possível isolar o efeito exclusivo do exercício frente às ações nutricionais e educativas. Em segundo lugar, seis dos sete ensaios clínicos foram conduzidos na Europa e na Ásia (Irlanda[12], Espanha[13], Finlândia[14], Alemanha[15,17] e China[18]), sendo apenas o estudo de Maranhão *et al.* (2024)[16] realizado no Brasil, o que exige cautela na transposição direta dos modelos para o Sistema Único de Saúde (SUS) diante das disparidades socioeconômicas e de financiamento[4,5]. Por fim, destaca-se como achado crítico para a questão norteadora desta revisão o fenômeno da transferência de tarefas (*task-shifting*): conforme mapeado na revisão de escopo de Seijas *et al.* (2024)[10] sobre modelos de reabilitação na APS global, embora o fisioterapeuta seja o profissional mais frequente (presente em 39,6% dos estudos), 15,6% dos programas delegam a condução das intervenções a profissionais generalistas ou agentes comunitários para suprir a escassez de especialistas. Isso se verificou na própria amostra desta revisão: apenas no ensaio de Suikkanen *et al.* (2021)[14] os exercícios foram diretamente supervisionados por fisioterapeutas; em Maranhão *et al.* (2024)[16], as aulas virtuais foram conduzidas por equipe treinada; em Travers *et al.* (2023)[12], a orientação partiu de

médicos de família; em Hentschke *et al*. (2021)[17], de instrutores treinados em prevenção de quedas; e no ensaio de Peng *et al*. (2025)[18], dos *village doctors* (profissionais técnicos rurais chineses com três anos de formação técnica). No contexto brasileiro, como demonstram Marreto *et al*. (2021)[4], Bim *et al*. (2021)[5] e o modelo de avaliação de efetividade de Rothstein *et al*. (2024)[32], a alta demanda espontânea por atendimentos clínicos individuais na APS muitas vezes restringe o tempo do fisioterapeuta para ações coletivas, visitas domiciliares e apoio matricial.

Em resposta à questão norteadora, conclui-se que a atuação fisioterapêutica na APS é fundamental para promover e manter a funcionalidade, a autonomia e a qualidade de vida da pessoa idosa, sobretudo porque as intervenções supervisionadas diretamente por fisioterapeutas alcançaram a maior magnitude de ganho em desempenho físico e redução expressiva de quedas[14]. Todavia, para que a recuperação da força e do equilíbrio se converta em independência real nas AIVD e participação social, a prática fisioterapêutica não pode limitar-se à prescrição biomecânica isolada; ela deve integrar-se à equipe multiprofissional por meio da avaliação multidimensional precoce, da adaptação ambiental, do apoio aos cuidadores e da coordenação longitudinal do cuidado no território.

5. CONCLUSÃO

Os resultados indicam que a Fisioterapia apresenta possibilidades relevantes no cuidado à população idosa na APS, especialmente por meio da avaliação da mobilidade e do desempenho funcional, da orientação e adaptação de exercícios e da participação em estratégias de reabilitação e prevenção. A identificação de alterações

funcionais e de fatores relacionados à vulnerabilidade pode contribuir para o planejamento de cuidados individualizados e para o acompanhamento das necessidades da pessoa idosa.

Conclui-se que, na Atenção Primária à Saúde, a atuação fisioterapêutica possui um papel relevante nas estratégias de cuidado à população idosa, no que se refere, principalmente, a fatores como: a identificação de necessidades relacionadas à mobilidade, o acompanhamento da funcionalidade e a participação em ações de reabilitação e prevenção. Inserir a Fisioterapia em um trabalho conjunto com equipes multiprofissionais pode promover um cuidado mais direcionado tanto da preservação da independência funcional quanto da autonomia.

Recomenda-se a realização de novos estudos que avaliem diretamente intervenções fisioterapêuticas desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde, especialmente por meio de pesquisas com acompanhamento longitudinal e utilização de medidas de desfecho relacionadas à funcionalidade, à autonomia, à mobilidade, às quedas e à qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cabral JF, Silva AMC, Andrade ACS, Lopes EG, Mattos IE. Vulnerabilidade e declínio funcional em pessoas idosas da Atenção Primária à Saúde: estudo longitudinal. Rev Bras Geriatr Gerontol [Internet]. 2021 [acesso em 3 nov 2026];24(1):e200302. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1981-22562021024.200302

2. Predebon ML, Ramos G, Fengler Dal Pizzol FL, Santos NO, Paskulin LMG, Rosset I. Funcionalidade global e fatores

associados em idosos acompanhados pela Atenção Domiciliar da Atenção Básica. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2021 [acesso em 3 nov 2026];29:e3476. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1518-8345.5026.3476

3. Ceccon RF, Soares KG, Vieira LJES, Garcia Júnior CAS, Matos CCSA, Pascoal MDHA. Atenção Primária em Saúde no cuidado ao idoso dependente e ao seu cuidador. Cien Saude Colet [Internet]. 2021 [acesso em 3 nov 2026];26(1):99-108. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.30382020

4. Marreto RB, Alves KT, Chirelli MQ, Plassa B, Biffe CRF, Tonhom S. A prática do fisioterapeuta na Atenção Primária: revisão integrativa. New Trends Qual Res [Internet]. 2021 [acesso em 3 nov 2026];8:745-53. Disponível em: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.745-753

5. Bim CR, Carvalho BG, Trelha CS, Ribeiro KSQS, Baduy RS, González AD. Práticas fisioterapêuticas para a produção do cuidado na atenção primária à saúde. Fisioter Mov [Internet]. 2021 [acesso em 3 nov 2026];34:e34109. Disponível em: https://doi.org/10.1590/fm.2021.34109

6. Siqueira FM, Delgado CE, Carbogim FC, Castro EAB, Santos RC, Cavalcante RB. Avaliação multidimensional de pessoas idosas na Atenção Primária à Saúde: uma revisão de escopo. Rev Bras Geriatr Gerontol [Internet]. 2023 [acesso em 3 nov 2026];26:e230051. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1981-22562023026.230051.pt

7. Carvalho LJAR, Mota MS, Muniz TMS, Silva RCS, Silva AS, Machado ALG. Fragilidade clínico-funcional e sarcopenia em

idosos na atenção primária à saúde. Cogitare Enferm [Internet]. 2022 [acesso em 3 nov 2026];27:e76145. Disponível em: https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.76145

8. Almeida JR, Arantes PMM, Ribeiro-Samora GA, Parentoni AN, Pereira LSM, Ocarino JM. Força muscular, funcionalidade e fatores comportamentais têm a mesma associação com histórico de quedas? Fisioter Pesqui [Internet]. 2024 [acesso em 3 nov 2026];31:e23012824pt. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1809-2950/e23012824pt

9. Dourado Júnior FW, Moreira ACA, Salles DL, Silva MAM. Intervenções para prevenção de quedas em idosos na Atenção Primária: revisão sistemática. Acta Paul Enferm [Internet]. 2022 [acesso em 3 nov 2026];35:eAPE022566. Disponível em: https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AR022566

10. Seijas V, Maritz R, Mishra S, Bernard RM, Fernandes P, Lorenz V, et al. Rehabilitation in primary care for an ageing population: a secondary analysis from a scoping review of rehabilitation delivery models. BMC Health Serv Res [Internet]. 2024 [acesso em 3 nov 2026];24:123. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12913-023-10387-w

11. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2008 [acesso em 3 nov 2026];17(4):758-64. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018

12. Travers J, Romero-Ortuno R, Langan J, MacNamara F, McCormack D, McDermott C, et al. Building resilience and

reversing frailty: a randomised controlled trial of a primary care intervention for older adults. Age Ageing [Internet]. 2023 [acesso em 3 nov 2026];52(2):afad012. Disponível em: https://doi.org/10.1093/ageing/afad012

13. Abizanda Saro A, García Molina R, Alcantud Córcoles R, Maestre Moreno M, Sánchez Uceda R, Morón Merchante I, et al. Efficacy of a multicomponent intervention for frailty or physical function in prefrail or frail older adults: FRAILMERIT multicenter clinical trial. J Am Geriatr Soc [Internet]. 2026 [acesso em 3 nov 2026];74(3):658-68. Disponível em: https://doi.org/10.1111/jgs.70266

14. Suikkanen S, Soukkio P, Aartolahti E, Kääriä S, Kautiainen H, Hupli MT, et al. Effect of 12-month supervised, home-based physical exercise on functioning among persons with signs of frailty: a randomized controlled trial. Arch Phys Med Rehabil [Internet]. 2021 [acesso em 3 nov 2026];102(12):2283-90. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.apmr.2021.06.017

15. Rapp K, Nerz C, Fleiner T, Denkinger M, Büchele G, Rehm M, et al. Home-based intervention to prevent functional decline in (pre)frail older adults: the PromeTheus randomized controlled trial. J Cachexia Sarcopenia Muscle [Internet]. 2026 [acesso em 3 nov 2026];17:e70306. Disponível em: https://doi.org/10.1002/jcsm.70306

16. Maranhão DCM, Silva JDA, Farah BQ, Pirauá NBB, Araújo RC, Cavalcante BR, et al. Effects of 12-weeks of home-based exercise training on physical and cognitive function of older adults: randomized trial comparing virtual versus minimal

supervision in the context of the COVID-19 pandemic in Brazil. Can Geriatr J [Internet]. 2024 [acesso em 3 nov 2026];27(1):47-55. Disponível em: https://doi.org/10.5770/cgj.27.705

17. Hentschke C, Halle M, Geilhof B, Landendoerfer P, Blank W, Sieber CC, et al. 24-Months cluster-randomized intervention trial of a targeted fall prevention program in a primary care setting. J Gen Intern Med [Internet]. 2021 jul 8 [acesso em 3 nov 2026]. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s11606-021-06944-w

18. Peng J, Ye P, Nan B, Yan S, Li Z, Li Q, et al. A fall prevention program integrated in primary health care for older people in rural China: the FAMILY cluster randomized clinical trial. JAMA [Internet]. 2025 [acesso em 3 nov 2026];334(12):1068-76. Disponível em: https://doi.org/10.1001/jama.2025.12724

19. Damasceno DA, Aleixo GF, Luciano JB, Nogueira CM, Pinto JM. Factors related to recurrent falls among older adults attending primary health care: a biopsychosocial perspective. Exp Aging Res [Internet]. 2024 [acesso em 3 nov 2026];50(3):348-59. Disponível em: https://doi.org/10.1080/0361073X.2023.2195293

20. Almeida LA, Dantas BAS, Rocha KPM, Araújo MPD, Andrade NL, Batista FAM, et al. Nutritional, cognitive, and functional deficits, frailty, and quality of life associated with fall risk in community-dwelling older adults: a cross-sectional study conducted in Brazil. J Prim Care Community Health [Internet]. 2025 [acesso em 3 nov 2026];16:1-12. Disponível em: https://doi.org/10.1177/21501319251341742

21. Costa CM, Coelho KR, Oliveira PP, Silva RC, Gómez Martínez CS, Torres GV, et al. Vulnerabilidade em idosos na Atenção Primária à Saúde: desafios associados à fragilidade e funcionalidade. Rev Bras Enferm [Internet]. 2025 [acesso em 3 nov 2026];78(Suppl 2):e20240219. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2024-0219pt

22. Wicks M, Dennett AM, Peiris CL. Physiotherapist-led, exercise-based telerehabilitation for older adults improves patient and health service outcomes: a systematic review and meta-analysis. Age Ageing [Internet]. 2023 [acesso em 3 nov 2026];52(11):afad207. Disponível em: https://doi.org/10.1093/ageing/afad207

23. Silva CC, Silva VL, Medeiros GC, Arruda JL, Moreira RS. Qualidade da atenção primária à saúde da pessoa idosa durante a pandemia da covid-19: uma revisão sistemática. Rev Bras Geriatr Gerontol [Internet]. 2024 [acesso em 3 nov 2026];27:e230239. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1981-22562024027.230239.pt

24. Al Sheikh AA. Fall prevention in older adults: a primary care-based narrative review. J Family Med Prim Care [Internet]. 2026 [acesso em 3 nov 2026];15(4):1524-6. Disponível em: https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_2220_25

25. Both CT, Leite MT, Cechinel-Peiter C, Moura L, Erdmann AL. Vulnerabilidade clínico-funcional em pessoas idosas: estudo de métodos mistos na atenção primária à saúde. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2026 [acesso em 3 nov

2026];35:e20250098. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2025-0098pt

26. Barra RP, Moraes EN, Lemos MMV, Bonati PCR, Castro JFM, Jardim AA. Fragilidade e espacialização de pessoas idosas do município de Uberlândia com IVCF-20. Rev Saude Publica [Internet]. 2023 [acesso em 3 nov 2026];57(Supl 3):9s. Disponível em: https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057005273

27. Brown RT, Zamora K, Rizzo A, Spar MJ, Fung KZ, Santiago L, et al. Improving measurement of functional status among older adults in primary care: a pilot study. PLoS One [Internet]. 2024 [acesso em 3 nov 2026];19(5):e0303402. Disponível em: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0303402

28. Figueiredo CEMT, Castro SS, Ferreira MJM. Fatores pessoais e clínicos associados à alteração de funcionalidade em idosos usuários da atenção primária à saúde. Fisioter Pesqui [Internet]. 2025 [acesso em 3 nov 2026];32:e23017524pt. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1809-2950/e23017524pt

29. Moreira WEM, Giarola LTP, Silva SLA, Leite ICG. Atributos da Atenção Primária à Saúde e capacidade funcional de pessoas idosas: análise de correspondência múltipla de dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019. Rev Bras Geriatr Gerontol [Internet]. 2025 [acesso em 3 nov 2026];28:e250016. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1981-22562025028.250016.pt

30. Caughey GE, Schwabe J, Pulling BW, Crotty M, Williams H, Kellie A, et al. Primary health care services and continuity of care are associated with better health outcomes in the older

population. J Am Geriatr Soc [Internet]. 2026 [acesso em 3 nov 2026];74:1950-63. Disponível em: https://doi.org/10.1111/jgs.70465

31. Freitas CV, Capela ILB, Caldas SACS, Almeida TMG. Abordagem fisioterapêutica da incontinência urinária em idosos na atenção primária em saúde. Fisioter Pesqui [Internet]. 2020 [acesso em 3 nov 2026];27(3):264-70. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1809-2950/19015527032020

32. Rothstein JR, Gontan Albiero JF, Torres de Freitas SF. Modelo para avaliação da efetividade da atuação fisioterapêutica na atenção básica. Saúde Debate [Internet]. 2024 [acesso em 3 nov 2026];48(140):e8749. Disponível em: https://doi.org/10.1590/2358-289820241408749P

---

[1] Discentes do Curso de Fisioterapia da Afya São João del-Rei. E-mails: acesse o artigo original para visualizar o e-mail; acesse o artigo original para visualizar o e-mail; acesse o artigo original para visualizar o e-mail; acesse o artigo original para visualizar o e-mail.

[2] Professor Doutor do Curso de Fisioterapia da Afya São João del-Rei. E-mail: E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail.

[3] Professora Mestra do Curso de Fisioterapia da Afya São João del-Rei. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail.