

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA (EMESCAM)
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL**

ARIANA MOREIRA DE CASTILHO ZON

**DESAFIOS E PERSPECTIVAS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PARA O MANEJO DA DISFAGIA
NO IDOSO**

**VITÓRIA
2025**

ARIANA MOREIRA DE CASTILHO ZON

**DESAFIOS E PERSPECTIVAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
PARA A IDENTIFICAÇÃO E O MANEJO DA DISFAGIA NO IDOSO
SOB A LUZ DAS POLÍTICAS PÚBLICAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM), como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Fabiana Rosa Neves Smiderle

Área de concentração: Políticas Públicas, Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local

Linha: Políticas de Saúde, Integralidade e Processos Sociais

VITÓRIA

2025

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
EMESCAM – Biblioteca Central

Z87d Zon, Ariana Moreira de Castilho
Desafios e perspectivas das Políticas Públicas na Atenção Primária
à Saúde para o manejo da disfagia no idoso / Ariana Moreira de
Castilho Zon - 2025.
95 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Fabiana Rosa Neves Smiderle.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local
– Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória,
EMESCAM, 2025.

1. Idoso - disfagia. 2. Idoso - envelhecimento. 3. Atenção Primária à
Saúde. 4. Políticas Públicas. I. Smiderle, Fabiana Rosa Neves. II. Escola
Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória,
EMESCAM. III. Título.

CDD 613.70565

Bibliotecária responsável pela estrutura de acordo com o AACR2:
Elisangela Terra Barbosa – CRB6/608

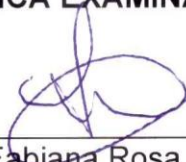
ARIANA MOREIRA DE CASTILHO ZON

**DESAFIOS E PERSPECTIVAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PARA A
IDENTIFICAÇÃO E O MANEJO DA DISFAGIA NO IDOSO SOB A LUZ DAS
POLÍTICAS PÚBLICAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 29 de setembro de 2025.

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Fabiana Rosa Neves Smiderle
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
(Orientadora)



Profa. Dra. Monica Cattafesta
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
(Membro Interno)

Documento assinado digitalmente



ANA PAULA RIBEIRO DE CASTRO
Data: 19/10/2025 07:29:14-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Ana Paula Ribeiro de Castro
(Membro Externo)

RESUMO

Introdução: O aumento significativo da população idosa tem alterado o perfil epidemiológico, dando lugar às doenças crônicas não transmissíveis e degenerativas. Como consequência dessas doenças, podem ocorrer alterações na deglutição — transtorno denominado disfagia — que podem levar à desnutrição, desidratação, depressão, internações e até mesmo ao óbito. A disfagia acomete de 16% a 22% da população acima de 50 anos, alcançando índices de 70% a 90% nas faixas etárias mais avançadas, e, na maioria das vezes, só é tratada em sua forma aguda. Portanto, pensar na prevenção, na promoção, na capacitação profissional e no tratamento precoce por meio da atenção primária à saúde é relevante, uma vez que minimiza o grau de severidade proporcionando maior qualidade de vida e diminuição de custos para os cofres públicos. **Objetivo:** Analisar o conhecimento da equipe multiprofissional da atenção primária à saúde para a prevenção e manejo da disfagia no idoso no Município de Vila Velha-ES. **Método:** Trata-se de uma pesquisa exploratória, de abordagem quantitativa, realizada por meio de um questionário objetivo aplicado aos profissionais da atenção primária do município de Vila Velha, a fim de identificar o perfil e condutas desses profissionais em torno da disfagia. **Resultados:** A análise evidenciou lacunas significativas no conhecimento e no manejo da disfagia em idosos por parte da equipe multiprofissional da APS de Vila Velha-ES, refletindo desigualdades na formação acadêmica e ausência de protocolos padronizados. Apesar do reconhecimento da relevância do tema, o cuidado permanece fragmentado e dependente da experiência individual dos profissionais. Verificou-se ainda que, embora as políticas públicas forneçam diretrizes estratégicas, sua implementação é incipiente, limitando a integralidade do cuidado. O estudo aponta a necessidade de formação estruturada, educação permanente, fluxos interprofissionais e efetiva aplicação das políticas como estratégias para garantir um cuidado seguro e resolutivo à população idosa. **Conclusão:** O estudo revelou lacunas no conhecimento da equipe da atenção primária de saúde sobre disfagia em idosos, com práticas fragmentadas e sem protocolos padronizados. A formação desigual entre as profissões dificulta o cuidado integral. Destaca-se a necessidade de capacitação contínua e efetiva implementação das políticas públicas para garantir atendimento seguro e resolutivo.

Palavras-chave: Idoso; Envelhecimento; Atenção Primária; Disfagia.

ABSTRACT

Introduction: Due to the significant increase in the older population, the epidemiological profile has shifted toward chronic non-communicable and degenerative diseases. As a consequence of these conditions, swallowing alterations may occur; this disorder is known as dysphagia and can lead to malnutrition, dehydration, depression, hospitalizations, and death. Dysphagia affects 16% to 22% of individuals over 50 years old, reaching rates of 70% to 90% in the oldest populations, and is most often treated only in its acute form. Therefore, considering prevention, health promotion, professional training, and early treatment through primary health care is essential, as these strategies reduce severity, improve quality of life, and decrease public health costs. **Objective:** To analyze the knowledge of the multiprofessional team in primary health care regarding the prevention and management of dysphagia in older adults in the municipality of Vila Velha, ES. **Method:** This is an exploratory study with a quantitative approach, conducted through an objective questionnaire administered to primary care professionals in Vila Velha, aiming to identify their profile and clinical practices related to dysphagia. **Results:** The analysis revealed significant gaps in the knowledge and management of dysphagia in older adults among the multiprofessional primary care team in Vila Velha, ES, reflecting inequalities in academic training and the absence of standardized protocols. Despite recognizing the relevance of the topic, care remains fragmented and dependent on the individual experience of professionals. The study also found that, although public policies provide strategic guidelines, their implementation is still incipient, limiting comprehensive care. The findings emphasize the need for structured training, continuing education, interprofessional care pathways, and the effective application of policies as strategies to ensure safe and effective care for the older population. **Conclusion:** The study identified gaps in the knowledge of primary health care professionals regarding dysphagia in older adults, with fragmented practices and no standardized protocols. Unequal training among professions hinders comprehensive care. The findings highlight the need for continuous professional development and effective implementation of public policies to ensure safe and effective care.

Keywords: Elderly. Aging. Primary Care. Dysphagia.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Descrição do perfil dos profissionais de saúde. Vila Velha, ES, Brasil, 2025.....	55
Tabela 2 - Distribuição das respostas dos profissionais de saúde sobre conhecimento da disfagia em idosos, categorizadas por nível de adequação (n = 50). Vila Velha, ES, Brasil, 2025.....	55
Tabela 3 – Análise de variância (ANOVA) do conhecimento sobre disfagia entre categorias profissionais da saúde. Vila Velha, ES, Brasil, 2025	58
Tabela 4 – Comparações múltiplas entre as profissões. Vila Velha, ES, Brasil, 2025.	59

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária a Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CEOs	Centros de Especialidades Odontológicas
CFFa	Conselho Federal de Fonoaudiologia
CLT	Consolidação das Leis de Trabalho
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
EENM	Estimulação Elétrica Neuromuscular
EMTR	Estimulação Magnética Transcraniana Repetitiva
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FEES	Avaliação Endoscópica da Deglutição com Fibra Óptica
HNC	Câncer de Cabeça e Pescoço
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia
INAMPS	Assistência Médica da Previdência Social
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
MPAS	Previdência e Assistência Social
NASF	Núcleos Ampliados de Saúde da Família
PNI	Política Nacional do Idoso
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SBGG	Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
SF	Saúde da Família
SNC	Sistema Nervoso Central
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
VFSS	Estudo Videofluoroscópico da Deglutição

Sumário

APRESENTAÇÃO	8
1 INTRODUÇÃO	10
2 REFERENCIAL TEÓRICO	14
2.1 DISFAGIA NO IDOSO E IMPACTOS NA SAÚDE	15
2.2 A DISFAGIA NA PESSOA IDOSA DENTRO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	21
2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA O MANEJO DA DISFAGIA NO BRASIL.....	33
2.4 DESAFIOS E BARREIRAS PARA O MANEJO DA DISFAGIA NO IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	42
3 OBJETIVOS	49
3.1 OBJETIVO GERAL.....	49
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	49
4 MÉTODO	50
4.1 TIPO DO ESTUDO	50
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO	50
4.3. AMOSTRA.....	50
3.3.1 Critérios de inclusão	51
3.3.2 Critérios de exclusão	51
4.4 COLETA DE DADOS.....	51
4.5 ANÁLISE DOS DADOS	51
4.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	52
4.6.1 Riscos e benefícios	53
5 RESULTADOS	55
7 CONCLUSÃO	69
REFERÊNCIAS	71
APÊNDICES	84

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	
.....	84
APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO PARA APLICAÇÃO NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DAS UNIDADES	89
ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA	92
.....	92
ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	93

APRESENTAÇÃO

A trajetória acadêmica e profissional da pesquisadora, fundamentada em sua formação em Fonoaudiologia e atuação em diferentes níveis de atenção à saúde, consolidou uma compreensão ampliada sobre a complexidade do cuidado fonoaudiológico e evidenciou a relevância estratégica da Atenção Primária à Saúde (APS). As vivências em contextos hospitalares, ambulatoriais e em instituições de longa permanência fortaleceram seu compromisso com o SUS e despertaram especial interesse pela abordagem preventiva e educativa em saúde.

Ao longo dessa experiência, tornou-se evidente a invisibilidade da disfagia na APS, marcada pela ausência de protocolos clínicos específicos, pela escassez de equipes capacitadas e pela limitada inserção da fonoaudiologia nesse nível de atenção. Observou-se, ainda, que, o conhecimento dos profissionais sobre o tema é frequentemente fragmentado, contribuindo para o subdiagnóstico, atrasos no manejo e maior ocorrência de complicações evitáveis.

A literatura científica reforça essa percepção, ao concentrar a discussão da disfagia predominantemente no ambiente hospitalar, o que contribui para a desarticulação da linha de cuidado e para a negligência do papel central da APS no rastreamento precoce e na educação em saúde. Em contrapartida, a prevenção e a promoção da saúde na atenção básica configuram estratégias mais eficazes, menos onerosas e fundamentais para a qualidade de vida da população idosa.

Dessa forma, a escolha do tema desta pesquisa decorre de um compromisso pessoal, profissional e social com a melhoria do cuidado oferecido aos idosos. Motivada pela paixão pela fonoaudiologia e pelo potencial transformador da educação em saúde, a pesquisadora reconhece a APS como espaço essencial para a identificação precoce e o manejo adequado da disfagia, contribuindo para práticas mais integrais, resolutivas e alinhadas aos princípios do SUS.

Após as considerações introdutórias, o projeto foi organizado de maneira a aprofundar o objeto de estudo e responder à pergunta proposta. O **Capítulo 2.1** descreve a disfagia no idoso como uma condição multifatorial associada ao envelhecimento e às doenças crônicas, ressaltando seus impactos na nutrição, hidratação, segurança da deglutição e qualidade de vida. O **Capítulo 2.2** enfatiza

o papel estratégico da Atenção Primária na identificação precoce, no acompanhamento contínuo e na articulação multiprofissional necessária ao manejo seguro da disfagia no território. Já o **Capítulo 2.3** analisa as políticas públicas voltadas à saúde da pessoa idosa, evidenciando avanços normativos, mas também a ausência de diretrizes específicas para o cuidado da disfagia na APS. Por fim, o **Capítulo 2.4** apresenta os principais desafios e barreiras enfrentados pelos serviços, destacando a escassez de profissionais especializados, fragilidades estruturais, dificuldades de acesso e a necessidade de protocolos e capacitação permanente para qualificar o cuidado.

Para sua elaboração, foram consultados livros, dissertações, artigos científicos e documentos institucionais de âmbito internacional, nacional e regional, disponíveis em plataformas como OMS, Ministério da Saúde, Secretarias Estadual e Municipal de Saúde e portais governamentais.

Nos capítulos seguintes, 3 e 4, estão descritos, respectivamente, os objetivos para responder à pergunta de pesquisa e os métodos para atingi-los. Posteriormente a apresentação dos resultados e discussão e considerações finais do estudo.

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno global que teve início nos países desenvolvidos no final do século XIX e nos países em desenvolvimento a partir do século XX. Essa inversão da pirâmide etária é o reflexo da queda da mortalidade infantil e da redução da taxa de fecundidade, impulsionadas por avanços científicos e técnicos, mudanças culturais, melhores condições de vida e pelo aumento da expectativa de vida (Câmara dos Deputados, 2017).

No Brasil, esse processo está ocorrendo de forma acelerada, com previsão de que a parcela da população com 60 anos ou mais dobrará em apenas 25 anos, entre 2010 e 2035. Essa velocidade é semelhante à observada na China e em outros países da América Latina, enquanto, nos países desenvolvidos, a transição demográfica ocorreu de forma mais gradual, levando de 75 a 140 anos (Mrejen, Nunes e Giancomi, 2023).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia (IBGE), a população com 60 anos ou mais no Brasil representa 15,8% da população total, apresentando um crescimento de 46,6% em relação ao censo demográfico de 2010 (10,8% da população) (IBGE, 2022).

Concomitante à transição demográfica, ocorre também a transição epidemiológica, na qual as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) destacam-se como as que mais acometem os idosos. Somam-se a isso as alterações biológicas naturais do envelhecimento (Oliveira, 2019).

Diante desse perfil epidemiológico e da senescência, a disfagia é uma condição clínica crônica que acomete de 16% a 22% da população acima de 50 anos, alcançando índices de 70% a 90% de distúrbios de deglutição nas populações mais idosas. A disfagia caracteriza-se por qualquer dificuldade no processo da deglutição durante o transporte do bolo alimentar da cavidade oral até o estômago. Pode ser de causa neurológica e/ou estrutural, e apresenta graus de severidade (Paula, 2008; Laís *et al.*, 2021). De acordo com a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), a frequência de mortes por engasgo, seja por asfixia ou pneumonia por aspiração, é muito maior na terceira idade do que em outras faixas etárias (Benzecry *et al.*, 2020).

É fundamental que a disfagia seja abordada e identificada precocemente, a fim de se evitar as consequências adversas à saúde do paciente com disfagia. O distúrbio da deglutição pode acarretar grandes prejuízos aos idosos, como desnutrição, desidratação, pneumonia, isolamento, depressão, piora do prognóstico clínico e até a morte (Azevedo *et al.*, 2023).

Sendo assim, o local ideal para rastrear, prevenir e diagnosticar a disfagia é no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) - que é o primeiro nível de atenção em saúde. A APS caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades (OPAS, 2023).

Além de ser uma forma eficaz e eficiente de enfrentar as principais causas de problemas de saúde e riscos ao bem-estar, a atenção primária também contribui para lidar com desafios emergentes que podem comprometer a saúde no futuro. Trata-se de um investimento custo-efetivo, pois há evidências de que uma APS de qualidade reduz os gastos totais em saúde e melhora a eficiência, por exemplo, ao diminuir as internações hospitalares. A APS requer uma abordagem multissetorial, integrando políticas de promoção da saúde e prevenção, soluções adaptadas às necessidades das comunidades e serviços de saúde centrados nas pessoas (OPAS, 2023).

A abordagem de saúde para o idoso, com objetivo de ser eficaz para o seu bem-estar é direcionada pela Política Nacional do Idoso (PNI), que foi promulgada em 1994 e regulamentada em 1996, garantindo os direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, além de reafirmar seu direito à saúde, em todos os níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS) (Fernandes; Soares, 2012).

Além disso, destaca-se a “Agenda 2030”, composta por 17 objetivos ambiciosos e interconectados, desdobrados em 169 metas, com foco em superar os principais desafios de desenvolvimento enfrentados por pessoas no Brasil e no mundo, promovendo o crescimento sustentável global até 2030. Trata-se de um pacto

global assinado durante a Cúpula das Nações Unidas em 2015, pelos 193 países membros. Dentre esses objetivos, tem-se “ODS 3: Saúde e bem-estar, com o objetivo de assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades” (Unicef, 2015).

Portanto, reforça-se a importância da utilização de políticas públicas pela equipe multiprofissional da atenção primária para a prevenção e o manejo da disfagia no idoso. Tendo outro fator relevante que escassez de materiais validados para rastreio da disfagia na atenção primária, uma vez que sua utilização é predominantemente voltada para a assistência hospitalar, pós-AVC e já na fase aguda do distúrbio, segundo estudos de outros autores, o que justifica a realização deste estudo sobre o tema da disfagia no idoso (Oliveira *et al.*, 2023).

A pesquisa emergiu do seguinte questionamento: Quais são desafios e perspectivas da equipe multiprofissional da atenção primária perante as políticas públicas para a identificação e o manejo da disfagia no idoso? Considerando a importância de identificar os desafios enfrentados pela equipe que atua nesse cenário, este estudo tem como objetivo analisar os desafios e perspectivas da equipe multiprofissional da atenção primária perante as políticas públicas para o manejo da disfagia no idoso no município de Vila Velha-ES.

Este estudo poderá trazer benefícios para as instituições no que se refere à implementação e adesão das políticas públicas para o manejo da disfagia no idoso, além de que sejam desenvolvidas futuras ações que venham a ser implementadas, tendo em vista o embasamento e as comprovações científicas realizadas nesse estudo, podendo, assim, fornecer incentivo para uma melhor prática dos profissionais, bem como contribuir para a formação acadêmica dos discentes envolvidos na pesquisa.

A presente pesquisa justifica-se pela relevância do manejo precoce da disfagia na população idosa, condição, que, quando não identificada e tratada adequadamente, pode resultar em complicações graves, como desnutrição, desidratação e pneumonia aspirativa. Embora a APS constitua o nível de atenção responsável pela prevenção, promoção e cuidado contínuo, a temática da disfagia ainda é pouco contemplada nas políticas públicas voltadas à saúde do idoso.

A partir da vivência profissional como fonoaudióloga na rede pública de saúde, observa-se a invisibilidade da disfagia no contexto da APS, associada à escassez de protocolos clínicos específicos, à ausência de equipes capacitadas e à limitação do reconhecimento da atuação fonoaudiológica nesse nível de atenção. Soma-se a isso o fato de que a literatura científica, em grande parte, concentra-se na abordagem da disfagia no âmbito hospitalar e na atenção terciária, desconsiderando sua relevância na atenção básica e contribuindo para a desarticulação da linha de cuidado.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O envelhecimento populacional é um fenômeno global que vem ocorrendo de forma acelerada em países em desenvolvimento, como o Brasil, caracterizando-se pela crescente proporção de pessoas com 60 anos ou mais na população total (Mrejen; Nunes; Giancomi, 2023). Essa transição demográfica, impulsionada pela queda das taxas de natalidade e pelo aumento da expectativa de vida, representa um desafio para os sistemas de saúde, especialmente quando associada à transição epidemiológica, na qual predominam as doenças crônicas não transmissíveis e condições relacionadas ao próprio processo de envelhecimento (Oliveira, 2019).

No contexto da população idosa, destacam-se alterações fisiológicas que podem comprometer a qualidade de vida e a autonomia funcional, entre elas: a disfagia, distúrbio caracterizado por dificuldades no processo de deglutição, que pode ter origem neurológica, estrutural ou funcional (Resende *et al.*, 2015). Embora a deglutição seja muitas vezes percebida como uma ação simples e automática, trata-se de um mecanismo complexo, envolvendo estruturas da boca, laringe, faringe e esôfago, coordenadas por circuitos neuromusculares especializados.

Diante desse cenário, a Atenção Primária à Saúde (APS) assume papel estratégico, tanto na prevenção quanto na identificação precoce e no manejo da disfagia em idosos. A APS atua de forma integral, articulando ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, conforme preconizado pelo Sistema Único de Saúde (Brasil, 1988; Brasil, 1990). No entanto, persistem barreiras como a insuficiente capacitação de profissionais para a triagem e avaliação clínica não instrumental da deglutição, bem como a baixa participação de nutricionistas nas equipes de saúde da família, o que compromete a abordagem integral do problema (Werstuck *et al.*, 2021).

Assim, compreender a relação entre envelhecimento populacional, disfagia e atenção primária é fundamental para desenvolver estratégias de cuidado mais efetivas, sustentadas por políticas públicas e práticas interprofissionais qualificadas.

2.1 DISFAGIA NO IDOSO E IMPACTOS NA SAÚDE

A deglutição é frequentemente percebida como uma ação simples devido à sua ocorrência constante, e, muitas vezes, de maneira automática. Contudo, esse é um processo bastante elaborado, envolvendo uma série de estruturas que atuam em conjunto, sendo coordenadas por um mecanismo neural. A deglutição compartilha o mesmo espaço utilizado pela respiração e tem como finalidade transportar o alimento da boca ao estômago, evitando que ele penetre nas vias respiratórias. Tal processo envolve uma variedade de estruturas localizadas na boca, laringe, faringe e esôfago (Resende *et al.*, 2015).

É um processo mecânico crucial para manutenção da vida e saúde geral, sendo essencial para ingestão de alimentos e líquidos que ofertam proteínas, vitaminas, carboidratos e minerais, para nutrição e funcionamento correto do organismo, além de proteger as vias respiratórias impedindo a aspiração (Chen *et al.*, 2021). Exige ação simultânea de 56 pares de músculos, sendo controlada pelo SNC (Sistema Nervoso Central) e por cinco nervos cranianos, assim garantindo que o alimento seja movido de forma segura. Realizamos sem pensar de forma semiautomática esse processo cerca de 2000 vezes por dia, podendo também ser realizada de maneira consciente na fase oral (Lobo *et al.*, 2021).

A dificuldade de deglutição é conhecida como disfagia e pode levar ao desconforto, estresse, perda de peso e redução na qualidade de vida do paciente. Esse distúrbio pode acarretar desnutrição e/ou desidratação devido à limitação da ingestão oral, em pacientes que conseguem se alimentar por via oral sem uso ou auxílio nutricional por via enteral, pois obtêm maior capacidade energética de alimentos em relação ao que não podem se alimentar livremente por via oral, gerando desnutrição e conseqüentemente a interrupção da síntese dos músculos esqueléticos, provocando sarcopenia (Chen *et al.*, 2021).

No idoso, a dificuldade de deglutição inclui alterações sensoriais como diminuição da sensibilidade gustativa, o enfraquecimento muscular, risco de aspiração por presença de resíduos na orofaringe e menor prazer ao se alimentar, levando ao impacto negativo na socialização e na qualidade de vida. A partir dos 60 anos, apresenta-se mais suscetibilidade a variadas doenças e incapacidade, incluindo maior risco de alterações na deglutição, desenvolvidas devido a mudanças

naturais, assim como doenças específicas ou quadros degenerativos (Xavier, 2021).

Essa patologia caracteriza-se como uma condição comum ao público idoso, causada pelo envelhecimento natural, doenças associadas e fragilidade, podendo ser associada e classificada como sarcopenia devido à perda de massa muscular e diminuição da força nos músculos de deglutição e mastigação. A perda de força nos músculos de mastigação, pode causar redução da mobilidade da língua podendo acarretar a condição precária da saúde bucal, dificultando a limpeza natural da boca, o acúmulo de alimentos, cáries, e mau controle do bolo alimentar (Shiraishi, 2020).

A sarcopenia pode comprometer as glândulas salivares, contribuindo para a xerostomia, associada também ao uso de medicamentos e doenças sistêmicas. Problemas bucais, como o uso inadequado de próteses e a má higiene, dificultam a mastigação, favorecem doenças periodontais e levam à desnutrição. Além disso, medicamentos comuns em idosos podem agravar a disfagia, especialmente os sedativos e opioides, que reduzem reflexos protetores como a tosse, aumentando o risco de aspiração. A fraqueza muscular nas fases da deglutição exige adaptações alimentares, como o uso de dietas pastosas, para garantir segurança na alimentação (Sire *et al.*, 2022).

Dentre os tipos de disfagia, destaca-se a orofaríngea - sendo mais comum em idosos - ocorrendo anormalidades desde o início da deglutição devido à disfunção dos músculos da boca e problemas neurológicos. Neste tipo há maior possibilidade e risco de desenvolver aspiração, sendo que o direcionamento inadequado do bolo alimentar para as vias aéreas pode resultar em pneumonia aspirativa e outros problemas respiratórios (Campos *et al.*, 2022).

O enfraquecimento da laringe pode estar associado a problemas neuromusculares, acidentes cerebrovasculares, condições neurológicas e neurodegenerativas, como a Doença de Alzheimer, Doença de Parkinson e esclerose lateral amiotrófica (ELA), além do descondicionamento generalizado decorrente de hospitalização prolongada e de alterações observadas em pacientes com câncer de cabeça e pescoço (HNC). As doenças neurológicas e neurodegenerativas, especialmente a

Doença de Parkinson, são causas frequentes de disfagia em idosos, pois a disfunção extrapiramidal resultante da degeneração de neurônios dopaminérgicos na substância negra do mesencéfalo compromete os movimentos motores, levando à rigidez e afetando diretamente a musculatura responsável pela deglutição (Poewe et al., 2017).

Múltiplas abordagens, como estratégias de compensação, manobras de deglutição, tratamento postural e treinamento muscular, podem auxiliar na melhora das funções afetadas e contribuir para a qualidade de vida do paciente com disfagia associada à Doença de Parkinson (Arone et al., 2021).

Nos estágios moderados da doença de Alzheimer, a disfagia apresenta-se com dificuldades na fase faríngea, incluindo problemas de depuração faríngea, abertura do esfíncter esofágico superior e aspiração visível na videofluoroscopia e, tardiamente, o comprometimento da deglutição devido à grave degeneração das funções cognitivas e motoras (Güner et al., 2023).

A Doença de Alzheimer é uma das principais causas de demência em idosos, sendo marcada pela deterioração progressiva das funções corticais, como linguagem, cálculo, habilidades visuoespaciais e funções executivas. Os pacientes apresentam dificuldades para interpretar e manipular informações do ambiente, bem como para realizar tarefas simples como planejar, organizar e resolver problemas - funções cruciais para o desempenho cognitivo adequado. Mesmo nas fases iniciais, é possível observar alterações como aspiração, disfagia e reflexo de deglutição retardado. A disfagia é uma condição comum em diversos estágios de doenças e exige detecção precoce por profissionais capacitados. Nos estágios iniciais, seus sintomas costumam ser negligenciados, dificultando a triagem e o diagnóstico. As alterações iniciais geralmente ocorrem na fase oral da deglutição, exigindo atenção clínica a sinais discretos, porém, relevantes (Mira et al., 2022).

O trato gastrointestinal constitui-se entre a boca e o estômago, dentre esses órgãos, localiza-se o esôfago, à medida que o indivíduo passa pelo processo de envelhecimento, ocorrem alterações fisiológicas nessa estrutura, tais como a formação do esôfago curvado e tortuoso, a diminuição das contrações esofágicas que auxiliam no processo de passagem do bolo alimentar, formação de ondas

polifásicas, ou seja, o esôfago apresenta contrações em diversas porções durante o processo de deglutição, dilatação esofágica, além do relaxamento parcial do esfíncter inferior do esôfago, assim dificultando a passagem do alimento para o esôfago (Gutschow *et al.*, 2011).

A disfagia esofágica consiste na localização do bolo alimentar ou líquido no esôfago, tendo a sensação de que o alimento está preso nessa porção do aparelho alimentar. Dentre as etiologias encontradas na disfagia, destaca-se a estenose esofágica, encontrada em pacientes com avançada idade, que são decorrentes de causas inflamatórias, tais como pênfigo e doença de Cohn. A motilidade esofágica caracteriza-se como um distúrbio no tecido conjuntivo, como esclerodermia e a disfunção do músculo liso, que se relaciona com a disfagia esofágica, pois retrata os distúrbios primários e secundários da motilidade do esôfago, influenciando na dificuldade do paciente idoso realizar a função peristáltica no período da ingestão do bolo alimentar (Shane *et al.*, 2021).

Dentre os distúrbios primários de motilidade decorrentes da disfagia esofágica, destaca-se a acalasia, que consiste na diminuição das funções das células ganglionares do plexo miontérico da porção distal do esôfago, ocasionando tensão da musculatura do esfíncter esofágico inferior e prejudicando a mobilidade do corpo esofágico. Essa patologia provoca alterações estruturais permanentes no esôfago, e, em sua fase terminal, pode levar à dilatação grave e tortuosa do órgão, que pode atingir cerca de 6 centímetros, além de propiciar complicações como divertículos epifrênicos, desnutrição e esofagite por cândida (Barack *et al.*, 2021).

O tratamento da acalasia envolve o uso de medicamentos como nitratos, bloqueadores de cálcio, toxina botulínica e procedimentos como a miotomia endoscópica perioral. Nesse procedimento, um endoscópio flexível é inserido pelo trato oral até o esôfago, permitindo cortes precisos no esfíncter esofágico inferior, para reduzir a resistência ao bolo alimentar. Caso a técnica endoscópica não seja eficaz, a miotomia de Heller laparoscópica, que envolve incisões nas fibras musculares do esfíncter esofágico, pode ser realizada, combinada com funduplicatura para reduzir o refluxo gastroesofágico e garantir recuperação rápida (Shane *et al.*, 2021).

O diagnóstico da disfagia envolve etapas que começam com testes de triagem realizados por profissionais treinados, como enfermeiros, fonoaudiólogos ou médicos. Esses testes identificam sinais de risco, como engasgos, tosses frequentes, voz molhada e dificuldades de deglutição, mas não avaliam a gravidade ou o tratamento adequado. Após a triagem, o paciente é encaminhado a um especialista para uma avaliação clínica completa, incluindo histórico médico, exame físico das funções orais e motoras, e análise da deglutição com alimentos de diferentes consistências. Exames complementares, como videofluoroscopia ou endoscopia, são essenciais para avaliar as fases faríngea e esofágica, caso haja dúvidas (Özsürekci *et al.*, 2019).

Em pacientes idosos que sofreram AVC, a triagem precoce reduziu complicações pulmonares como a aspiração, sofrimento psicológico, a internação hospitalar, e conseqüentemente, os altos custos com assistência médica, pois o tratamento necessário para tratamento da disfagia após o AVC depende da gravidade do quadro e necessidades individuais de cada paciente, já que a dificuldade de deglutição ocorre devido a danos neurológicos que afetam os músculos e nervos responsáveis pelo processo de engolir (Dziewas *et al.*, 2021).

O exame considerado como padrão-ouro para diagnosticar a disfagia orofaríngea, é o VFSS (*Videofluoroscopy Swallowing Study*) - um exame detalhado que grava em vídeo o ato do movimento da deglutição, utilizando contraste radiológico como o bário (Wirth *et al.*, 2016; Yang *et al.*, 2021).

Outro tipo de procedimento é o FEES (*Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing*), a endoscopia da deglutição por fibra óptica, usada para avaliar a capacidade de deglutição do paciente em especial em casos de distúrbios de deglutição, ela avalia movimentos como o levantamento da faringe, movimentos da língua e das pregas vocais, fechamento da epiglote e reflexos de segurança das vias aéreas. O FEES, visa aos detalhes da anatomia e secreções, sendo ideal para pacientes mais debilitados e que estão há muito tempo sem a ingestão de alimentos de forma oral, em idosos e pacientes frágeis avalia a segurança para voltar a se alimentar oralmente, pois identifica quando alimentos ou líquidos entram nas vias aéreas sem estimular tosse (Wirth *et al.*, 2016).

Uma das vantagens do FEES, é que ele pode ser realizado à beira leito ou em casas de repouso sem precisar de equipamentos de alta complexidade como raio-X, não necessita do uso do contraste com o bário, permitindo a avaliação de estratégias por um período maior de tempo, diferente de outros procedimentos que necessitam da exposição à radiação como a fluoroscopia, pois oferece uma avaliação direta sobre os problemas e a solução para paciente e sua família. O FEES é um instrumento essencial para customizar o diagnóstico e as intervenções terapêuticas em pacientes com dificuldade de deglutição, sobretudo em populações geriátricas, uma vez que auxilia na identificação de sintomas, tais como tosse, excessivas secreções no vestíbulo laríngeo, propiciando a disfagia grave e aumento do risco do paciente de desenvolver distúrbios respiratórios tais como a pneumonia (Helliwell *et al.*, 2023).

Segundo Chen (2021), a disfagia é comum em casas de repouso e pode levar a infecções respiratórias por aspiração, exigindo intervenções preventivas. Posturas e manobras adequadas, orientadas por profissionais capacitados como enfermeiros, cuidadores, nutricionistas, fonoaudiólogos, fisioterapeutas e médicos, são fundamentais para prevenir aspiração e auxiliar na reabilitação alimentar oral. Cuidadores têm papel essencial ao ajudar na postura correta durante as refeições, como manter o paciente ereto ou elevar a cabeceira da cama em 30°, além de posicionar o queixo para baixo e orientar a rotação da cabeça e inclinação do corpo para facilitar a deglutição (Chen; Kent; Cui, 2021).

Abordagens de neuroestimulação, como a Estimulação Elétrica Neuromuscular (EENM), a Estimulação Tátil Térmica e a Estimulação Magnética Transcraniana Repetitiva (EMTR), podem melhorar a deglutição em idosos com disfagia. Essas técnicas estimulam reflexos de deglutição e promovem a reorganização neural, ajudando na recuperação funcional. A miniaturização dos equipamentos possibilita o uso desses tratamentos não apenas em hospitais, mas também em lares de idosos, favorecendo o cuidado contínuo (Dai *et al.*, 2023).

A disfagia orofaríngea é um preditor significativo que influencia na mortalidade hospitalar de pacientes idosos, identificar e tratar precocemente fatores como a disfagia orofaríngea pode ajudar significativamente no manejo clínico do paciente geriátrico (Martínez *et al.*, 2024).

No período da Covid-19, a população geriátrica sofreu drasticamente com os impactos da doença. Devido a sua fragilidade e suscetibilidade, essa população é exposta à mortalidade e desfechos clínicos graves em comparação a outras faixas etárias também afetadas na Covid-19 (Molino *et al.*, 2024).

Durante a pandemia do Covid-19, a fragilidade foi uma das razões do agravamento da severidade da doença, levando à necessidade de intervenções médicas como a ventilação mecânica, internações de longa permanência e a ocupação de leitos por períodos mais longos, e, até à mortalidade (Grilli *et al.*, 2021).

Segundo a Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, a intubação prolongada em casos graves de Covid-19 exige ventilação mecânica devido à insuficiência respiratória, a intubação demorada tem relação com a disfagia orofaríngea, pois pode causar lesões na laringe e na faringe, comprometendo os músculos da região. A ventilação mecânica prolongada- juntamente com imobilidade durante o período de internação do paciente - pode ocasionar na fraqueza muscular generalizada, incluindo os músculos responsáveis pela deglutição, os pacientes que desenvolveram disfagia orofaríngea durante o período da ventilação mecânica, têm maior risco de aspiração e desnutrição após a intubação (Conselho Federal de Fonoaudiologia, 2020).

Diante da complexidade e multifatorialidade da disfagia, especialmente na população idosa, torna-se evidente a necessidade de um olhar clínico atento e interdisciplinar para seu diagnóstico precoce, manejo adequado e reabilitação contínua. Seja decorrente do envelhecimento natural, de doenças neurodegenerativas como Alzheimer e Parkinson, de condições neuromusculares ou de eventos agudos como o AVC e a Covid-19, a disfagia representa um risco significativo à saúde, impactando diretamente na nutrição, na hidratação, na socialização e, principalmente, na qualidade de vida do paciente.

2.2 A DISFAGIA NA PESSOA IDOSA DENTRO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha um papel central ao melhorar a segurança sanitária e prevenir ameaças à saúde, como epidemias e resistência antimicrobiana, por meio de medidas como educação e engajamento comunitário,

prescrição racional e funções essenciais de saúde pública, incluindo vigilância. O fortalecimento dos sistemas de saúde comunitários e a descentralização dos serviços são etapas cruciais para garantir a resiliência necessária para enfrentar desafios futuros (Soranz et al., 2021).

Nesse cenário, a APS surge como o espaço ideal para a detecção precoce, rastreamento e intervenção na disfagia. Por ser o primeiro nível de atenção em saúde, tem a responsabilidade de oferecer ações de promoção, prevenção e diagnóstico, de forma individual e coletiva, visando reduzir o impacto da disfagia na qualidade de vida dos idosos. A atuação da APS é crucial para evitar complicações mais graves e a necessidade de cuidados mais intensivos, promovendo uma atenção integral que contribua para o envelhecimento ativo e saudável (OPAS, 2023).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) definiu que a atenção à saúde da população idosa deve ter como porta de entrada a APS e a Saúde da Família (SF), tendo como referência a rede de serviços especializada de média e alta complexidade. Além disso, a saúde da população idosa também passou a ser uma prioridade no SUS e, por conseguinte, na Estratégia de Saúde da Família (ESF), modelo fortemente embasado nos atributos da APS e que busca a qualificação dessa atenção (Brasil, 2006).

Entretanto, segundo a própria política, ainda há muito a ser feito para que o SUS dê respostas efetivas e eficazes às necessidades e demandas de saúde da população idosa brasileira. Evidências demonstram problemas relacionados ao uso e ao acesso aos serviços de saúde e à inadequação do modelo de atenção para atender à demanda dos idosos (Martins et al., 2014).

Embora o direito de todas as pessoas ao acesso a serviços de saúde permaneça universal, conforme estabelecido nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável de 2020, ainda persistem desigualdades significativas no acesso e na qualidade desses serviços em diferentes regiões e populações. Ademais, crises globais, como a pandemia de COVID-19, agravaram ainda mais essas disparidades, evidenciando a vulnerabilidade de sistemas de saúde fragilizados e a necessidade urgente de

políticas públicas que promovam a equidade, a inclusão e o fortalecimento da atenção primária à saúde (Dableh; Frazer; Stokes; Kroll, 2024).

Para atender a essa demanda crescente, a Atenção Primária à Saúde (APS) tem desempenhado um papel centralizado. Ademais, a APS conecta os idosos às Redes de Atenção à Saúde (RAS), garantindo o acesso a serviços especializados quando necessário. Nesse contexto, sua atuação junto aos idosos é fundamental, uma vez que oferece a oportunidade de cuidados preventivos, diagnósticos precoces e tratamentos que podem mitigar a progressão de doenças crônicas (Mendes et al., 2011).

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) estão diretamente relacionadas ao envelhecimento populacional, uma vez que o aumento da expectativa de vida tende a elevar a prevalência dessas condições. Contudo, é importante salientar que as DCNT também são fortemente associadas a hábitos de vida inadequados, como sedentarismo, má alimentação, tabagismo e consumo excessivo de álcool (Lopes et al., 2023).

De igual modo, fatores sociais desempenham um papel crucial na determinação da saúde, contribuindo significativamente para o desenvolvimento e agravamento dessas doenças. Desigualdades socioeconômicas, condições precárias de vida, baixa escolaridade, acesso limitado à informação e à saúde, bem como o pertencimento a grupos sociais vulneráveis, são determinantes sociais que aumentam o risco de adoecimento e dificultam o manejo das DCNT (Cockerham et al., 2017).

A APS é considerada a porta de entrada do Sistema de Saúde, sendo responsável por organizar o cuidado e coordenar as ações em todos os níveis de complexidade. Para a população idosa, essa organização é ainda mais relevante, pois a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e o vínculo próximo com a comunidade têm proporcionado um cuidado mais personalizado e acessível aos idosos, através de ações como visitas domiciliares, acompanhamento por equipes multiprofissionais e promoção da saúde, a APS contribui não apenas para a melhoria da qualidade de vida dos idosos, mas também para a manutenção de sua autonomia e independência funcional, contribuindo para a prevenção de agravos e

o monitoramento contínuo das condições crônicas. Esse modelo permite que a atenção à saúde seja mais integrada, com foco na promoção da saúde e no atendimento domiciliar quando necessário (Dalgaard et al., 2014).

No entanto, para que a APS atenda de forma satisfatória às necessidades da população idosa, é crucial investir na capacitação continuada dos profissionais de saúde, assim como na estruturação de protocolos que considerem as especificidades desse grupo. A qualificação da força de trabalho é um fator determinante para o sucesso e sustentação da APS, pois a atenção à saúde da pessoa idosa exige conhecimentos específicos em áreas como geriatria, gerontologia, cuidados paliativos e abordagem multidimensional das fragilidades (Pakkonen et al., 2021).

Outrossim, é necessário implementar estratégias de gestão e da governança local do sistema de saúde. A adoção de ferramentas de planejamento, monitoramento e avaliação pode garantir maior eficiência na alocação dos recursos disponíveis e garantir a oferta de serviços adequados e acessíveis a todos os idosos, independentemente de sua localização geográfica ou condição socioeconômica (De Oliveira; Matos, 2023). De igual modo, a intersetorialidade também se torna fundamental nesse contexto, permitindo a articulação entre saúde, assistência social, transporte e habitação. Esses fatores influenciam diretamente o bem-estar e qualidade de vida do idoso (Cairo et al., 2019).

A melhoria na qualidade da APS para idosos também depende de uma abordagem mais empática e centrada no paciente, considerando as particularidades e vulnerabilidades dos indivíduos em processo de envelhecimento. Para isso, os profissionais de saúde devem estar aptos a identificar precocemente sinais de fragilidade, desenvolver planos de cuidado personalizados e coordenar o acompanhamento contínuo do estado de saúde desses pacientes (De Oliveira; Matos, 2023).

Essa perspectiva centrada na pessoa idosa vai além do tratamento de doenças e busca compreender o indivíduo em sua integralidade, considerando os aspectos físicos, emocionais, sociais e funcionais. O estabelecimento de uma relação de confiança e escuta qualificadas entre profissionais e usuários é fundamental para

estabelecer o vínculo terapêutico, promover maior adesão às intervenções propostas e garantir um cuidado mais humanizado. O enfoque na prevenção e na promoção à saúde deve permear todas as ações desenvolvidas na APS, contribuindo para o empoderamento dos idosos em relação ao seu autocuidado e à tomada de decisões sobre sua própria saúde. A educação e o treinamento dos cuidadores são aspectos críticos para a efetivação de qualquer plano terapêutico, especialmente no que se refere à adoção de abordagens reabilitadoras e centradas no conforto. Cuidadores bem orientados e capacitados tornam-se agentes fundamentais na continuidade do cuidado, sendo capazes de aplicar intervenções de forma segura e alinhada às necessidades do paciente (Noë et al., 2021).

Em especial no contexto de doenças crônicas e condições como a demência, a preparação adequada do cuidador pode influenciar diretamente na qualidade de vida do idoso. Essa evidência reforça a importância de estratégias educativas direcionadas não apenas aos profissionais de saúde, mas também aos familiares e cuidadores formais, promovendo decisões mais informadas, respeitadas e alinhadas com os valores e desejos do paciente (Natal; Rogus-Pulia, 2019).

De igual modo, a educação deve ir além dos cuidados imediatos e envolver o ensino sobre a importância de estratégias de reabilitação e adaptação das rotinas alimentares. Materiais didáticos ilustrativos também são uma ferramenta valiosa, pois oferecem uma forma visual e acessível de transmitir as informações, especialmente para aqueles que possuem limitações cognitivas ou dificuldades de leitura (Riquelme et al., 2022).

Além disso, os programas educativos desempenham um papel fundamental na promoção da conscientização sobre os sinais precoces da disfagia, permitindo uma identificação mais rápida e eficaz, o que é crucial para prevenir complicações graves, como aspiração pulmonar e desnutrição. Tais programas podem incluir oficinas práticas, onde tanto os idosos quanto seus cuidadores possam aprender técnicas de alimentação assistida, como manobras de deglutição seguras e a adaptação de consistências alimentares (Hasegawa et al., 2025).

A literatura aponta que a implementação de programas estruturados de reabilitação, como o treinamento em técnicas específicas de deglutição e

adaptação da dieta, tem mostrado resultados positivos na melhoria da função de deglutição e na redução de complicações graves, como a aspiração pulmonar e a desnutrição (Hasegawa et al., 2025). No caso dos cuidadores informais, que frequentemente são familiares sem formação na área da saúde, o treinamento deve focar em técnicas específicas para o preparo de alimentos com consistências seguras, minimizando o risco de complicações associadas à alimentação inadequada (Rangira et al., 2021).

Todavia, a elaboração de materiais educativos deve seguir de acordo com o perfil específico, experiência do cuidador e necessidades de saúde da pessoa idosa poderá promover a segurança na prestação do cuidado em domicílio. Isso pode incluir a adaptação de linguagem, a utilização de recursos visuais, como ilustrações e vídeos, e a distribuição de conteúdos que abordem, de forma progressiva, os aspectos da condição do idoso com disfagia e as formas adequadas de intervenções. Para os cuidadores informais, o foco pode ser mais na prática diária, com ênfase em como lidar com situações comuns, como engasgos ou a adaptação de alimentos (Belmonte et al., 2024).

Para atender a essa demanda crescente, a Atenção Primária à Saúde (APS) tem desempenhado um papel central. Além disso, a APS conecta os idosos às Redes de Atenção à Saúde (RAS), garantindo o acesso a serviços especializados quando necessário. Sendo assim, sua atuação junto aos idosos é fundamental, uma vez que oferece a oportunidade de cuidados preventivos, diagnósticos precoces e tratamentos que podem mitigar a progressão de doenças crônicas (Mendes et al., 2011).

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) estão diretamente relacionadas ao envelhecimento populacional, uma vez que o aumento da expectativa de vida tende a elevar a prevalência dessas condições. Entretanto, é importante salientar que as DCNT também são fortemente associadas a hábitos de vida inadequados, como sedentarismo, má alimentação, tabagismo e consumo excessivo de álcool (Lopes et al., 2023).

Além disso, fatores sociais desempenham um papel crucial na determinação da saúde, contribuindo significativamente para o desenvolvimento e agravamento

dessas doenças. Desigualdades socioeconômicas, condições precárias de vida, baixa escolaridade, acesso limitado à informação e à saúde, bem como o pertencimento a grupos sociais vulneráveis, são determinantes sociais que aumentam o risco de adoecimento e dificultam o manejo das DCNT (Cockerham et al., 2017).

A APS é considerada a porta de entrada do Sistema de Saúde, sendo responsável por organizar o cuidado e coordenar as ações em todos os níveis de complexidade. Para a população idosa, essa organização é ainda mais relevante, uma vez que a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e o vínculo próximo com a comunidade têm proporcionado um cuidado mais personalizado e acessível aos idosos.

Por meio de ações como visitas domiciliares, acompanhamento por equipes multiprofissionais e promoção da saúde, a APS contribui não apenas para a melhoria da qualidade de vida dos idosos, mas também para a manutenção de sua autonomia e independência funcional, contribuindo para a prevenção de agravos e o monitoramento contínuo das condições crônicas. Esse modelo permite que a atenção à saúde seja mais integrada, com foco na promoção da saúde e no atendimento domiciliar quando necessário (Dalgaard et al., 2014).

Porém, para que a APS atenda de forma satisfatória às necessidades da população idosa, é crucial investir na capacitação continuada dos profissionais de saúde, assim como na estruturação de protocolos que considerem as especificidades desse grupo. A qualificação da força de trabalho é um fator determinante para o sucesso e a sustentação da APS, pois a atenção à saúde da pessoa idosa exige conhecimentos específicos em áreas como geriatria, gerontologia, cuidados paliativos e abordagem multidimensional das fragilidades (Pakkonen et al., 2021).

A atenção primária à saúde (APS) desempenha um papel central ao melhorar a segurança sanitária e prevenir ameaças à saúde, como epidemias e resistência antimicrobiana, por meio de medidas como educação e engajamento comunitário, prescrição racional e funções essenciais de saúde pública, incluindo vigilância. O fortalecimento dos sistemas de saúde comunitários e a descentralização dos

serviços são etapas cruciais para garantir a resiliência necessária para enfrentar desafios futuros (Soranz *et al.*, 2021).

Nesse cenário, APS surge como o espaço ideal para a detecção precoce, rastreamento e intervenção na disfagia. Por ser o primeiro nível de atenção em saúde, tem a responsabilidade de oferecer ações de promoção, prevenção e diagnóstico, de forma individual e coletiva, visando a reduzir o impacto da disfagia na qualidade de vida dos idosos. A atuação da APS é crucial para evitar complicações mais graves e a necessidade de cuidados mais intensivos, promovendo uma atenção integral que contribua para o envelhecimento ativo e saudável (OPAS, 2023).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), definiu que a atenção à saúde da população idosa deve ter como porta de entrada a APS e Saúde da Família (SF) tendo como referência a rede de serviços especializada de média e alta complexidade. Outrossim, a saúde da população idosa também passou a ser uma prioridade no SUS e, por conseguinte, da Estratégia de Saúde da Família (ESF), modelo fortemente embasado nos atributos da APS e que busca a qualificação dessa atenção (Brasil, 2006).

Entretanto, segundo a própria política, ainda há muito a ser feito para que o SUS dê respostas efetivas e eficazes às necessidades e demandas de saúde da população idosa brasileira. Evidências demonstram problemas relacionados ao uso e o acesso aos serviços de saúde e inadequação do modelo de atenção para atender a demanda dos idosos (Martins *et al.*, 2014).

Embora o direito de todas as pessoas ao acesso a serviços de saúde permaneça universal, conforme estabelecido nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável de 2020, ainda persistem desigualdades significativas no acesso e na qualidade desses serviços em diferentes regiões e populações. Além disso, crises globais, como a pandemia de COVID-19, agravaram ainda mais essas disparidades, evidenciando a vulnerabilidade de sistemas de saúde fragilizados e a necessidade urgente de políticas públicas que promovam a equidade, a inclusão e o fortalecimento da atenção primária à saúde (Dableh; Frazer; Stokes; Kroll, 2024).

De maneira adicional, o suporte emocional e psicológico é um componente essencial no manejo da disfagia. A abordagem deve ser multidimensional, incluindo não apenas estratégias de reabilitação física da deglutição, mas também suporte psicológico, com encaminhamento para acompanhamento psicológico ou psiquiátrico quando necessário. Programas de apoio social, grupos terapêuticos e intervenções psicossociais são recomendados para mitigar os impactos emocionais negativos nos idosos disfágicos.

Estudos mostram que a disfagia está associada a altas taxas de depressão e isolamento social. Idosos disfágicos apresentam prevalência significativamente maior de sintomas depressivos em comparação aos idosos sem dificuldades de deglutição. Além disso, a evitação de refeições em grupo para evitar constrangimentos pode agravar o isolamento social, aumentando o risco de deterioração cognitiva e outras comorbidades associadas (Sura et al., 2012).

A autonomia do idoso é um princípio fundamental que deve ser respeitado em todas as etapas do cuidado. Isso implica reconhecer e valorizar as decisões do idoso sobre sua própria saúde e bem-estar, mesmo quando envolvem a recusa de determinados tratamentos. Contudo, estudos apontam que, na prática, a defesa da autonomia pode ser comprometida por diversos fatores, como a falta de preparo dos profissionais para lidar com situações de terminalidade e a ausência de protocolos claros que orientem as decisões clínicas nesse contexto (Gaspar, 2020).

A transição demográfica que o Brasil enfrenta exige não apenas a ampliação dos serviços de saúde, mas também a adequação da gestão e das práticas de cuidado na APS. Diante do crescimento acelerado da população idosa, torna-se imprescindível que o sistema de saúde esteja preparado para responder com efetividade, equidade e sensibilidade às múltiplas demandas desse grupo (Dalgaard et al., 2014). Somente por meio de uma APS fortalecida, com foco na prevenção, no acompanhamento longitudinal e na humanização do cuidado, será possível enfrentar os desafios impostos pelo envelhecimento populacional, garantindo que os idosos possam envelhecer com dignidade, autonomia e qualidade de vida (Dalgaard et al., 2014).

Nesse sentido, a estratificação de risco é uma ferramenta essencial na prática clínica, especialmente no manejo de pacientes com disfagia, pois permite adequar a assistência à realidade e às necessidades específicas de cada indivíduo. Essa abordagem possibilita ao profissional de saúde reconhecer as particularidades clínicas e funcionais do paciente, favorecendo a elaboração de um plano de cuidados individualizado e seguro (Silva et al., 2019).

No contexto da avaliação de risco para disfagia, é fundamental considerar os determinantes sociais. A estratificação permite identificar pacientes com maior probabilidade de desenvolver complicações, como aspiração pulmonar e desnutrição, direcionando a atuação da equipe multiprofissional — especialmente enfermagem, fonoaudiologia e nutrição (Lopes et al., 2023). Dessa forma, a estratificação orienta decisões sobre a necessidade de encaminhamento para avaliação especializada, definição da via alimentar mais segura e implementação de estratégias preventivas, promovendo cuidados mais eficazes e reduzindo eventos adversos relacionados à deglutição (Dalgaard et al., 2014).

A articulação das políticas públicas existentes com uma gestão eficiente da APS pode transformar a atenção à saúde do idoso. Isso requer a integração dos serviços, a valorização do cuidado centrado na pessoa e o fortalecimento das redes de apoio comunitário. Uma assistência verdadeiramente integral e resolutiva deve reconhecer as especificidades do envelhecimento, promovendo ações que não apenas tratem doenças, mas também incentivem a participação ativa dos idosos na sociedade, respeitando sua história, valores e autonomia. Assim, é possível consolidar uma assistência alinhada às demandas de uma população cada vez mais idosa (Dalgaard et al., 2014).

Destaca-se a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa como uma ferramenta que permite o registro de informações clínicas, histórico de saúde, acompanhamento de agravos e orientações preventivas. Ademais, avaliações multidimensionais que incluem aspectos físicos, cognitivos, emocionais, sociais e funcionais são cruciais para detectar precocemente situações de vulnerabilidade, como fragilidade, risco de quedas, perda de autonomia e isolamento social (Brasil, 2021).

Além disso, escalas como a de fragilidade de Fried, o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) e o Índice de Barthel contribuem para o planejamento de cuidados direcionados e baseados em evidências. A utilização adequada desses instrumentos promove um olhar ampliado e interdisciplinar sobre o envelhecimento, permitindo ações mais resolutivas, prevenção de agravos e a promoção da qualidade de vida do idoso no território (Espinosa et al., 2021).

Instrumentos como o Teste de Deglutição de Água (Water Swallow Test), adaptado para o contexto da atenção básica, possibilitam a identificação rápida de sinais de risco, como tosse durante a alimentação, alteração da voz e engasgos frequentes. A implementação de fluxogramas de avaliação e encaminhamento permite que casos suspeitos sejam rapidamente referenciados para avaliação fonoaudiológica especializada, garantindo continuidade do cuidado e prevenindo complicações graves, como pneumonia aspirativa (Oliveira, 2023).

No cuidado da disfagia na população idosa, a equipe multiprofissional da Atenção Primária à Saúde (APS) desenvolve um papel crucial na identificação precoce, encaminhamento adequado e acompanhamento contínuo dos casos. Trata-se de uma condição que demanda um olhar atento e integrado, pois não há cuidado eficaz quando realizado de forma isolada. O manejo da disfagia exige a articulação de saberes e ações entre diversos profissionais (Volkert *et al.*, 2022).

Estudos relatam a avaliação conjunta de fonoaudiólogos e nutricionistas evidenciando um grau significativo de multidisciplinaridade. O fonoaudiólogo é responsável pela avaliação clínica da deglutição e pelo desenvolvimento de estratégias terapêuticas, enquanto o nutricionista realiza o acompanhamento do estado nutricional, investigando, por exemplo, perda de peso e a necessidade ou não de intervenções como o uso de sondas alimentares (Lango *et al.*, 2020).

No cuidado do idoso disfágico, é fundamental que a avaliação e o tratamento odontológico estejam integrados às demais ações de saúde, considerando que a saúde oral influencia diretamente a capacidade de mastigação e deglutição. A articulação entre a saúde bucal e o manejo da disfagia é indispensável para promover a segurança alimentar e a qualidade de vida dos idosos (Shimizu *et al.*, 2023).

Nesse contexto, a Política Nacional de Saúde Bucal, Brasil Sorridente desempenha um papel importante. Essa política pública, implementada no Brasil em 2004, visa garantir o acesso integral e gratuito às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal em todos os ciclos de vida, inclusive na atenção ao idoso. Por meio da expansão dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e da inserção das Equipes de Saúde Bucal na Atenção Básica, o programa busca assegurar a preservação da função mastigatória, da estética e da saúde oral (Brasil, 2024)

Por meio da Resolução CFFa nº 383, instituída oficialmente no Brasil em 2010 pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa), no dia 20 de março é celebrado o Dia Nacional de Atenção à Disfagia. Essa resolução reconhece a patologia como uma especialidade da fonoaudiologia, delimitando as competências e atribuições dos profissionais que atuam nesse campo (Conselho Federal de Fonoaudiologia, 2022).

A escolha da data remete à publicação do documento, simbolizando um marco para a área é uma conquista importante para os profissionais da saúde envolvidos no diagnóstico e no tratamento dos distúrbios da deglutição (Brasil, 2017). Desde a sua criação, a data tem mobilizado instituições de ensino, hospitais, unidades básicas de saúde e associações profissionais a realizarem campanhas de orientação, palestras, oficinas e avaliações públicas. Essas ações educativas têm contribuído significativamente para a desmistificação da disfagia e fortalecimento das políticas públicas de atenção integral a pacientes com alterações de deglutição (Santos *et al.*, 2022).

A partir dessas avaliações especializadas, outros profissionais também se tornam essenciais no processo de cuidado, como a equipe de enfermagem, que desempenha papel fundamental na manipulação, manutenção e monitoramento de sondas enterais. Assim, o cuidado à pessoa idosa com disfagia na Atenção Primária à Saúde não ocorre de forma isolada, mas sim por meio de uma ação coordenada, interdisciplinar e centrada na integralidade da assistência, respeitando as especificidades e necessidades de cada indivíduo (Martins *et al.*, 2013).

Apesar dos avanços APS supracitados, ainda persistem barreiras significativas para o diagnóstico precoce da disfagia. A escassez de fonoaudiólogos na rede

básica de saúde, a falta de conhecimento dos sinais de alerta pelos demais profissionais e a subvalorização dos sintomas pelos próprios idosos e familiares são fatores que dificultam a identificação precoce. Além disso, barreiras culturais, como o estigma relacionado ao uso de sondas ou mudanças na dieta habitual, agravam a resistência ao tratamento (Martins *et al.*, 2014).

Essas dificuldades ressaltam a necessidade de protocolos claros e de educação continuada das equipes de saúde, de modo a garantir que os profissionais estejam aptos a reconhecer sinais de risco e intervir adequadamente.

2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA O MANEJO DA DISFAGIA NO BRASIL

A Constituição Federal do Brasil - promulgada em 1988 - estabelece a saúde como um direito fundamental do cidadão brasileiro, determinando que esse setor deve ser de acesso universal e equânime (Brasil, 2016). Além disso, por meio da Lei Orgânica da Saúde, institucionalizada em 1990 e responsável pelo estabelecimento dos principais direitos e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), ressaltou-se a importância de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com adoção de estratégias que assegurem a integralidade da assistência à população (Brasil, 1990).

Sob esse viés, como forma de assegurar a atenção integral prevista na legislação, desenvolveu-se a APS, que representa a porta de entrada às necessidades de saúde, oferecendo atendimento à comunidade de maneira integral e contínua. Por meio dela, espera-se atender os problemas de saúde de uma pessoa ao longo da vida, conectando-a às Redes de Atenção à Saúde, organizando o funcionamento do SUS e proporcionando maior qualidade no acolhimento (Brasil, 2013).

Paralelamente, observa-se que, nas últimas décadas, devido ao desenvolvimento científico, tecnológico e jurídico da sociedade, houve aumento da expectativa de vida da população, especialmente em países com maior desenvolvimento socioeconômico. Esse fenômeno resultou em crescimento significativo do segmento de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. Nesse contexto, destaca-se o atual cenário brasileiro de inversão da pirâmide etária, evidenciado pelo aumento contínuo da população idosa no país (Camarano, 2002).

Entre 2012 e 2021, houve um aumento de 11,3% para 14,7% da população com mais de 60 anos, passando de 22,3 milhões para 31,2 milhões de pessoas, o que corresponde a um crescimento de 39,8% no período. Em 2020, o Brasil registrava 211,8 milhões de habitantes, número referente aos 5.570 municípios analisados pelo IBGE e divulgado no final de agosto do ano seguinte. Esse total refletiu o crescimento populacional de 2019, na ordem de 45,7 mil habitantes (IBGE, 2022).

O crescimento relativamente mais elevado do contingente idoso é resultado de suas taxas mais altas de expansão, decorrentes da fecundidade elevada prevalecente no passado, em comparação com a atual, além da redução da mortalidade (Camarano, 2022).

O desenvolvimento de políticas públicas voltadas à pessoa idosa tem ganhado destaque na agenda de organizações internacionais de saúde, que buscam orientar países na criação de programas sociais e assistenciais capazes de atender às demandas crescentes desse grupo populacional. No Brasil, embora o Governo Federal tenha iniciado ações em prol dos idosos desde a década de 1970, como a atuação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), essas iniciativas eram voltadas principalmente a aposentados e pensionistas com 60 anos ou mais.

Na época, a assistência médica era responsabilidade do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que atendia os trabalhadores contribuintes da previdência social. Entretanto, somente em 1994 foi instituída uma política nacional específica para a pessoa idosa (Mendes et al., 2010).

A Lei nº 8.842/1994, que estabeleceu a Política Nacional do Idoso (PNI), regulamentada pelo Decreto nº 1.948/1996, criou o Conselho Nacional do Idoso. A referida lei tem como finalidade assegurar direitos sociais que garantam a promoção da autonomia, a integração e a participação efetiva do idoso na sociedade, de modo que ele exerça plenamente sua cidadania. Estipula-se o limite de 60 anos ou mais para que uma pessoa seja considerada idosa (Fernandes; Soares, 2012).

Como parte das estratégias e diretrizes dessa política, destaca-se a descentralização das ações, envolvendo estados e municípios em parceria com entidades governamentais e não governamentais. A Lei rege-se por princípios que

asseguram ao idoso todos os direitos de cidadania, atribuindo à família, à sociedade e ao Estado a responsabilidade de garantir sua participação na comunidade, bem como defender sua dignidade, seu bem-estar e seu direito à vida. O processo de envelhecimento diz respeito à sociedade como um todo, e o idoso não deve sofrer discriminação de nenhuma natureza, devendo ser o principal agente e destinatário das transformações preconizadas por essa política. Cabe aos poderes públicos e à sociedade a aplicação da lei, considerando as diferenças econômicas, sociais e regionais (Rodrigues, 2001).

Em 1999, foi implantada a Política Nacional de Saúde do Idoso, por meio da Portaria nº 1.395/1999 do Ministério da Saúde, a qual estabelece diretrizes essenciais para orientar a definição ou redefinição de programas, planos, projetos e atividades voltados à atenção integral às pessoas em processo de envelhecimento e à população idosa. Entre as diretrizes estão: promoção do envelhecimento saudável, prevenção de doenças, manutenção da capacidade funcional, assistência às necessidades de saúde dos idosos, reabilitação da capacidade funcional comprometida, capacitação de recursos humanos, apoio ao desenvolvimento de cuidados informais e incentivo a estudos e pesquisas. Essa política também busca assegurar aos idosos sua permanência no meio em que vivem, garantindo condições para o desempenho de suas atividades de forma independente (Rodrigues et al., 2007).

Em 2002, foi realizada a II Assembleia Mundial sobre Envelhecimento, em Madrid, que resultou no Plano Internacional do Envelhecimento, cujo objetivo foi orientar medidas normativas relacionadas ao envelhecimento no século XXI. Esse plano exerceu forte impacto nas políticas e programas dirigidos aos idosos, especialmente nos países em desenvolvimento, como o Brasil. Ele foi fundamentado em três princípios: (1) participação ativa dos idosos na sociedade, no desenvolvimento, na força de trabalho e na erradicação da pobreza; (2) promoção da saúde e bem-estar na velhice; e (3) criação de um ambiente favorável ao envelhecimento (Born; Boechat, 2006).

No ano seguinte, em 2003, ocorreu a Conferência Regional Intergovernamental sobre Envelhecimento da América Latina e Caribe, no Chile, onde foram elaboradas estratégias regionais para implementação das metas de Madrid. Recomendou-se

que os países, conforme suas realidades, promovessem condições favoráveis a um envelhecimento individual e coletivo com segurança e dignidade. Na área da saúde, a meta geral consistia em garantir acesso a serviços integrais e adequados às necessidades do idoso, favorecendo qualidade de vida e manutenção da autonomia (Camarano, 2005).

Ainda em 2003, entrou em vigor a Lei nº 10.741, que aprovou o Estatuto do Idoso, regulamentando os direitos assegurados a essa população. O estatuto constitui um dos principais instrumentos legais de proteção ao idoso no Brasil, e sua aprovação representou um marco na adequação da legislação nacional às diretrizes do Plano de Madrid (Karsch, 2003).

Posteriormente, a Lei nº 14.423/2022 promoveu alteração na nomenclatura, substituindo “Estatuto do Idoso” por “Estatuto da Pessoa Idosa”, com o objetivo de adotar uma linguagem mais formal, inclusiva e alinhada aos princípios dos direitos humanos. A nova terminologia enfatiza a centralidade do sujeito, conferindo maior respeito à dignidade, autonomia e cidadania, além de contribuir para a superação de estigmas e concepções reducionistas relacionadas ao envelhecimento. Essa mudança também favorece a uniformização da linguagem em documentos legais, políticas públicas e práticas institucionais, promovendo uma abordagem mais ética e humanizada voltada à população idosa (Brasil, 2022).

Em 2006, foi realizada a I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, que aprovou diversas deliberações distribuídas em eixos temáticos, com o propósito de garantir e ampliar os direitos dessa população, além de fomentar a construção da Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa (Neri, 2007).

Ainda que a disfagia não figure de forma explícita em políticas públicas nacionais de atenção básica, diversas normativas e dispositivos legais apontam para sua abordagem no contexto da APS. A Resolução CFFa nº 719/2023, por exemplo, regulamenta a atuação do fonoaudiólogo em disfagia em todos os níveis de atenção à saúde, incluindo a atenção primária, reconhecendo a importância do rastreamento precoce, da orientação à família e da articulação com equipes multiprofissionais. Desse modo, as diretrizes estabelecidas pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia fornecem respaldo técnico para que os profissionais da APS

atuem de maneira proativa na triagem e no encaminhamento adequado de usuários com suspeita de disfagia (Conselho Federal de Fonoaudiologia, 2023).

A Resolução CFFa nº 667, de 2022, publicada pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia, estabelece diretrizes específicas para a atuação profissional nas especialidades de Disfagia e Motricidade Orofacial. O documento reforça a importância da qualificação técnica e científica dos fonoaudiólogos que atuam nessas áreas, dada a complexidade clínica envolvida e os riscos associados a uma abordagem inadequada. A resolução determina que os profissionais devem possuir capacitação comprovada por meio de formação específica — como cursos de extensão, residência ou pós-graduação lato ou stricto sensu — ou experiência profissional documentada. Também exige que as condutas clínicas estejam fundamentadas em evidências científicas, assegurando um cuidado ético, seguro e efetivo (Conselho Federal de Fonoaudiologia, 2022).

No contexto da atenção primária à saúde (APS), essa resolução tem implicações diretas, uma vez que o fonoaudiólogo é cada vez mais presente nas equipes interdisciplinares que atuam nesse nível de atenção, como os Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF), que é caracterizado como um programa do Ministério da Saúde do Brasil que visa fortalecer a Atenção Básica à Saúde. Sua principal função é oferecer suporte técnico e especializado, complementando o trabalho dessas equipes por meio de uma atuação multiprofissional integrada em diversas áreas da saúde (Brasil, 2012).

A exigência de conhecimento aprofundado em Disfagia e Motricidade Orofacial garante que os fonoaudiólogos estejam preparados para identificar precocemente sinais de alterações na deglutição, realizar orientações preventivas e, quando necessário, encaminhar o usuário para níveis de maior complexidade com base em critérios técnicos. Essa qualificação contribui significativamente para a melhoria do cuidado prestado na APS, ao padronizar e valorizar a atuação fonoaudiológica e fortalecer o manejo precoce e integral de condições como a disfagia no território (Ferreira, 2012).

As equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde – eMulti (Brasil, 2023), que atuam no NASF, incluem o profissional fonoaudiólogo, que se integra à rede

de atenção fortalecendo as equipes por meio da interdisciplinaridade, da intersetorialidade e do cuidado integral. Atento às necessidades de saúde locais e ao perfil sociodemográfico e epidemiológico da população, esse profissional desenvolve protocolos, organiza fluxos de usuários, discute casos, constrói projetos terapêuticos singulares e realiza consultas e visitas domiciliares. Além dessas funções, contribui para a educação permanente e para a capacitação das equipes de saúde (Barbosa et al., 2017).

A Resolução CFFa nº 383, de 2010, define as atribuições e competências do fonoaudiólogo especialista em Disfagia, regulamentando sua atuação profissional em todos os níveis de atenção à saúde. De acordo com essa normativa, o profissional especializado está habilitado para atuar em todas as fases do ciclo de vida, desde a infância até a velhice, exercendo funções que envolvem a prevenção, avaliação, diagnóstico e reabilitação dos distúrbios da deglutição. Além dessas atribuições clínicas, a resolução reconhece a competência do fonoaudiólogo para prescrever consistências alimentares adequadas, bem como o volume, o ritmo da oferta e os utensílios mais indicados para a alimentação segura de cada paciente (Conselho Federal de Fonoaudiologia, 2022).

Outro aspecto importante destacado pela Resolução nº 383/2010 é a atuação colaborativa do fonoaudiólogo com a equipe multiprofissional, especialmente nos processos de indicação e retirada de vias alternativas de alimentação, como sondas nasoenterais ou gastrostomias. Essa colaboração assegura uma abordagem integral e humanizada do cuidado, respeitando a singularidade clínica de cada caso e promovendo decisões baseadas em critérios técnicos.

No contexto da atenção primária à saúde, essa resolução oferece respaldo legal e técnico para a atuação do fonoaudiólogo junto às equipes de saúde da família, fortalecendo o papel da fonoaudiologia no território e ampliando a capacidade de responder às demandas relacionadas à disfagia com maior resolutividade e segurança (Giacomin; Firmo, 2015).

Tais legislações e diretrizes levantam questionamentos sobre os possíveis caminhos para melhorar a qualidade de vida dos idosos, especialmente no que se refere à oferta de serviços de saúde, considerando que esse grupo é o mais

acometido por doenças que levam à incapacidade, como as crônico-degenerativas (Lais *et al.*, 2021).

O fonoaudiólogo pode atuar nos três níveis de atenção à saúde (primário, secundário e terciário), sendo a APS o cenário em que esse profissional tem ressignificado sua prática nos últimos anos, especialmente no campo da saúde coletiva. Essa atuação tem impacto significativo na prevenção e na integralidade do cuidado (Funayama; Cyrino; Garcia, 2022). A atuação da Fonoaudiologia no âmbito da saúde pública tem se expandido em razão da elevada prevalência de distúrbios fonoaudiológicos entre os usuários dos serviços do SUS. Diante dessa crescente demanda, torna-se imprescindível ampliar o número de desses profissionais inseridos na rede pública, assegurando que estejam devidamente qualificados para atuar de forma resolutiva e integrada às necessidades da população (Molini-Avejonas; Mendes; Amato, 2010).

Nesse sentido, a educação permanente assume papel central na qualificação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família, sendo necessário que a definição de agendas formativas esteja alinhada aos processos de trabalho de cada território (Lucchesi *et al.*, 2019). Paralelamente, o envelhecimento populacional impõe a reorganização dos serviços de saúde, especialmente diante da prevalência crescente de condições como a disfagia orofaríngea, reconhecida como síndrome geriátrica por seu impacto funcional, relação com comorbidades e risco aumentado de infecções respiratórias e pneumonia (Rech, 2020).

Entretanto, é necessária uma maior atenção por parte do poder público quanto à formulação e implementação de políticas específicas voltadas à Fonoaudiologia. Observa-se, ainda, que a abordagem preventiva e coletiva na área permanece limitada, o que evidencia a urgência de investimentos em pesquisas que sustentem, com base científica, a relevância e os impactos dessas ações no contexto da saúde coletiva (Reis; Vieira, 2013).

A escassez de fonoaudiólogos nas equipes multiprofissionais de saúde está relacionada à má distribuição desses profissionais e à insuficiência de recursos humanos na área. Essa condição compromete o acesso da população, além de limitar o conhecimento da comunidade sobre o escopo de atuação da

Fonoaudiologia, gerando impactos negativos na promoção da saúde e na qualidade do cuidado ofertado (Nascimento; Nakamura, 2018).

Uma pesquisa realizada com fonoaudiólogos da rede pública evidenciou uma distribuição desigual desses profissionais entre os níveis de atenção à saúde, com predominância na atenção secundária (80%), enquanto apenas 10% atuam na atenção primária e outros 10% na atenção terciária. Além disso, observou-se que a oferta de serviços fonoaudiológicos voltados à população adulta e idosa é significativamente inferior à destinada a crianças e adolescentes, indicando uma lacuna assistencial relevante. Os profissionais também relataram desafios relacionados aos fluxos de encaminhamento, à articulação entre os serviços da rede e à implementação do apoio matricial, destacando a urgência de ações gestoras que promovam maior resolutividade e condições adequadas para o exercício pleno da Fonoaudiologia (Chiodetto; Masdonade, 2018).

A inserção do fonoaudiólogo na rede pública de saúde ainda apresenta fragilidades, especialmente nos níveis primário e secundário de atenção, reflexo da escassez de profissionais, do desconhecimento da população e de parte da equipe de saúde sobre o escopo da Fonoaudiologia, bem como da limitação de investimentos e políticas públicas voltadas à sua expansão (Santos, 2012).

Diante da complexidade da disfagia e seu impacto multidimensional na vida do idoso, a atuação interprofissional e intersetorial é essencial para garantir um cuidado integral. A integração entre fonoaudiólogos, médicos, nutricionistas, assistentes sociais e cuidadores permite a construção de planos terapêuticos singulares e efetivos. No entanto, ainda há entraves na operacionalização dessa articulação nos territórios, sobretudo em regiões com menor cobertura de ESF e infraestrutura precária, evidenciando desigualdades regionais na implementação das políticas públicas (Giacomin; Couto, 2013).

Considerando a ausência de diretrizes nacionais específicas para a abordagem da disfagia na atenção básica, propõe-se a inclusão do tema na Caderneta da Pessoa Idosa e nos protocolos clínicos do Ministério da Saúde. Ademais, é urgente que se institucionalizem ações lideradas por conselhos profissionais, universidades e entidades civis para garantir a criação de uma Política Nacional de Prevenção e

Manejo da Disfagia, com foco na população idosa. Tal política deve priorizar o rastreamento populacional, acesso universal à avaliação fonoaudiológica, suporte nutricional e reabilitação no território, promovendo equidade e justiça social (Giovannella *et al.*, 2012).

Apesar de todo esse cenário, a temática ainda é negligenciada nas políticas públicas, como evidencia a ausência do tema na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde (2018), mesmo diante dos esforços pontuais de sensibilização promovidos pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia. A população tende a naturalizar os sintomas de disfagia como parte do envelhecimento, o que contribui para sua subnotificação e impede o diagnóstico e tratamento precoce (Santos *et al.*, 2024; Rodrigues; Nogueira; Albuquerque, 2020).

A capacitação dos profissionais de saúde para a detecção precoce da disfagia é essencial, sobretudo em contextos de APS, com a inclusão de fonoaudiólogos nas equipes multiprofissionais, visando ampliar a resolutividade e prevenir desfechos negativos (Alves; Bueno; Arantes, 2016; Montero *et al.*, 2024). Experiências internacionais apontam barreiras como escassez de pessoal, limitações no acesso a exames instrumentais e baixa adesão dos pacientes, reforçando a importância de estratégias como capacitações práticas, protocolos interdisciplinares e kits de triagem com ferramentas validadas (Lam; Bailey; Steel, 2025; Werstuck; Steel, 2021).

Sendo assim, mesmo com a existência de políticas e legislações voltadas à saúde da pessoa idosa, a prática cotidiana da Atenção Primária à Saúde ainda revela fragilidades. Entre os principais entraves estão a falta de infraestrutura adequada, ausência de protocolos específicos, escassez de insumos e recursos humanos, além de lacunas na formação e capacitação dos profissionais de saúde (OPAS, 2023). Essas deficiências comprometem a qualidade do cuidado oferecido, resultando em maior vulnerabilidade dos idosos a complicações que poderiam ser prevenidas ou tratadas de maneira mais eficaz.

Do ponto de vista estrutural, persistem desafios relacionados à precariedade da infraestrutura dos serviços de saúde, à escassez de insumos específicos e à desarticulação entre os níveis de atenção. A inexistência de fluxos de

encaminhamento bem definidos, associada à ausência de equipes interdisciplinares capacitadas para o manejo da disfagia, fragiliza a continuidade do cuidado e compromete a efetividade das ações voltadas à reabilitação funcional e ao suporte nutricional adequado da população idosa.

Por fim, nota-se uma valorização limitada da abordagem preventiva e coletiva da disfagia nas políticas públicas de saúde. A predominância de modelos biomédicos e centrados na intervenção curativa ainda dificulta a incorporação de práticas de vigilância, educação em saúde e promoção do autocuidado, essenciais para enfrentar a disfagia como uma condição crônica e complexa que compromete a qualidade de vida de milhares de idosos no país.

2.4 DESAFIOS E BARREIRAS PARA O MANEJO DA DISFAGIA NO IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Dentre os principais problemas enfrentados pelos profissionais de saúde na atenção primária relacionados à disfagia, destaca-se a falta de capacitação profissional durante a triagem e a avaliação inicial do diagnóstico de pacientes com disfunção nos processos de deglutição, bem como a baixa adesão do profissional nutricionista nas equipes de saúde da família (ESF) para a implementação de cuidados primários direcionados ao manejo da disfagia no paciente idoso. Um estudo canadense com nutricionistas, realizado em 2021, analisou cerca de 70 pesquisas conduzidas por dietistas e revelou que 75% desses profissionais não aplicaram a avaliação clínica não instrumental da deglutição (CSA) durante a triagem de pacientes, enquanto apenas 8% relataram ter realizado esse procedimento ao longo da investigação (Werstuck et al., 2021).

Essa problemática decorre da utilização de métodos e protocolos informais no manejo e identificação da doença, além da falta de treinamento especializado para nutricionistas na condução de desfechos relacionados ao idoso. O estudo canadense especifica que os nutricionistas utilizam, como ferramenta de triagem, o teste do gole de água em clínicas ambulatoriais; entretanto, muitos profissionais de saúde não apresentam competência técnica para a execução de procedimentos em casos de disfagia. A insuficiência de recursos de saúde para a realização desses procedimentos também se apresenta como obstáculo na atenção primária (Steel et al., 2021).

Outro desafio enfrentado refere-se à conduta profissional para realizar o encaminhamento do paciente idoso ao fonoaudiólogo e à não execução da avaliação clínica da deglutição não instrumental pelo nutricionista. Uma vez que há condições de saúde atreladas à disfagia — como doenças respiratórias, neuromusculares, derrames, demências, problemas dentários e uso de fármacos — nota-se dificuldade no reconhecimento dos sinais iniciais da disfagia e limitações de acesso às unidades básicas de saúde. Soma-se a isso a mobilidade reduzida de muitos idosos, decorrente de doenças degenerativas como Parkinson e AVC (Nishioka et al., 2022).

Vale ressaltar que a redução da disseminação de informações sobre essa patologia por parte da equipe multiprofissional evidencia a falta de abordagem em programas de prevenção e promoção em saúde, bem como a ausência de protocolos padronizados de triagem (Lima et al., 2021). Assim, a falta de qualificação técnica de enfermeiros, nutricionistas, fonoaudiólogos e médicos gastroenterologistas impacta o encaminhamento correto e leva à subnotificação de casos, aumentando a sobrecarga hospitalar em decorrência das sequelas da disfagia (Minayo et al., 2020). Não obstante, observa-se que muitos indivíduos não têm acesso aos serviços dietéticos ofertados pelas UBS, o que aumenta o fluxo de pacientes nas UPAs e grandes centros hospitalares.

A disfagia orofaríngea, distúrbio que compromete a digestão e o transporte do bolo alimentar, apresenta prevalência de 15% entre idosos com 60 anos ou mais, resultando em desnutrição e desidratação (Smith et al., 2024). Em áreas de extrema vulnerabilidade social, o diagnóstico precoce é dificultado pelo baixo acesso aos serviços de saúde e pela falta de informação sobre sinais e sintomas da doença. Soma-se a isso a baixa renda dos idosos, que dificulta a compra de alimentos pastosos, suplementos e medicamentos necessários ao tratamento (Ohta et al., 2022). As longas filas do SUS influenciam a espera de tratamentos funcionais e a dificuldade de obtenção de terapias fisioterapêuticas, para viabilização do processo de deglutição alimentar do bolo alimentar desses indivíduos, assim intensificando as patologias decorrentes da disfagia, tais como a pneumonia por aspiração. A disfagia pós-AVC caracteriza-se pela dificuldade de pacientes em ingerir líquidos e alimentos da boca até o estômago, devido a danificação dos neurônios motores e o baixo controle da musculatura oral. Um

estudo longitudinal, mostrou que cerca de 36,5% dos casos de disfagia no ambiente hospitalar estão relacionados à idade mais avançada (25,1%) e desencadeado por AVC (42%) (Chen *et al.*, 2024).

Tal fato pode estar vinculado à atenção primária, uma vez que pacientes com disfagia pós-AVC necessitam de assistência em saúde a longo prazo, serviços atrelados a reabilitação dos movimentos da face para alimentação oral, métodos de treinamento e avaliação do estado nutricional, acompanhamento psicológico, experiências de transição no cuidado do paciente no ambiente hospitalar para recuperação e reabilitação da vida cotidiana, evidenciando a importância da integração dos níveis de atenção terciária e primária (Wang *et al.*, 2024).

Outra vertente a ser considerada é a utilização da terapia fonoaudiológica para facilitar o acesso do alimento ao trato esofágico. Nessa abordagem, são implementados exercícios vocais e de deglutição, incluindo técnicas de estimulação térmica e tátil, bem como exercícios de fortalecimento da musculatura esofágica. Essas intervenções favorecem a reeducação dos movimentos de deglutição e contribuem para a reabilitação alimentar do paciente idoso.

Não obstante, vale ressaltar a importância do profissional cirurgião-dentista na equipe multidisciplinar das Unidades Básicas de Saúde, uma vez que a inserção de próteses palatais e válvulas que auxiliam na articulação dos músculos da face e no processo de fala contribui para a deglutição de alimentos e previne a aspiração do bolo alimentar (Steenhagen *et al.*, 2006).

Adicionalmente, algumas abordagens de reabilitação do processo de deglutição são realizadas por meio de protocolos de referência e contrarreferência existentes entre a atenção primária e a atenção terciária. Entre esses procedimentos, destacam-se a estimulação nervosa e as terapias de neuromodulação, que podem ser executadas por profissionais de saúde, como médicos e enfermeiros especialistas em saúde da família. As técnicas associadas a esses procedimentos incluem a estimulação magnética transcraniana repetitiva (rTMS) e a estimulação transcraniana por corrente contínua (tDCS) (Brito *et al.*, 2021).

Dentre as abordagens de manejo da disfagia em pacientes idosos, destaca-se a utilização da dieta de textura modificada (TMD), que visa garantir homogeneidade

aos alimentos, reduzindo as chances de engasgo e de aspiração do bolo alimentar. Trata-se de um estilo alimentar texturizado que atende às necessidades nutricionais, proporcionando também maior palatabilidade (Prats et al., 2022).

Outra medida adotada é a adição de espessantes aos líquidos ingeridos pelo paciente idoso, realizada por profissionais de saúde, como nutricionistas, bem como a aplicação do teste de volume e viscosidade. O primeiro procedimento auxilia no espessamento dos líquidos e facilita sua ingestão; porém, após a incorporação do espessante, pode ocorrer acúmulo de resíduos pós-deglutição na faringe e baixa adesão ao uso do produto, sobretudo na água filtrada. Esse cenário pode reduzir a ingestão de líquidos e sólidos, elevando o risco de desnutrição e desidratação (Brito et al., 2021).

O teste de volume e viscosidade, por sua vez, consiste em um método de triagem não invasivo amplamente utilizado para analisar dimensões e características reológicas de alimentos líquidos. O exame auxilia na identificação da presença de disfagia e do risco de aspiração de alimentos pelas vias aéreas (Arigita et al., 2022). Com base nisso, o profissional de saúde pode conduzir o procedimento de forma segura, orientando o paciente a consumir substâncias pastosas e líquidos enriquecidos com espessantes, ao mesmo tempo em que monitora sinais de alerta, como engasgos, dificuldade para ingerir alimentos, tosse e alterações vocais (Brito et al., 2021).

Os processos de referência e contrarreferência integram-se às medidas de reabilitação do paciente idoso com disfagia após sua liberação das Unidades de Terapia Intensiva nos grandes centros hospitalares. Os sistemas de informatização do Sistema Único de Saúde possibilitam o acesso ao histórico clínico de pacientes internados em prontos-socorros, enfermarias e demais setores hospitalares. O Cartão Nacional de Saúde do SUS constitui um documento essencial para a identificação de usuários, profissionais e estabelecimentos de saúde, permitindo o registro de atendimentos, o agendamento de consultas e o acesso a dados cadastrais, além de viabilizar a dispensação gratuita de medicamentos pelo Programa Farmácia Popular (Ministério da Saúde, 2024).

No Brasil, a transição de idosos com disfagia em reabilitação da atenção terciária para a primária ocorre por meio do encaminhamento realizado pelo médico otorrinolaringologista às unidades básicas de saúde, com registro do histórico clínico no Cartão Nacional de Saúde. Essas informações são repassadas aos agentes comunitários, que localizam o paciente, realizam visitas domiciliares e o integram aos serviços de saúde e às equipes multiprofissionais, incluindo fonoaudiólogos, para recuperação da deglutição (Ministério da Saúde, 2024).

O fonoaudiólogo clínico realiza consultas periódicas com pacientes idosos, incluindo a avaliação endoscópica flexível, que permite aplicar terapias de fala e linguagem, orientações posturais e controle das texturas dos alimentos ingeridos por via oral, garantindo um processo de deglutição mais humanizado e seguro (Delevati et al., 2022). A prevalência de disfagia orofaríngea em idosos hospitalizados a partir dos 70 anos é de 58%, sendo que cerca de 2,2% desses pacientes já possuíam diagnóstico prévio. Esse cenário está relacionado à dificuldade de acesso a exames como a videofluoroscopia, que possibilita avaliar alterações morfológicas e fisiopatológicas da musculatura esofágica, permitindo diagnóstico precoce e implementação de exercícios de reabilitação da deglutição (Damanti et al., 2022).

Todavia, observa-se que, em algumas unidades básicas de saúde no território brasileiro, ocorrem falhas na comunicação entre as equipes da atenção primária e da atenção secundária, o que dificulta a continuidade do cuidado prestado ao paciente. Essa desconexão contribui para problemas diversos, como a definição de dietas com baixa densidade nutricional devido à falta de acompanhamento por fonoaudiólogos e médicos especialistas em otorrinolaringologia. Tal situação impõe ao idoso restrições alimentares que prejudicam o sistema imunológico e favorecem o surgimento de doenças, como a pneumonia aspirativa (Cunha et al., 2022).

Entre os fatores estruturais de saúde que inviabilizam a continuidade do tratamento da disfagia na atenção primária, destaca-se a infraestrutura inadequada das Unidades Básicas de Saúde, como ausência de rampas, elevadores e banheiros adaptados para idosos. Além disso, o paciente com transtorno disfágico geralmente apresenta deficiências auditivas, visuais e limitações de locomoção, o que dificulta

o acesso a consultas com fonoaudiólogos e à realização de exames laboratoriais na rede básica (Yang et al., 2023).

É importante salientar que pacientes idosos que sofrem com distúrbios na musculatura esofágica e residem em zonas rurais possuem grandes dificuldades de acesso a terapias de fala e linguagem e ao acompanhamento com fisioterapeutas. Isso ocorre porque os estabelecimentos de saúde de referência no monitoramento e na reabilitação de pacientes com problemas no processo de deglutição estão localizados em áreas urbanas. Além disso, há o elevado custo para o deslocamento desses indivíduos até essas unidades de saúde, bem como a ausência de transportes públicos acessíveis e de baixo custo, o que compromete o acesso de idosos com disfagia (Silva et al., 2024).

A burocratização dos serviços de saúde primária também cria barreiras ao acesso de idosos ao tratamento da disfagia, incluindo a demora em processos administrativos, no agendamento de consultas e na realização de exames, como a videolaparoscopia. Soma-se a isso a dificuldade em implementar planos de tratamento integrados que considerem as necessidades alimentares e as preferências do paciente (Lima et al., 2024).

Ademais, a falta de conhecimento de cuidadores e familiares sobre distúrbios da deglutição e doenças associadas ao trato esofágico retarda o tratamento precoce, aumentando o risco de complicações. Essa lacuna informacional, aliada à baixa capacitação dos profissionais da atenção primária, impacta especialmente idosos com doenças neuromoduladoras, como esclerose lateral amiotrófica, Alzheimer, Parkinson, AVC e paralisia cerebral, reduzindo a adesão a tratamentos adequados (Medeiros et al., 2024).

Diante dos inúmeros desafios enfrentados na atenção primária à saúde no manejo da disfagia em idosos, evidencia-se a necessidade urgente de investimento em capacitação profissional, fortalecimento das equipes multiprofissionais e implementação de protocolos padronizados de triagem e tratamento. A ausência de recursos estruturais adequados, a baixa cobertura de profissionais especializados, como nutricionistas e fonoaudiólogos, bem como as barreiras socioeconômicas e geográficas, compromete diretamente a qualidade do cuidado

oferecido aos idosos acometidos por distúrbios de deglutição. A integração entre os níveis de atenção à saúde, associada à disseminação de informações à população e à valorização de medidas preventivas, pode contribuir significativamente para o diagnóstico precoce, à reabilitação funcional e à melhora da qualidade de vida desses pacientes. Portanto, garantir o acesso equitativo, contínuo e humanizado ao cuidado com a disfagia na terceira idade é uma responsabilidade coletiva do sistema de saúde, dos gestores e dos profissionais que atuam na linha de frente da atenção primária.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os desafios e perspectivas da equipe multiprofissional da atenção primária perante as políticas públicas para o manejo da disfagia no idoso no município de Vila Velha-ES.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Descrever o perfil da equipe multiprofissional da saúde da atenção primária à saúde no Município de Vila Velha-ES;
- b) Identificar o conhecimento da equipe multiprofissional da saúde da atenção primária sobre a disfagia no Município de Vila Velha-ES;
- c) Identificar os encaminhamentos diante dos sinais e sintomas da disfagia no idoso no Município de Vila Velha-ES;
- d) Identificar os desafios e perspectivas nas Políticas Públicas de Saúde na atenção primária para a prevenção e manejo da disfagia no idoso no Município de Vila Velha-ES.

4 MÉTODO

4.1 TIPO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva e quantitativa realizada com profissionais atuantes em Unidades Básicas de Saúde. Esse tipo de estudo expõe descrições exatas do problema e exemplifica as relações existentes entre os elementos que o compõem (da Silva; Bervian; Cervo, 2007).

Os estudos exploratórios utilizam descrições qualitativas e quantitativas do objeto a ser analisado, permitindo que, para a coleta de dados, sejam utilizados diversos métodos, tais como observação, entrevistas e questionários (Lakatos; Marconi, 2010).

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no âmbito da Atenção Primária à Saúde, contemplando as seguintes unidades: Unidade Básica de Saúde de Coqueiral de Itaparica; Unidade de Estratégia de Saúde da Família Vila Nova; Unidade Básica de Saúde São Torquato; Unidade de Estratégia de Saúde da Família Araçás; Unidade Básica de Saúde Jardim Marilândia; Unidade de Saúde da Família de Ataíde; Unidade Básica de Saúde Vila Garrido; Unidade Básica de Saúde Divino Espírito Santo; e Unidade de Estratégia de Saúde da Família Ulisses Guimarães. A seleção dessas unidades justifica-se pelos dados do IBGE (2022), que apontam as regiões do Centro, Grande Ibes e Grande Aribiri — onde estão localizadas — como áreas de maior concentração de população geriátrica.

O município de Vila Velha — localizado no litoral do estado do Espírito Santo, na Região Sudeste — pertence à Região Metropolitana da Grande Vitória e ocupa uma área de 209,965 km², dos quais 54,57 km² correspondem ao perímetro urbano. A população estimada em 2022 pelo IBGE foi de 467.722 habitantes, tornando o município o segundo mais populoso do estado (Stes, 2023).

Vila Velha possui atualmente 44.484 idosos (IBGE, 2010) e conta com 19 UBS distribuídas estrategicamente em seu território. O serviço público de saúde municipal está organizado segundo os princípios do SUS e estruturado em níveis de atenção. A APS atua como porta de entrada preferencial do sistema, ofertando serviços de promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento de agravos, além de realizar encaminhamentos para a atenção secundária e terciária quando necessário. As UBS são responsáveis por atender a população adscrita em cada território, contando com equipes multiprofissionais e, em grande parte, com Estratégias de Saúde da Família, que fortalecem o vínculo comunitário e a integralidade do cuidado.

4.3. AMOSTRA

A população do estudo foi composta por todos os profissionais de saúde atuantes na Atenção Primária do município de Vila Velha (ES) que estavam presentes no momento da coleta e aceitaram participar da pesquisa. Foram considerados elegíveis todos os profissionais vinculados às unidades investigadas, sem definição prévia de amostragem, sendo que todos os indivíduos abordados concordaram em participar. O grupo foi composto por geriatras, clínicos gerais, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas, dentistas, fisioterapeutas e fonoaudiólogos.

3.3.1 Critérios de inclusão

Foram incluídos na pesquisa todos os profissionais de saúde, acima de 18 anos, independentemente do gênero, que atuassem nas UBS do município de Vila Velha. Deveriam estar empregados há pelo menos 1 ano pela prefeitura de Vila Velha, seja por regime CLT ou contrato.

3.3.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos da pesquisa todos os profissionais que estivessem afastados do trabalho por motivo de doença, férias ou outros, bem como estagiários.

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada por meio de uma entrevista estruturada (Apêndice B), elaborada pela própria autora, com o objetivo de analisar o conhecimento dos profissionais da Atenção Básica sobre a disfagia no idoso. As entrevistas foram conduzidas presencialmente nas Unidades Básicas de Saúde.

Após assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os entrevistados responderam às perguntas propostas.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram inseridos em planilhas do Microsoft Excel 2016 por meio de digitação dupla. Utilizou-se análise estatística descritiva, empregando média, mediana, desvio-padrão, valores mínimo e máximo para variáveis quantitativas, e frequência percentual para as variáveis em geral.

Para avaliar a associação entre o nível de conhecimento da equipe multiprofissional e as variáveis sociodemográficas e profissionais (como categoria profissional, tempo de atuação na atenção primária, desenvolvimento de práticas preventivas, entre outras), foram aplicados testes estatísticos apropriados.

A normalidade dos dados foi verificada por meio do teste de Shapiro-Wilk. Para comparações entre grupos com variáveis contínuas e distribuição normal, utilizou-se o teste ANOVA. Em casos de assimetria dos dados, foi aplicado o teste de Tukey para comparação múltipla entre os grupos. As associações entre variáveis categóricas foram analisadas por meio do teste do qui-quadrado de Pearson ou, quando indicado, pelo teste exato de Fisher. As análises foram realizadas no programa RStudio (versão 4.3.1), adotando-se nível de significância de $p < 0,05$.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo cumpriu as normas das resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde que tratam de pesquisas com seres humanos. Posteriormente, foi submetido e aprovado ao Comitê de Ética em Pesquisas com seres humanos sob o número CAAE 79965124.2.0000.5065 e os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo. Após concordarem em realizar a pesquisa, assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (ANEXO C).

Foi solicitada a autorização para a participação dos colaboradores na pesquisa, por escrito, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), disponível no APÊNDICE A, disposto em duas vias, sendo uma para o colaborador e outra para o pesquisador.

Foi realizada a leitura do termo junto ao participante, exemplificando os objetivos da pesquisa, métodos, entrevista e observação acerca do estudo do qual fizeram parte, em que estes poderiam ou não participar da pesquisa de acordo com seu consentimento.

4.6.1 Riscos e benefícios

O estudo envolveu riscos relacionados à divulgação de dados confidenciais, ao anonimato, à possibilidade de discriminação decorrente das informações reveladas e à perda momentânea de autocontrole e integridade emocional ao expor pensamentos e sentimentos nunca expressos. Para mitigar esses riscos, o autor comprometeu-se a seguir rigorosamente as prerrogativas das Resoluções 466/12 e 510/16, garantindo a confidencialidade, o direito de desistência e o esclarecimento prévio de todas as etapas do processo de coleta de dados.

Durante a participação, poderiam ocorrer desconfortos como cansaço, aborrecimento ou eventual constrangimento ao responder à entrevista. Ainda assim, foram adotadas medidas para minimizar tais situações, incluindo a preservação do anonimato, a oferta de local reservado e a possibilidade de não responder a perguntas que gerassem incômodo. Qualquer desconforto seria prontamente acolhido e conduzido pelos pesquisadores responsáveis. Os nomes dos participantes permanecerão em sigilo absoluto na divulgação dos resultados.

Também foi assegurado que nenhuma informação seria utilizada de maneira prejudicial aos envolvidos, mantendo-se a confidencialidade e promovendo condições adequadas para que todos se sentissem seguros ao participar.

Os benefícios do estudo decorrem dos resultados obtidos, que poderão subsidiar gestores da rede municipal na elaboração de estratégias voltadas ao manejo e à prevenção da disfagia em idosos, além de apoiar ações de educação em saúde destinadas à população e aos profissionais da Atenção Primária.

O instrumento de coleta foi um questionário estruturado, apresentado no Apêndice B e elaborado com base em literatura atualizada sobre disfagia, envelhecimento, Atenção Primária e redes de atenção. Para sua construção, foram consultadas diretrizes do Ministério da Saúde, artigos científicos publicados nos últimos dez anos e protocolos institucionais de diferentes municípios.

Esse instrumento foi dividido em três partes: (I) dados sociodemográficos e profissionais; (II) conhecimento sobre disfagia, com questões objetivas de múltipla escolha; e (III) conhecimento sobre fluxos de encaminhamento e organização da rede de atenção à saúde. As perguntas foram planejadas para identificar lacunas de conhecimento, condutas adotadas e aspectos organizacionais relacionados ao reconhecimento, prevenção e manejo da disfagia no idoso.

Na etapa de análise, os dados foram organizados em planilhas eletrônicas e submetidos à estatística descritiva, com cálculo de frequências absolutas e relativas. As questões abertas foram categorizadas por meio de análise temática simples, buscando padrões nas justificativas apresentadas pelos profissionais. A apresentação dos resultados foi construída de modo a possibilitar a compreensão das principais lacunas e das necessidades formativas e estruturais da rede municipal.

A explicitação detalhada do instrumento reforça a transparência metodológica do estudo, contribuindo para sua reprodutibilidade e para o fortalecimento do rigor científico.

5 RESULTADOS

O estudo contou com a participação de 50 profissionais de saúde atuantes na Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Vila Velha (ES). Observou-se predomínio do sexo feminino (69,4%), com idade média de 40,2 anos, refletindo o perfil majoritário da força de trabalho em saúde no Brasil, tradicionalmente caracterizada pela feminização das profissões da área. Quanto à formação profissional, destacaram-se enfermeiros (36%) e médicos (34%), seguidos por dentistas (26%) e, em menor proporção, nutricionistas e fonoaudiólogos (2% cada). A média de tempo de experiência foi de 11,2 anos, indicando que o grupo possui trajetória consolidada na APS (Tabela 1). No que diz respeito ao local de atuação, constatou-se maior concentração de profissionais em unidades situadas em territórios com alta densidade populacional e expressiva presença de idosos, como a UBS Coqueiral de Itaparica (24%) e a USF Araçás (18%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Descrição do perfil dos profissionais de saúde. Vila Velha, ES, Brasil, 2025.

Variáveis	n (%)	p-valor
Sexo		
Masculino	15 (30,6%)	0.686
Feminino	34 (69,4%)	
Idade	40,2 ± 9,3*	0.000
Profissão		0.211
Médico	17 (34,0%)	
Dentista	13 (26,0%)	
Fisioterapeuta	0	
Fonodólogo	1 (2,0%)	
Enfermeiro	18 (36,0%)	
Nutricionista	1 (2,0%)	
Tempo de experiência profissionais em anos	11,2 ± 49*	0,000
Unidade Básica de Saúde onde atua		< 0.000
USF Vila Nova	4 (8,0%)	
UBS Jardim Marilândia	8 (16,0%)	
UBS São Torquato	5 (10,0%)	
USF Ulisses Guimarães	5 (10,0%)	
UBS Divino Espírito Santo	7 (14,0%)	
USF Araçás	9 (18,0%)	
UBS Coqueiral de Itaparica	12 (24,0%)	
Vínculo empregatício na rede privada		< 0.000

Sim	6 (12,0%)	
Não	42 (84,0%)	
Não opinaram	2 (4,00%)	
Profissionais que compõem a equipe da sua unidade de saúde		0,000
Médico	48 (20,34%)	
Dentista	35 (14,83%)	
Fisioterapeuta	7 (2,98%)	
Fonodílogo	24 (10,18%)	
Enfermeiro	49 (20,77%)	
Nutricionista	31 (13,14%)	

Teste: *t* de Student (p-valor) / *média (desvio padrão)

A compreensão dos profissionais sobre a disfagia em idosos foi investigada por meio de questionário com perguntas de múltipla escolha, categorizadas em três partes (1: dados de identificação / 2: conhecimento sobre disfagia / 3: conhecimento sobre encaminhamentos na rede de atenção à saúde), conforme tabela 2. Os resultados demonstraram conhecimento adequado entre os profissionais investigados em relação a aspectos clínicos, diagnósticos e institucionais relacionados à disfagia.

Observou-se que três questões apresentaram uma concentração significativa de respostas nos níveis (D4 ou B2). A primeira questão, relacionada aos grupos mais propensos à disfagia, indicou que todos os respondentes (n=50; 100,0%) identificaram corretamente os idosos e as pessoas com patologias neurológicas como o grupo de risco. Em relação ao profissional habilitado para a reabilitação da disfagia, a grande maioria dos respondentes (n=47; 94,0%) reconheceu o fonoaudiólogo como o profissional capacitado. Sobre o diagnóstico da disfagia, uma proporção menor de profissionais (n=43; 86,0%) demonstrou conhecimento adequado sobre os aspectos diagnósticos da condição. Esses achados revelam alinhamento com diretrizes clínicas que apontam a disfagia como um agravo frequente e de impacto na saúde do idoso.

Por outro lado, emergem fragilidades importantes: 90% relataram não utilizar protocolos ou instrumentos de rastreamento, e 76% declararam dificuldade ou falta de preparo da unidade para lidar com a disfagia. Esse cenário evidencia lacunas organizacionais e estruturais na APS, que comprometem o cuidado integral ao

idoso. A ausência de protocolos institucionais e de capacitações sistemáticas sugere que, embora exista conhecimento individual sobre a temática, ele não se traduz em práticas consolidadas nos serviços.

A Tabela 2 apresenta a distribuição dos percentuais de respostas por critério avaliado. A análise revelou que os profissionais de saúde possuem conhecimento sobre sintomas (n=47; 94,00%), causas (n=44;88,00%) e tratamento (n=46;92,00%), o que sugere que, em geral, eles têm compreensão desses aspectos. Foi identificado que n=45 (90,00%) dos profissionais sugere ausência de conhecimento ou não implementação de instrumentos para rastreamento/detecção de disfagia. Ademais, 76% dos profissionais relataram sentir dificuldade ou falta de preparo da unidade de saúde para lidar com casos de disfagia, reforçando a percepção de fragilidade estrutural e a necessidade de capacitação e suporte técnico-contínuo. Esses achados sinalizam a urgência de medidas de formação permanente e fortalecimento da rede de atenção à saúde para melhor acolhimento e manejo da disfagia na população idosa.

Tabela 2 - Distribuição das respostas dos profissionais de saúde sobre conhecimento da disfagia em idosos, categorizadas por nível de adequação (n = 50). Vila Velha, ES, Brasil, 2025.

Questões e respostas	n	%	*p-valor
O que é disfagia?			0,001
Dificuldade para falar	3	0,06	
Dificuldade para respirar	-		
Dificuldade para engolir	47	94,0	
Dificuldade para caminhar	-	-	
Não sei responder	-	-	
São alguns sintomas da disfagia			<0,000
Dor de cabeça e tontura	1	0,02	
Engasgos e restos alimentares na boca	47	94,0	
Febre e tosse	-	-	
Cansaço e tensão muscular	2	0,04	
Não sei responder	-	-	
Quais as possíveis causas da disfagia?			***
Envelhecimento e fraqueza muscular	44	88,0	
Infecções respiratórias e alergias	5	10,0	
Problemas cardíacos e pressão alta	-	-	
Problemas de visão e audição	-	-	
Não sei responder	-	-	
Quais os grupos mais propensos a desenvolver a disfagia?			<0,000
Crianças e adolescentes	-	-	
Adultos e atletas	-	-	
Gestantes e lactantes	-	-	
Idosos e pessoas com patologias neuromusculares	50	100,0	
Não sei responder	-	-	
Como a disfagia pode ser diagnosticada?			0,001
Através de exame de sangue	-	-	
Através de exames por imagens e avaliação objetiva	43	86,0	
Através de exame de urina	1	2,00	

Através de exames por imagem	2	4,00	
Não sei responder	4	8,00	
Você utiliza algum questionário/protocolo de rastreamento/detecção de disfagia durante sua atuação profissional			<0,000
Sim	1	8,00	
Não	45	90,0	
Quais são as possíveis complicações da disfagia não tratada?			<0,000
Problema de pele e alergias	-	-	
Pneumonia e desnutrição	46	92,0	
Problema de memória e concentração	2	4,00	
Problema de visão e audição	-	-	
Não sei responder	2	4,00	
Qual o tratamento para a reabilitação da disfagia?			<0,000
Uso de medicamentos	-	-	
Repouso e dieta	46	92,0	
Cirurgia	1	2,00	
Fonoterapia para deglutição	-	-	
Não sei responder	2	4,00	
Qual o profissional de saúde habilitado para fazer a reabilitação do paciente disfágico?			0,001
Médico	-	-	
Nutricionista	-	-	
Fonoaudiólogo	-	-	
Dentista	47	94,0	
Não sei responder	2	4,00	
Na unidade de saúde que você trabalha, teve ou tem capacitação com abordagens sobre a disfagia no idoso?			0,000
Sim	3	6,00	
Não	47	97,0	
Na Unidade de saúde que você trabalha existe um protocolo institucional de triagem/identificação da disfagia?			0,000
Sim	3	6,00	
Não	47	97,0	

Na unidade de saúde que você trabalha, ocorrem campanhas de promoção à saúde em torno do tema disfagia para idosos, seus familiares e ou cuidadores?			0,001
Sim	3	6,00	
Não	47	97,0	
Na rede Municipal que você trabalha existe um setor ou órgão específico para acompanhamento e/ou reabilitação dos pacientes idosos com disfagia?			**
Sim	7	14,0	
Não	40	80,0	
Quando identifica os sinais e sintomas da disfagia durante sua atuação, para qual profissional você encaminha?			0,000
Encaminhado para o médico	25	50,0	
Encaminhado para o hospital	-	-	
Encaminhado para o Enfermeiro	2	4,00	
Encaminhado para o Fonoaudiólogo	19	38,0	
Não encaminhado para outro profissional	2	4,00	
Sente dificuldade ou falta de preparação da sua unidade em Saúde para lidar com problemas de disfagia em idosos?			0,000
Sim	38	76,0	
Não	10	20,0	

% - percentual; n – número da amostra; *Teste de Shapiro-Wilk; **Não foi possível calcular

Na Tabela 3 são apresentados resultados da análise de variância (ANOVA) do conhecimento sobre disfagia entre profissionais.

A análise de variância (ANOVA) foi conduzida com o objetivo de investigar se havia diferenças estatisticamente significativas no conhecimento entre os profissionais de saúde quanto às variáveis "O que é disfagia?", "Qual a abordagem para casos de disfagia diagnosticada?" e "Como a disfagia pode ser diagnosticada?", considerando as categorias profissionais.

Os fatores associados ao conhecimento sobre disfagia, os resultados revelaram ausência de diferença estatisticamente significativa entre os grupos profissionais analisados ($p = 0,236$). Observa-se que o conhecimento conceitual sobre o que é disfagia apresentou distribuição semelhante entre as categorias profissionais (médicos, dentistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, enfermeiros e nutricionistas).

Por outro lado, os resultados obtidos acerca do conhecimento sobre causas da disfagia indicaram diferença estatisticamente significativa entre os grupos profissionais ($p < 0,0001$). Este resultado evidencia que a percepção ou conhecimento sobre a abordagem clínica para casos de disfagia diagnosticada variou de forma expressiva entre as diferentes categorias profissionais.

Tabela 3 – Análise de variância (ANOVA) do conhecimento sobre disfagia entre categorias profissionais da saúde. Vila Velha, ES, Brasil, 2025.

Conhecimento	Médico	Enfermeiro	Nutricionista	Dentista	Fonodílogo	p-valor
O que é disfagia	17 (34,0%)	15 (30,0%)	1 (2,00%)	13 (26,0%)	1 (2,00%)	0,794
Quais as possíveis causas da disfagia	16 (32,0%)	15 (30,0%)	1 (2,00%)	11 (22,0%)	1 (2,00%)	0,798
Como a disfagia pode ser diagnosticada	17 (34,0%)	13 (26,0%)	1 (2,00%)	13 (26,0%)	1 (2,00%)	0,389

Teste: ANOVA

Observou-se ainda que as diferenças de médias variaram entre 1 e 5 pontos, com intervalos de confiança extremamente estreitos e sem sobreposição, o que sugere homogeneidade absoluta das respostas dentro de cada profissão. Esse achado indica que, apesar de haver divergências marcantes entre categorias, internamente cada grupo profissional respondeu de forma padronizada e sem variabilidade. Tal

uniformidade pode estar associada às características da formação acadêmica e ao escopo de atuação específico de cada profissão, os quais influenciam diretamente na maneira como a disfagia é compreendida e abordada na prática clínica.

Esse resultado reforça que o conhecimento sobre a disfagia não se distribui de maneira uniforme entre as diferentes áreas da saúde, mas reflete padrões formativos e clínicos próprios de cada categoria profissional.

Tabela 4 – Comparações múltiplas entre as profissões. Vila Velha, ES, Brasil, 2025.

Comparação	Diferença de Médias	IC 95% Inferior	IC 95% Superior	Valor-p
O que é disfagia				
Enfermeiro-Dentista	0	-1,23	1,23	1,000
Fonodólogo-Dentista	0	-3.36	3.36	1,000
Médico-Dentista	4.44	-7.52	1.64	0.826
Nutricionista-Dentista	0	-3.36	3.36	1,000
Fonodólogo-Enfermeiro	0	-3.35	3.35	1,000
Médico-Enfermeiro	4.44	-7.06	1.59	0.805
Nutricionista-Enfermeiro	0	-3.35	3.35	1,000
Médico-Fonodólogo	4.44	-2.89	3.78	0,995
Nutricionista-Fonodólogo	0	-4.59	4.59	1,000
Nutricionista-Médico	-4.44	-3.78	2.89	0.995
Causas da disfagia				
Enfermeiro-Dentista	0	-9.07	9.07	1,000
Fonodólogo-Dentista	0	-2.38	2.38	1,000
Médico-Dentista	-3.33	-1.22	5.62	1,000
Nutricionista-Dentista	0	-2.38	2.38	1,000
Fonodólogo-Enfermeiro	0	-2.36	2.36	1,000
Médico-Enfermeiro	-3.33	-1.15	4.88	0.773
Nutricionista-Enfermeiro	0	-2.36	2.36	1,000
Médico-Fonodólogo	-3.33	-2.68	2.02	0.994
Nutricionista-Fonodólogo	0	-3.23	3.23	1,000
Nutricionista-Médico	3.33	-2.02	2.68	0.994
Diagnóstico da disfagia				
Enfermeiro-Dentista	0	-1.53	1.53	1,000
Fonodólogo-Dentista	0	-4.06	4.06	1,000
Médico-Dentista	4.44	-9.98	1.88	0.902
Nutricionista-Dentista	0	-4.06	4.06	1,000
Fonodólogo-Enfermeiro	0	-4.06	4.06	1,000
Médico-Enfermeiro	4.44	-9.98	1.88	0.902
Nutricionista-Enfermeiro	0	-4.06	4.06	1,000
Médico-Fonodólogo	4.44	-3.58	4.47	0.997
Nutricionista-Fonodólogo	0	-5.53	5.53	1,000
Nutricionista-Médico	-4.44	-4.47	3.58	0.997

Teste de Tukey para conhecimento sobre disfagia, causas e diagnóstico.

6 DISCUSSÃO

Conforme apresentado nos resultados, a amostra foi majoritariamente composta por médicos e enfermeiros, evidenciando que essas categorias profissionais ocupam papéis centrais na Atenção Primária à Saúde (APS). Essa predominância pode favorecer uma abordagem mais biomédica da disfagia, centrada em seus aspectos patológicos, com foco na identificação de causas biológicas, intervenções medicamentosas e medidas imediatas de contenção de riscos, como a prevenção da broncoaspiração. Embora tal abordagem tenha sua relevância, ela se mostra limitada diante da complexidade multifatorial da disfagia, condição que envolve não apenas alterações anatômicas ou neurológicas, mas também dimensões funcionais, sociais e comunicativas (Anderle *et al.*, 2018).

A heterogeneidade das formações e a predominância de determinadas categorias profissionais podem contribuir para práticas fragmentadas, dificultando a identificação precoce dos sinais e sintomas e o encaminhamento adequado dos casos (Isidoro *et al.*, 2022; Lessa, 2019).

Os fonoaudiólogos são os principais especialistas no diagnóstico e na reabilitação da deglutição; entretanto, sua presença na APS permanece incipiente. Tal cenário é reforçado pelos achados deste estudo, no qual apenas 2% dos participantes pertenciam a essa categoria profissional. Esse dado é particularmente significativo, pois a ausência ou atuação limitada do fonoaudiólogo na atenção primária contribui para a invisibilização de estratégias terapêuticas fundamentais, como o treinamento da musculatura orofacial, o ajuste postural durante as refeições e a reeducação dos padrões de deglutição (CFFa, 2021).

A limitação apresentada torna-se ainda mais evidente quando observados através da amostra que a maior concentração de profissionais se deu justamente em unidades básicas situadas em territórios com alta densidade de população idosa, como em Coqueiral de Itaparica e Araçás, o que, por um lado, reforça a importância da territorialização, mas, por outro lado, expõe a contradição entre a demanda epidemiológica local e oferta de competências profissionais adequadas.

Considerando que a disfagia é uma condição amplamente prevalente entre a população idosa, seria esperado que a composição das equipes contemplasse, de forma mais significativa e correta, profissionais com mais expertise específica nesta patologia, como os profissionais fonoaudiólogos citados acima. No entanto, a baixa representatividade nas unidades analisadas revela um desfalque entre as necessidades reais da população e os recursos disponíveis, limitando a APS de responder frente às condições que exigem abordagens interdisciplinares. No entanto, mesmo em territórios prioritários, o cuidado permanece centrado em um modelo com foco em ações paliativas e de encaminhamento (Doan *et al.*, 2022).

Esse cenário evidencia não apenas estruturas na composição das equipes, mas desafios enfrentados na APS diante do envelhecimento populacional, especialmente em municípios de porte médio como Vila Velha, que já apresentam uma elevada população de idoso (Schenker *et al.*, 2019). É natural que ao decorrer da idade, haja um aumento significativo na incidência de algumas condições crônicas e funcionais como a disfagia, o que exige uma organização das práticas do cuidado focando na integralidade da atenção, não apenas na patologia em si (Schenker *et al.*, 2019).

Entretanto, a APS ainda opera, em grande parte, sob um modelo centrado na agudização e no encaminhamento para níveis secundários, o que torna pouca responsiva às necessidades complexas e contínuas da população idosa, que já é atravessada por vários estigmas sociais relacionados ao envelhecimento, que afetam diretamente como as demandas dessa população são priorizadas nos serviços de saúde (Doan *et al.*, 2022).

Os dados apontam um nível elevado de conhecimento conceitual entre os profissionais participantes, 100% reconhecem corretamente os grupos de riscos, 94% identificam o profissional habilitado para a reabilitação e 92% compreendendo o tratamento adequado para a disfagia. Esses dados sugerem uma consciência teórica sólida e consciente sobre a condição, o que demonstra uma base mínima de entendimento. No entanto, esse índice também evidencia uma contradição recorrente nas práticas em saúde, já que o conhecimento teórico não traduz necessariamente em ações institucionalizadas no serviço, ou seja, saber o que é

disfagia não garante que isso irá refletir no processo de trabalho ou no encaminhamento oportuno (Anderle *et al.*, 2018).

Levando em consideração essa afirmação, é pertinente discutir as formações acadêmicas e profissionais desse profissional, uma vez que a abordagem da disfagia nas grades curriculares é por muitas vezes, superficial e com o maior aprofundamento somente no curso de fonoaudiologia e cobertura insuficiente nas formações médicas, de enfermagem ou outras áreas. Tal brecha pode contribuir para a manutenção das práticas fragmentadas e pouco resolutivas, mesmo quando há conhecimento teórico básico. Assim, a educação permanente em saúde se faz necessária, como a construção de protocolos interprofissionais de manejo da disfagia na APS (Steel *et al.*, 2021).

Os resultados revelam que há uma consciência conceitual sobre a disfagia entre os profissionais de saúde, o que indica certo reconhecimento de sua relevância clínica. No entanto, esse conhecimento individual não se traduz automaticamente em uma prática institucionalizada e sistemática, especialmente no âmbito da APS, onde o manejo da condição ainda ocorre de maneira pontual e fragmentada (Leonor *et al.*, 2015).

Essa lacuna pode ser explicada, em grande medida, pela formação acadêmica desigual, visto que o tema da disfagia apresenta inserção bastante heterogênea nos currículos da área da saúde. Enquanto os cursos de Fonoaudiologia abordam a temática de forma mais aprofundada, graduações como Medicina, Enfermagem, Nutrição e Odontologia tratam-na de modo superficial ou até mesmo negligenciada. Como consequência, observa-se a reprodução de práticas fragmentadas e uma baixa capacidade das equipes multiprofissionais em identificar precocemente sinais e sintomas da disfagia, comprometendo a integralidade do cuidado (Isidoro *et al.*, 2022).

Além disso, a ausência de protocolos clínicos e diretrizes amplamente difundidas no âmbito da APS reforça a dependência do saber individual, tornando o cuidado heterogêneo e condicionado à experiência pessoal de cada trabalhador. Essa falta de institucionalização gera desigualdades na assistência e dificulta a construção de um modelo de atenção mais resolutivo (Faria, 2005; Macedo *et al.*, 2022).

Dessa forma, torna-se evidente que não basta o domínio teórico; é necessário que a temática da disfagia seja incorporada de maneira estruturada à formação acadêmica, fortalecida por programas de educação permanente, pela implementação de protocolos baseados em evidências e pelo suporte da gestão municipal. Tais ações são fundamentais para assegurar práticas organizadas e ampliar a resolutividade do cuidado destinado à população idosa e vulnerável (Leonor et al., 2015; Dias et al., 2018).

A formação interprofissional surge como estratégia central nesse contexto, pois promove o desenvolvimento de competências colaborativas entre diferentes profissionais da saúde, favorecendo a integração do cuidado e ampliando a capacidade resolutiva da APS. De acordo com Isidoro (2022), a implementação de atividades de Educação Interprofissional (EIP) contribui para a consolidação de habilidades colaborativas, tanto em nível individual quanto coletivo, fortalecendo a atuação das equipes multiprofissionais.

O impacto epidemiológico e socioeconômico da disfagia reforça a urgência de ações estruturadas. A condição está associada a maior risco de desnutrição, desidratação, pneumonia aspirativa e hospitalizações prolongadas, gerando custos significativos para o sistema de saúde. A detecção precoce e o manejo adequado na APS podem reduzir complicações, otimizar recursos e melhorar a qualidade de vida dos pacientes (Tesser; Norman; Vidal, 2018).

Em termos de equidade e acesso, municípios de pequeno porte e áreas periféricas apresentam limitações quanto à disponibilidade de fonoaudiólogos e exames complementares, aprofundando desigualdades no cuidado. Nesse cenário, a capacitação das equipes multiprofissionais torna-se ainda mais estratégica, permitindo o reconhecimento precoce de casos suspeitos e o encaminhamento adequado (Oliveira *et al.*, 2019).

Nesse sentido, evidencia-se a necessidade de educação permanente, capacitação interprofissional e implementação de fluxos de atenção baseados em evidências, como forma de consolidar práticas consistentes e reduzir disparidades no manejo da disfagia (Leonor *et al.*, 2015; Dias *et al.*, 2018)

A promoção e a prevenção em saúde devem ocupar papel central na atuação da APS. A inclusão da temática da disfagia em programas voltados à saúde da pessoa idosa e em campanhas educativas municipais amplia o caráter preventivo do cuidado, fortalece a conscientização da população e incentiva a busca precoce por atendimento. Além disso, o apoio matricial e a integração intersetorial — por meio do fortalecimento do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB) e da articulação com centros de especialidades — são essenciais para garantir suporte técnico contínuo às equipes, promovendo fluxos de cuidado mais consistentes e resolutivos (Mendes, 2010; Brasil, 2020).

As políticas públicas oferecem o arcabouço necessário para sustentar estratégias de cuidado integral à saúde da pessoa idosa, incluindo ações de prevenção e manejo da disfagia. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) estabelece a APS como porta de entrada e coordenadora do cuidado na Rede de Atenção à Saúde, reforçando seu papel central na promoção da saúde, prevenção de agravos e acompanhamento longitudinal de condições crônicas, entre elas a disfagia (Brasil, 2017). De modo complementar, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) prioriza a manutenção da autonomia, da independência e da funcionalidade, dimensões diretamente impactadas pelos distúrbios de deglutição (Brasil, 2006).

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) também integra esse conjunto de diretrizes, ao estabelecer que a segurança alimentar, o cuidado nutricional e a prevenção de agravos relacionados à ingestão e absorção de alimentos são responsabilidades fundamentais da APS (Brasil, 2011). Considerando que a disfagia pode gerar desnutrição, desidratação e risco aumentado de infecções respiratórias, a articulação entre PNAB, PNSPI e PNAN torna-se essencial para uma abordagem efetiva do problema. Soma-se a isso, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), que propõe a formação continuada como estratégia para superar lacunas formativas das equipes e favorecer práticas interprofissionais baseadas em evidências (Brasil, 2004).

Apesar do sólido arcabouço normativo existente, a análise dos resultados evidencia que a implementação dessas políticas permanece incipiente e fragmentada no contexto estudado. A ausência de fluxos claros, a falta de protocolos assistenciais

padronizados e a desigualdade na formação dos profissionais dificultam a consolidação de práticas sistematizadas de rastreamento, diagnóstico precoce e reabilitação da disfagia na Atenção Primária. A efetiva integração entre PNAB, PNSPI, PNAN e PNEPS é fundamental não apenas para fortalecer ações de cuidado integral, mas também para reduzir desigualdades assistenciais e ampliar a resolutividade dos serviços.

Outro aspecto relevante diz respeito à burocratização dos serviços de saúde primária, que cria barreiras importantes ao acesso ao diagnóstico e ao tratamento da disfagia. Entre os entraves observados na literatura estão a demora em processos administrativos, as dificuldades no agendamento de consultas e exames especializados, como a videofluoroscopia da deglutição, além da baixa integração intersetorial necessária para a construção de planos terapêuticos que considerem as necessidades alimentares e as preferências culturais dos pacientes (Lima et al., 2024).

Adicionalmente, a falta de conhecimento de cuidadores, familiares e até mesmo de alguns profissionais acerca dos distúrbios de deglutição, bem como das doenças associadas ao trato esofágico, retarda o início do tratamento e aumenta o risco de complicações. Essa lacuna informacional tem impacto ainda maior em idosos com doenças neuromoduladoras, como esclerose lateral amiotrófica, Parkinson, Alzheimer, paralisia cerebral e sequelas de AVC, elevando a possibilidade de desnutrição, aspiração silenciosa, pneumonias recorrentes e piora da funcionalidade (Medeiros et al., 2024).

Diante dos desafios identificados, evidencia-se que a prevenção e o manejo da disfagia na população idosa no município de Vila Velha-ES demandam ações estruturadas, sistemáticas e sustentadas por políticas públicas efetivamente implementadas. Embora a APS seja o nível de atenção responsável pela coordenação do cuidado e pela abordagem integral das condições crônicas, observa-se que importantes fragilidades persistem na organização dos serviços que deveriam garantir a detecção precoce, o encaminhamento adequado e o acompanhamento longitudinal dos casos de disfagia.

Entre os principais desafios está a necessidade urgente de investimentos contínuos em capacitação profissional. A ausência de formação específica sobre distúrbios

de deglutição, tanto na graduação quanto na prática profissional, limita a capacidade das equipes de identificar sinais precoces, realizar o manejo inicial e orientar adequadamente pacientes e familiares. Nesse sentido, políticas como a PNEPS deveriam ser operacionalizadas de forma mais efetiva no município, promovendo educação permanente alinhada às reais demandas do território (Macedo *et al.*, 2022).

Outra dificuldade relevante refere-se à ampliação e ao fortalecimento das equipes multiprofissionais da APS. A baixa cobertura de profissionais especialistas, como nutricionistas e, particularmente, fonoaudiólogos, principais responsáveis pela avaliação e reabilitação da deglutição, compromete a efetividade das ações previstas nas políticas públicas. A insuficiência desses profissionais repercute diretamente na dificuldade de operacionalizar diretrizes da PNAB, que coloca a multiprofissionalidade como eixo estruturante da atenção integral, bem como limita a execução de estratégias previstas pela PNAN e pela PNSPI, ambas essenciais ao cuidado de idosos com risco de disfagia (Isidoro *et al.*, 2022).

Além disso, a carência de recursos estruturais adequados, como instrumentos padronizados de rastreamento, salas apropriadas para avaliação clínica e fluxos internos definidos, constitui mais um obstáculo à implementação de práticas assistenciais resolutivas. O município carece de protocolos validados e institucionalizados de triagem, avaliação e encaminhamento, o que resulta em condutas heterogêneas entre as unidades e dificulta a integração entre os pontos da Rede de Atenção à Saúde. Essa lacuna se traduz em subdiagnóstico, encaminhamentos tardios e perda de oportunidades de intervenção precoce (Doan *et al.*, 2022).

As barreiras socioeconômicas e geográficas enfrentadas pelos usuários também interferem de forma significativa na continuidade do cuidado. Muitos idosos possuem limitações funcionais, dificuldades de locomoção, baixo nível de escolaridade ou ausência de suporte familiar, dificultando o acesso aos serviços e o seguimento das recomendações clínicas. Tais fatores mostram que o cuidado da disfagia ultrapassa o escopo estritamente biomédico, exigindo ações intersetoriais que articulem assistência social, educação, alimentação e transporte, conforme preconizado na PNAB e na PNSPI.

Apesar dessas fragilidades, há perspectivas de avanço. A integração efetiva entre os diferentes níveis da Rede de Atenção à Saúde, APS, atenção especializada, hospitais e serviços de reabilitação, representa uma oportunidade concreta para fortalecer o cuidado da disfagia no idoso. A articulação entre equipes e serviços, baseada na comunicação ativa e no compartilhamento de informações clínicas, pode favorecer diagnósticos mais precoces, reabilitação mais eficiente e redução de complicações evitáveis, como pneumonias aspirativas e desnutrição (Doan *et al.*, 2022).

Paralelamente, ações sistemáticas de educação em saúde dirigidas à população, familiares e cuidadores podem ampliar o reconhecimento dos sinais de alerta da disfagia, favorecer a busca precoce por atendimento e aumentar a adesão às intervenções terapêuticas. Tais estratégias convergem com as propostas da PNAN e da PNSPI, reforçando a importância de um cuidado centrado na pessoa, na família e no território.

Assim, garantir um cuidado equitativo, contínuo e humanizado à pessoa idosa com disfagia constitui uma responsabilidade compartilhada entre o sistema de saúde, os gestores, os profissionais e a comunidade. As políticas públicas oferecem o marco normativo necessário; contudo, sua efetivação depende de investimentos, planejamento estratégico, qualificação das equipes e integração das ações, de modo a transformar diretrizes em práticas concretas. Nesse cenário, o município de Vila Velha-ES tem - diante de si - tantos desafios significativos quanto oportunidades reais para aprimorar o cuidado à disfagia no âmbito da Atenção Primária, avançando na direção de um sistema mais resolutivo, inclusivo e orientado às necessidades da população idosa.

Este estudo apresenta limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. A principal delas refere-se ao tipo de amostragem utilizada. Por se tratar de uma amostragem por conveniência, composta apenas pelos profissionais presentes nas unidades no momento da coleta e que aceitaram participar, não é possível garantir a representatividade de toda a rede municipal de Vila Velha. Esse método pode gerar viés de seleção, sobretudo porque profissionais ausentes, atuando em outros turnos ou sobrecarregados, poderiam apresentar percepções e práticas diferentes daquelas captadas.

Outra limitação está relacionada ao uso de um questionário elaborado especificamente para esta pesquisa e submetido apenas à avaliação de conteúdo. Ainda que adequado para estudos exploratórios, a ausência de validação psicométrica do instrumento pode reduzir a precisão das medidas de conhecimento e práticas.

Outrossim, o estudo baseia-se em informações autorreferidas, o que pode gerar viés de desejabilidade social, levando profissionais a responderem de forma socialmente aceita ou superestimando suas competências. Por fim, a natureza transversal da pesquisa impede o estabelecimento de relações causais entre variáveis, limitando-se apenas à observação de associações e padrões comportamentais.

Apesar dessas limitações, os achados oferecem contribuições relevantes para a compreensão das lacunas existentes no manejo da disfagia na APS e podem orientar estratégias de formação, planejamento e qualificação das políticas locais de saúde.

No contexto social, os resultados ganham relevância ao evidenciarem que a disfagia, embora reconhecida pelos profissionais como problema de saúde do idoso, ainda não é incorporada de forma sistemática nas rotinas de cuidado da APS. Esse déficit impacta diretamente a qualidade de vida da população idosa, uma vez que a disfagia está associada a riscos de desnutrição, desidratação, pneumonia aspirativa e mortalidade precoce. Além disso, reflete a necessidade de políticas públicas que fortaleçam a formação continuada, o apoio institucional e a inclusão da temática nos protocolos assistenciais.

Assim, o estudo aponta para a urgência de ações intersetoriais e educativas que ampliem a capacidade das equipes de saúde da APS no reconhecimento, rastreamento e manejo da disfagia, alinhando-se ao princípio da integralidade do cuidado e às demandas do processo de envelhecimento populacional.

7 CONCLUSÃO

A análise do conhecimento da equipe multiprofissional da Atenção Primária à Saúde (APS) sobre a prevenção e o manejo da disfagia em idosos no município de Vila Velha-ES revelou importantes lacunas, tanto na formação quanto na prática clínica. Observou-se que, embora os profissionais reconheçam a relevância da disfagia, o conhecimento teórico não se traduz de forma consistente em ações sistematizadas dentro das unidades de APS, evidenciando que o manejo da condição ainda ocorre de maneira pontual e fragmentada.

O perfil da equipe multiprofissional demonstra diversidade de formações e experiências; contudo, a inserção da temática da disfagia nos currículos acadêmicos é desigual, apresentando maior aprofundamento nos cursos de Fonoaudiologia e abordagem superficial — ou mesmo ausente — nas graduações de Medicina, Enfermagem, Nutrição e Odontologia.

Quanto aos encaminhamentos, verificou-se que a inexistência de protocolos clínicos padronizados limita a atuação multiprofissional, tornando o cuidado dependente da experiência individual e, muitas vezes, insuficiente para assegurar integralidade e segurança ao paciente.

A análise das políticas públicas indica que instrumentos normativos, como a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), oferecem suporte teórico e estratégico para o cuidado à disfagia no âmbito da APS. Entretanto, sua implementação permanece incipiente e fragmentada, revelando distanciamento entre as diretrizes e a prática assistencial. O fortalecimento da integração intersetorial, da formação interprofissional e do suporte da gestão municipal constitui condição fundamental para que essas políticas promovam, de fato, a prevenção e o manejo adequado da disfagia em idosos.

Em síntese, o estudo demonstra que a consolidação do cuidado à disfagia na APS de Vila Velha-ES depende da articulação entre formação acadêmica estruturada, capacitação continuada, implementação de protocolos clínicos baseados em evidências e efetivação das políticas públicas já existentes. Somente por meio dessa integração será possível assegurar um cuidado resolutivo, seguro e

equitativo, capaz de atender às necessidades da população idosa e reduzir as complicações associadas à disfagia.

REFERÊNCIAS

- ANDERLE, P.; Rech, R. S.; Pasqualetto, V. M. Conhecimento das equipes médicas e de enfermagem sobre o manejo de medicamentos orais no paciente adulto disfágico hospitalizado. ***Audiology Communication Research***, ano 23, publicação original 2018. DOI: 10.1590/2317-6431-2017-1933.
- ALBINI, Rejane Maestri Nobre *et al.* Conhecimento da enfermagem sobre cuidados a pacientes disfágicos internados em unidade de terapia intensiva. ***Revista Cefac***, v. 15, p. 1512-1524, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1516-18462013005000047>
- ALCÂNTARA, Alexandre de Oliveira Organizador; CAMARANO, Ana Amélia Organizadora; GIACOMIN, Karla Cristina Organizadora. Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões. 2016.
- ALVES, Ana Claudia; BUENO, Sheyla Carina Ferreira; ARANTES, Bárbara Mafra Neves. Viabilidade Da Aplicação De Protocolos De Rastreo de Disfagia Na Atenção Primária à Saúde. ***Trabalhos de Conclusão de Curso-Faculdade Sant'Ana***, 2016.
- ARONE, Marcela Maria Alves da Silva *et al.* Biofeedback eletromiográfico como coadjuvante pode ajudar a manter os resultados da terapia profilática de deglutição em longo prazo na doença de Parkinson? Um estudo piloto. ***Audiology-Communication Research***, v. 26, p. e2542, 2021.
- BARBOSA, Maria Andressa Gomes *et al.* Participation of primary health care users in health promotion practices. ***Revista Brasileira em Promocao da Saude***, v. 30, n. 4, 2017. Disponível em: <https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/6693>. Acesso em: 30 abr. 2025.
- BARROS, Marilisa Berti de Azevedo; GOLDBAUM, Moisés. Desafios do envelhecimento em contexto de desigualdade social. ***Revista de Saúde Pública***, v. 52, p. 1s, 2018.
- BARROS, Ricardo Paes de; HENRIQUES, Ricardo; MENDONÇA, Rosane Silva Pinto de. O combate à pobreza no Brasil: dilemas entre políticas de crescimento e políticas de redução da desigualdade. 1999.
- BASTOS, Lijamar de Souza. Disfagia em idosos e os agenciamentos corporal/emocional: efeitos da implantação de um programa fonoaudiológico de prevenção e reabilitação. 2016.
- BENZECRY, Gabriela *et al.* Prevalência e fatores associados à disfagia em idosos: uma revisão. ***Disciplinarum Scientia| Saúde***, v. 21, n. 2, p. 1-10, 2020.
- BORN, Tomiko; BOECHAT, Norberto Seródio. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. ***Tratado de geriatria e gerontologia***. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 768-77, 2006.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidente da República, [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 26 jun. 2023.

BRASIL. **A Constituição Federal reconhece a saúde como direito fundamental**. 2018. Governo do Brasil, com informações do [Ministério da Saúde](#), Constituição Federal, da [UnB](#), [Senado Federal](#) e da [OAB-DF](#).

BRASIL. **Lei nº 10.741, de 1 de Outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências. Brasília, DF, [2003]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/10.741.htm. Acesso em 26 jun. 2023.

BRASIL. **Lei nº 14.423, de 22 de julho de 2022**. Altera a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 (Estatuto da Pessoa Idosa), para substituir, em todo o texto, os termos “idoso” e “idosos” por “pessoa idosa” e “pessoas idosas”. *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, 25 jul. 2022. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2022/Lei/L14423.htm. Acesso em: 30 abr. 2025.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, [1990]. Disponível em: http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lei%208.080-1990?OpenDocument. Acesso em 26 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, n. 29, 2013. 98 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rastreamento_caderno_atencao_primaria_n29.pdf. Acesso em 26 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Alimentação e Nutrição*. Portaria nº 2.715, de 17 de novembro de 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2715_17_11_2011.html. Acesso em: 1 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 1 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Disponível em: <https://esp.saude.ma.gov.br/wp-content/uploads/2024/10/portaria-198-13-de-fevereiro-2004.pdf>. Acesso em: 1 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa*. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em: 1 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023**. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 23 maio 2023. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-635-de-22-de-maio-de-2023-484773799>. Acesso em: 16 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006**. **Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 20 out. 2006.

BRAVEMAN, Paula; GOTTLIEB, Laura. The social determinants of chronic disease. *American Journal of Preventive Medicine*, v. 52, n. 1 Suppl 1, p. S5–S12, 2017.

CAMARANO, Ana Amélia. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. 2002. Disponível em: https://portalantigo.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td_0858.pdf. Acesso em: 26 jun. 2023.

CAMPOS, Stefane Maria de Lima *et al.* Sinais e sintomas de disfagia orofaríngea em idosos institucionalizados: revisão integrativa. **Audiology-Communication Research**, v. 27, p. e2492, 2022.

CAPELARI, Suelen. Prevalência de disfagia e fatores associados avaliados em idosos institucionalizados de dois municípios do Sul de Brasil. 2017.

CARNEIRO, Jeane Lima *et al.* Saúde do idoso e atenção primária: autonomia, vulnerabilidades e os desafios do cuidado. **Revista de Saúde Pública**, v. 55, p. 29, 2021.

Cartão Nacional de Saúde. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/cns>>. Acesso em: 16 mar. 2025.

CECCON, Roger Flores *et al.* Atenção Primária em Saúde no cuidado ao idoso dependente e ao seu cuidador. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 99-108, 2021.

CHEN, Jian *et al.* Transition experiences of patients with post stroke dysphagia and family caregivers: a longitudinal, qualitative study. **Plos one**, v. 19, n. 6, p. e0304325, 2024.

CHEN, Kuan-Cheng *et al.* Sarcopenic dysphagia: a narrative review from diagnosis to intervention. **Nutrients**, v. 13, n. 11, p. 4043, 2021.

CHENG, Hongtao *et al.* Associations between dysphagia and adverse health outcomes in older adults with dementia in intensive care units: a retrospective cohort study. **Clinical Interventions in Aging**, p. 1233-1248, 2023.

CLAVÉ, Pere; SHAKER, Reza. Dysphagia: current reality and scope of the problem. **Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology**, v. 12, n. 5, p. 259-270, 2015.

COCKERHAM, William C.; HAMBY, Bryant W.; OATES, Gabriela R. The social determinants of chronic disease. **American journal of preventive medicine**, v. 52, n. 1, p. S5-S12, 2017.

Conselho Federal de Fonoaudiologia. **Guia de atuação fonoaudiológica na disfagia no adulto [cartilha]**. [S.l.]: CFFa, s.d. Disponível em: <https://fonoaudiologia.org.br/comunicacao/guia-de-atuacao-fonoaudiologica-na-disfagia-no-adulto/>. Acesso em: 2 set. 2025. fonoaudiologia.org.br

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. **Resolução CFFa nº 667, de 29 de abril de 2022**. Dispõe sobre a atuação do fonoaudiólogo nos distúrbios alimentares pediátricos. *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, 5 maio 2022. Disponível em: https://www.fonoaudiologia.org.br/resolucoes/resolucoes_html/CFFa_N_667_22.htm. Acesso em: 30 abr. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. **Resolução CFFa nº 719, de 15 de dezembro de 2023**. Dispõe sobre a regulamentação da atuação do fonoaudiólogo em disfagia e revoga a Resolução CFFa nº 492, de 7 de abril de 2016. *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, 21 dez. 2023. Disponível em: https://www.fonoaudiologia.org.br/resolucoes/resolucoes_html/CFFa_N_719_23.htm. Acesso em: 30 abr. 2025.

DA SILVA LIMA, Bárbara Patrícia; GARCIA, Vera Lúcia; AMARAL, Eliana Martorano. Atividades profissionais do fonoaudiólogo na Atenção Primária à Saúde no Brasil: consenso de especialistas. **Distúrbios da Comunicação**, v. 33, n. 4, p. 751-761, 2021.

DA SILVA SANTOS, Ana Beatriz *et al.* ABORDAGEM FONOAUDIOLÓGICA EM PRESBIFAGIA EM UM GRUPO DE IDOSOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE. **Revista Contemporânea**, v. 4, n. 1, p. 1685-1704, 2024.

DAI, Meng *et al.* Effect of cerebellar transcranial magnetic stimulation with double-cone coil on dysphagia after subacute infratentorial stroke: a randomized, single-blinded, controlled trial. **Brain Stimulation**, v. 16, n. 4, p. 1012-1020, 2023.

DALGAARD, Karen Marie *et al.* Early integration of palliative care in hospitals: a systematic review on methods, barriers, and outcome. **Palliative & supportive care**, v. 12, n. 6, p. 495-513, 2014.

DE ARAUJO, Leandro. **Deglutição & disfagia orofaríngea**: práticas de ensino, pesquisa, extensão e assistência. João Pessoa: Editora Ufpb, 2021. 294 p. Disponível em: <http://www.editora.ufpb.br/sistema/press5/index.php/UFPB/catalog/view/847/979/9365-1>. Acesso em: 26 jun. 2023.

DE OLIVEIRA, Natália Letícia Novaes; MATOS, Aurindo Henrique Costa. Saúde Do Idoso Na Atenção Primária À Saúde: Uma Revisão Integrativa De Literatura. **Revista Contemporânea**, v. 3, n. 6, p. 6708-6726, 2023.

DE PÁDUA CHIODETTO, Larissa Vieira Araújo; MALDONADE, Irani Rodrigues. Atuação do profissional e desafios da prática fonoaudiológica em rede de saúde pública municipal. **Distúrbios da Comunicação**, v. 30, n. 4, p. 688-704, 2018. DOI: <https://doi.org/10.23925/2176-2724.2018v30i4p688-704>

DE SIRE, Alessandro *et al.* Sarcopenic dysphagia, malnutrition, and oral frailty in elderly: a comprehensive review. **Nutrients**, v. 14, n. 5, p. 982, 2022.

DE SOUZA, Thaís Mello; DOS SANTOS MAIA, Luiz Faustino. Saúde do idoso: o envelhecimento e as políticas públicas de saúde. *Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem*, v. 1, n. 1, p. 37-40, 2010.

DIAS, Maria Socorro de Araújo *et al.* Política Nacional de Promoção da Saúde: um estudo de avaliabilidade em uma região de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 103-114, 2018.

DOAN TN, Ho WC, Wang LH, Chang FC, Nhu NT, Chou LW. Prevalence and Methods for Assessment of Oropharyngeal Dysphagia in Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Med*. 2022 May 6;11(9):2605. doi: 10.3390/jcm11092605. PMID: 35566731; PMCID: PMC9104951.

DOS REIS, Fernanda; VIEIRA, Ana Cléa Veras Camurça. Demandas, construções e desafios vivenciados por terapeutas ocupacionais na atenção primária à saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 26, n. 3, p. 356-364, 2013.

DOS SANTOS OLIVEIRA, Cris Magna *et al.* Proposta De Instrumento De Rastreo Para Disfagia Na Atenção Primária À Saúde. **Interfaces Científicas-Saúde e Ambiente**, v. 9, n. 2, p. 7-27, 2023.

DOUGLAS, Carlos Roberto. **Patofisiologia oral: fisiologia normal e patológica aplicada a odontologia e fonoaudiologia**. São Paulo: Pancast, 1998. 2 v. ISBN 85-86266-06-X (v.1).

DURLACH, Olivier *et al.* Feasibility of a screening and prevention procedure for risks associated with dysphagia in older patients in geriatric units: The dysphaging pilot study protocol. **BMJ open**, v. 14, n. 4, p. e081333, 2024.

DZIEWAS, Rainer *et al.* European Stroke Organisation and European Society for Swallowing Disorders guideline for the diagnosis and treatment of post-stroke dysphagia. **European stroke journal**, v. 6, n. 3, p. LXXXIX-CXV, 2021.

FARIA, Lina Rodrigues de; ALVES, Camila Aloísio. O cuidado na atenção primária à saúde: preliminares de um estudo comparativo Brasil/Canadá. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 1, p. 72-85, 2015.

FERNANDES, Maria Teresinha de Oliveira; SOARES, Sônia Maria. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, p. 1494-1502, 2012.

FERREIRA, P. G. *et al.* A qualificação do cuidado ao idoso e o apoio a cuidadores familiares na atenção primária para a promoção do envelhecimento ativo, cuidado e proteção da velhice. In: Teixeira, M. G.; Rates, S. M.; Ferreira, J. M. (Org.). **O coletivo de uma construção: o Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte**. Belo Horizonte: Rona, 2012. v. 2. p. 36-38.

FERREIRA, Ronivaldo Pinto. Avaliação do risco de disfagia em idosos hospitalizados e sua relação com a nutrição, sarcopenia, hidratação e qualidade de vida: um estudo transversal analítico. 2023.

FREITAS, C. M. S. M. *et al.* Aspectos motivacionais que influenciam a adesão e manutenção de idosos a programas de exercícios físicos. **Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum**, v. 9, n. 1, p. 92-100, 2007.

FROTA, J. F. C. **Prevalência e fatores associados à disfagia em idosos residentes em comunidade**. 2008. 116 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.

FUNAYAMA, André Rodrigues; CYRINO, Eliana Goldfarb; GARCIA, Maria Alice Amorim. Atuação profissional em práticas de promoção da saúde no contexto da Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Revista de APS**, v. 25, 2022. DOI: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2022.v25.35440>

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável: ainda é possível mudar 2030**. Ainda é possível mudar 2030. UNICEF. 2015. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel>. Acesso em: 26 jun. 2023.

FURKIM AM, SANTINI CS. Disfagias orofaríngeas. São Paulo: Pró-fono; 1999.

GIACOMIN, Karla Cristina; COUTO, Eduardo Camargos. O caráter simbólico dos direitos referentes à velhice na Constituição Federal e no Estatuto do Idoso. **Revista Kairós-Gerontologia**, v. 16, n. 2, p. 141-160, 2013. ISSN 2176-901X.

GIACOMIN, Karla Cristina; FIRMO, Josélia Oliveira Araújo. Velhice, incapacidade e cuidado na saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 3631-3640, 2015.

GIOVANELLA, Lígia *et al.* (Ed.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2012.

GRILLI, Gianluigi Mariano *et al.* Dysphagia in non-intubated patients affected by COVID-19 infection. **European Archives of Oto-Rhino-Laryngology**, v. 279, n. 1, p. 507-513, 2022.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. Micropolítica: cartografias do desejo. Petrópolis: Editora Vozes Ltda. Landín, M. y Sánchez, S.(2019). El método biográfico-narrativo. Una herramienta para la investigación educativa. **Educación XXVIII**, v. 54, p. 227-242, 1996.

GUEDES, Luciana Uihôa *et al.* Conhecimento dos profissionais da enfermagem que assistem pacientes com alterações da deglutição em um Hospital Universitário de Belo Horizonte. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, v. 14, p. 372-380, 2009. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1516-80342009000300014>.

GÜLEÇ, Ayşe *et al.* Effect of swallowing rehabilitation using traditional therapy, kinesiology taping and neuromuscular electrical stimulation on dysphagia in post-stroke patients: a randomized clinical trial. **Clinical neurology and neurosurgery**, v. 211, p. 107020, 2021.

GUTSCHOW, Christian A. *et al.* Effect of aging on esophageal motility in patients with and without GERD. **GMS German Medical Science**, v. 9, p. Doc22, 2011.

HELLIWELL, K. *et al.* The use of videofluoroscopy (VFS) and fibreoptic endoscopic evaluation of swallowing (FEES) in the investigation of oropharyngeal dysphagia in stroke patients: a narrative review. **Radiography**, v. 29, n. 2, p. 284-290, 2023.

HERRERA, Lucero A. Juárez *et al.* Reformas de atención primaria en América Latina: avances en Brasil, Chile, Colombia, México y Perú. **Gaceta Sanitaria**, v. 38, p. 102430, 2024.

HONGO, Takashi *et al.* Association between timing of speech and language therapy initiation and outcomes among post-extubation dysphagia patients: a multicenter retrospective cohort study. **Critical Care**, v. 26, n. 1, p. 98, 2022.

Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística. **População cresce, mas número de pessoas com menos de 30 anos cai 5,4% de 2012 a 2021**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/34438-populacao-cresce-mas-numero-de-pessoas-com-menos-de-30-anos-cai-5-4-de-2012-a-2021>. Acesso em: 26 jun. 2023.

ISIDORO, F. G. R. *et al.* Formação interprofissional na graduação em saúde: revisão sistemática de estratégias educativas. **Revista Brasileira de Educação Médica**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. e113, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v46.3-20220030>.

JACOBI JS, LEVY DS, SILVA LMC. **Disfagia: avaliação e tratamento**. Rio de Janeiro: Revinter, p. 225-32, 2004.

KARSCH, Ursula M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cadernos de saúde pública**, v. 19, p. 861-866, 2003.

KIMURA, Yurika *et al.* Society of swallowing and dysphagia of Japan: Position statement on dysphagia management during the COVID-19 outbreak. **Auris Nasus Larynx**, v. 47, n. 5, p. 715-726, 2020.

LAIS, Lúcia Leite *et al.* Atuação interdisciplinar na disfagia. 2021. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/45461/1/Atuac%CC%A7a%CC%83o%20Interdisciplinar%20na%20Disfagia.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2023.

LAM, Peter; BAILEY, Erin; STEEL, Cindy. Exploring dysphagia assessment and management in Canadian primary care: a clinical practice survey. **Canadian Journal of Dietetic Practice and Research**, p. 1-6, 2025.

LEONOR, Verena Dias *et al.* As contribuições da educação continuada em disfagia orofaríngea para a assistência de enfermagem pediátrica em um hospital de ensino. **Revista CEFAC**, v. 17, n. 5, p. 1531-1540, 2015.

LIMA, BÁRBARA PATRÍCIA DA SILVA. **Atividades profissionais do fonoaudiólogo na atenção primária à saúde no Brasil**. 2019. Tese de Doutorado. Tese (Doutorado)–Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica, Área de Ensino em Saúde.

LIMA, Danyela dos Santos *et al.* A COMUNICAÇÃO INTERPROFISSIONAL NO MATRICIAMENTO DE SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. **Mental**, v. 17, n. 31, 2025.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda *et al.* Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, p. 745-757, 2003.

LOZANO-ESTEVEAN, María Del Carmen *et al.* Importance of hydration in people with dysphagia and its consequences. **Nutricion hospitalaria**, v. 41, n. Spec No3, p. 41-44, 2024.

LUCCHES, V. O. *et al.* Estratégia Interprofissional de Qualificação de Agentes Comunitários de Saúde: Potencialidades da Fonoaudiologia, Psicologia e Fisioterapia na Atenção Primária à Saúde. **Saúde & Transformação Social.[Internet]**, v. 10, n. 1, p. 2, 2019.

MACEDO, Evelin Reis *et al.* Fatores que dificultam a aplicação do processo de enfermagem pelos enfermeiros da atenção primária à saúde. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 15, n. 2, p. e9584-e9584, 2022.

MARCOLINO, Juliana. Achados fonoaudiológicos na deglutição de idosos do município de Irati-Paraná. **Revista brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 12, n. 2, p. 193-200, 2009.

MARTÍN-MARTÍNEZ, Alberto *et al.* The impact of frailty, oropharyngeal dysphagia and malnutrition on mortality in older patients hospitalized for COVID-19. **Aging and Disease**, v. 15, n. 2, p. 927, 2024.

MASCHIO, Elisa; MALDONADE, Irani Rodrigues. Percepção dos profissionais de saúde sobre a inserção do fonoaudiólogo na Atenção Primária. **Distúrbios Da Comunicação**, v. 35, n. 2, p. e60153-e60153, 2023.

MATTEI, Alexia *et al.* Guidelines of clinical practice for the management of swallowing disorders and recent dysphonia in the context of the COVID-19 pandemic. **European annals of otorhinolaryngology, head and neck diseases**, v. 137, n. 3, p. 173-175, 2020.

MCCULLOUGH, Gary H.; MARTINO, Rosemary. Clinical evaluation of patients with dysphagia: Importance of history taking and physical exam. In: **Manual of diagnostic and therapeutic techniques for disorders of deglutition**. New York, NY: Springer New York, 2012. p. 11-30.

MENDES, A. M. C. P. *et al.* Políticas públicas, desenvolvimento e as transformações do Estado brasileiro. **Políticas públicas e indicadores para o desenvolvimento sustentável**. São Paulo: Saraiva, p. 3-34, 2010.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciência & saúde coletiva**, v. 15, p. 2297-2305, 2010.

MIQUILUSSI, Paloma Alves. **Prevalência mundial de disfagia orofaríngea e rastreio para risco de broncoaspiração em ambiente hospitalar à população idosa**. 2022.

MIRA, Ana; GONÇALVES, Rita; RODRIGUES, Inês Tello. Dysphagia in Alzheimer's disease: a systematic review. **Dementia & neuropsychologia**, v. 16, n. 3, p. 261-269, 2022.

MOLINI-AVEJONAS, Daniela Regina; MENDES, Vera Lúcia Ferreira; AMATO, Cibelle Albuquerque de la Higuera. Fonoaudiologia e Núcleos de Apoio à Saúde da Família: conceitos e referências. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, v. 15, p. 465-474, 2010.

MOLINO, Christopher *et al.* SARS-CoV-2 and Dysphagia: A Retrospective Analysis of COVID-19 Patients with Swallowing Disorders. **Dysphagia**, v. 40, n. 1, p. 162-168, 2025.

MONTEIRO, Douglas *et al.* Relação entre disfagia e tipos clínicos na doença de Parkinson. **Revista CEFAC**, v. 16, p. 620-627, 2014.

MONTERO, Lorena *et al.* A Systematic Evaluation for Oropharyngeal Dysphagia in Non-institutionalized Elderly Patients with Home Care-based in the Community. **Dysphagia**, p. 1-7, 2024.

MREJEN, Matías; NUNES, Letícia; GIACOMIN, Karla. Envelhecimento populacional e saúde dos idosos: O Brasil está preparado. **São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde**, 2023.

MURILLO, Roberth Steven Gutiérrez. Desigualdades sociais na velhice e as potencialidades da prática intersectorial em saúde: algumas considerações gerontológicas. **O Social em Questão**, v. 24, n. 50, p. 363-386, 2021.

NASCIMENTO, Camila Lima; NAKAMURA, Helenice Yemi. Fonoaudiologia no Sistema Único de Saúde do Estado de São Paulo. **Distúrbios da Comunicação**, v. 30, n. 1, p. 179-185, 2018. DOI: <https://doi.org/10.23925/2176-2724.2018v30i1p179-185>

NERI, Anita Liberalesso *et al.* Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade. **São Paulo: Fundação Perseu Abramo**, 2007.

NIETO, Kenny; ANG, Darwin; LIU, Huazhi. Dysphagia among geriatric trauma patients: A population-based study. **PLoS One**, v. 17, n. 2, p. e0262623, 2022.

OLIVEIRA, Anderson Silva. Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil. **Hygeia-Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 15, n. 32, p. 69-79, 2019.

Organização Pan-Americana da Saúde. **Atenção primária à saúde**. OPAS. 2023. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/atencao-primaria-saude>. Acesso em: 26 jun. 2023.

ÖZSÜREKCI, Cemile *et al.* Timing of dysphagia screening in Alzheimer's dementia. **Journal of Parenteral and Enteral Nutrition**, v. 44, n. 3, p. 516-524, 2020.

PAKKONEN, Mari *et al.* Continuing education interventions about person-centered care targeted for nurses in older people long-term care: a systematic review. **BMC nursing**, v. 20, n. 1, p. 67, 2021.

PAPALÉO NETTO, Matheus *et al.* Tratado de geriatria e gerontologia. 2002.

PEÑALVA-ARIGITA, Amaya *et al.* Differences in the use of food textures in oropharyngeal dysphagia according to the place of living. **Clinical Nutrition ESPEN**, v. 48, p. 196-201, 2022.

POEWE, Werner *et al.* Parkinson disease. **Nature reviews Disease primers**, v. 3, n. 1, p. 1-21, 2017.

RANGIRA, Daniella *et al.* Understanding burden in caregivers of adults with dysphagia: A systematic review. **American Journal of Speech-Language Pathology**, v. 31, n. 1, p. 486-501, 2022.

RECH, Rafaela Soares. Perspectivas epidemiológicas sobre a disfagia orofaríngea em idosos independentes da comunidade. 2020.

RESENDE, Patrícia Dorotéia de *et al.* Disfagia orofaríngea neurogênica: análise de protocolos de videofluoroscopia brasileiros e norte-americanos. **Revista Cefac**, v. 17, n. 5, p. 1610-1619, 2015.

RIQUELME, L. F. *et al.* Health education programs for dysphagia management in the elderly. *Journal of Community Health*, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/joor.13961>.

RODRIGUES NC. Política Nacional do Idoso: retrospectiva histórica. *Estud Interdiscip Envelhec.* 2001;3(1):149-58.

RODRIGUES, Kassielly Melissa Ribeiro; NOGUEIRA, Pedro Henrique Fonseca; ALBUQUERQUE, Priscila Pereira. Disfagia na população idosa e seus impactos na qualidade de vida desses pacientes: uma revisão bibliográfica. In: **Anais do Congresso de Geriatria e Gerontologia do UNIFACIG**. 2020.

RODRIGUES, Rosalina Aparecida Partezani *et al.* Política nacional de atenção ao idoso e a contribuição da enfermagem. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 16, p. 536-545, 2007.

SANTOS, A. S. *et al.* A importância do acompanhamento domiciliar no manejo de idosos com disfagia: uma análise dos fatores associados. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 58, e20200371, 2024.

SANTOS, Ivana Maria Barboza dos; PEIXOTO, Marcus Valerius da Silva. Atuação fonoaudiológica na atenção primária à saúde durante a pandemia de COVID-19: relato de experiência. **Distúrbios da comunicação**, p. 473-480, 2021. DOI: <https://doi.org/10.23925/2176-2724.2021v33i3p473-480>

SANTOS, Melissa Costa; TESSER, Charles Dalcanale. Um método para a implantação e promoção de acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 3011-3024, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100018>. Acesso em: 30 abr. 2025

Schenker, M. Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa, sobretudo daquela com doenças crônicas na atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva** [S.l.], v. 24, n. 10, p. 3411–3420, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/fjqYFRhV7s4Tgqvdf5LKBDj/?lang=en>. Acesso em: 2 set. 2025.

SHANE, Morgan A. Sendzischew; MOSHIREE, Baharak. Esophageal and gastric motility disorders in the elderly. **Clinics in Geriatric Medicine**, v. 37, n. 1, p. 1-16, 2021.

SHIMIZU, Akio *et al.* Impact of Poor Oral Health Status on Swallowing Function Improvement in Older Dysphagic Patients. **Cureus**, v. 15, n. 12, 2023.

SHIRAIISHI, A.; WAKABAYASHI, Hidetaka; YOSHIMURA, Y. Oral management in rehabilitation medicine: oral frailty, oral sarcopenia, and hospital-associated oral problems. **The journal of nutrition, health & aging**, v. 24, p. 1094-1099, 2020.

SILVA, Camila Caroline da *et al.* Qualidade da atenção primária à saúde da pessoa idosa durante a pandemia da covid-19: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 27, p. e230239, 2024.

SILVA, Joanny Vitória Rosado Cavalcanti *et al.* A atuação do fonoaudiólogo na Atenção Primária à Saúde (APS) na perspectiva da pandemia da Covid-19. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 24, n. 5, p. e15730-e15730, 2024.

SILVA, Larissa Lemos *et al.* Espiritualidade, saúde e cuidado humanizado em ambiente de ensino: relato de experiência. **Disciplinarum Scientia| Saúde**, v. 21, n. 2, p. 11-18, 2020.

SILVA, Mariana Meneses Rocha Pereira *et al.* Análise da adesão da identificação do paciente no setor de clínica médica: Analysis of adherence of patient identification in the medical clinics sector. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 87, n. 25, 2019.

SILVA, Roberta Gonçalves da. A eficácia da reabilitação em disfagia orofaríngea. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, v. 19, p. 123-130, 2007.

SMITH, Caroline; BHATTACHARYA, Debi; SCOTT, Sion. Understanding how primary care practitioners can be supported to recognise, screen and initially diagnose oropharyngeal dysphagia: protocol for a behavioural science realist review. **BMJ open**, v. 13, n. 2, p. e065121, 2023.

SMITH, Joseph *et al.* Our experience of a speech and language therapist-led swallow disorder clinic. **The Journal of Laryngology & Otology**, v. 138, n. 12, p. 1130-1132, 2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE FONOAUDIOLOGIA. **Dia Nacional de Atenção à Disfagia: ciclo 2 – atenção primária**. São Paulo: SBFA, 2022. Disponível em: <https://www.sbfa.org.br/portal2017/campanhas/disfagia/pdf/ciclo02.pdf>. Acesso em 26 jun. 2023.

SOMMERVILLE, Peter *et al.* Prognosis in dysphagic patients who are eating and drinking with acknowledged risk: results from the evaluation of the FORWARD project. **Age and Ageing**, v. 51, n. 2, p. afac005, 2022.

SOUSA, Neuciani Ferreira da Silva; LIMA, Margareth Guimarães; BARROS, Marilisa Berti de Azevedo. Desigualdades sociais em indicadores de envelhecimento ativo: estudo de base populacional. **Ciência & saúde coletiva**, v. 26, p. 5069-5080, 2021.

SOUZA, Fabiana Martins Soares de. **Prevalência e fatores associados à disfagia referida entre pessoas idosas no município de São Paulo: Estudo SABE-Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento**. 2023. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

SPEYER, Renée *et al.* Effects of therapy in oropharyngeal dysphagia by speech and language therapists: a systematic review. **Dysphagia**, v. 25, p. 40-65, 2010.

SZE, Wei Ping *et al.* Evaluating the training effects of two swallowing rehabilitation therapies using surface electromyography—Chin Tuck Against Resistance (CTAR) exercise and the shaker exercise. **Dysphagia**, v. 31, p. 195-205, 2016.

TELLES, Mauricio Wiering Pinto; LOPES, Lavínia Mabel Viana. Quais os possíveis impactos do Previne Brasil para o trabalho e educação da fonoaudiologia na Atenção Primária à Saúde?. **Distúrbios Da Comunicação**, v. 35, n. 1, p. e59345-e59345, 2023.

TERRE, R.; MEARIN, F. Effectiveness of chin-down posture to prevent tracheal aspiration in dysphagia secondary to acquired brain injury. A videofluoroscopy study. **Neurogastroenterology & Motility**, v. 24, n. 5, p. 414-419, 2012.

TESSER, Charles Dalcanale; NORMAN, Armando Henrique; VIDAL, Tiago Barra. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 361-378, 2018.

THIYAGALINGAM, Shanojan *et al.* Dysphagia in older adults. In: **Mayo clinic proceedings**. Elsevier, 2021. p. 488-497.

UESHIMA, Junko *et al.* Nutritional management in adult patients with dysphagia: position paper from Japanese working group on integrated nutrition for dysphagic people. **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 23, n. 10, p. 1676-1682, 2022.

UNICEF. **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**. 2015.

VAN DER HEUL, A. M. B. *et al.* Swallowing problems in spinal muscular atrophy types 2 and 3: a clinical, videofluoroscopic and ultrasound study. **Journal of Neuromuscular Diseases**, v. 10, n. 3, p. 427-438, 2023.

VOLKERT, Dorothee *et al.* ESPEN practical guideline: Clinical nutrition and hydration in geriatrics. **Clinical Nutrition**, v. 41, n. 4, p. 958-989, 2022.

WERSTUCK, Michele Macdonald; STEEL, Cindy. Dysphagia identification and assessment in adults in primary care settings—a Canadian study of dietitians. **Canadian Journal of Dietetic Practice and Research**, v. 82, n. 2, p. 84-89, 2021.

WINGERTER, Denise Guerra *et al.* A pessoa idosa na Atenção Primária à Saúde: um estudo bibliométrico da produção científica internacional. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 16, n. 43, 2021.

WIRTH, Rainer *et al.* Oropharyngeal dysphagia in older persons—from pathophysiology to adequate intervention: a review and summary of an international expert meeting. **Clinical interventions in aging**, p. 189-208, 2016.

WOLF, Ursula *et al.* Prevalence of oropharyngeal dysphagia in geriatric patients and real-life associations with diseases and drugs. **Scientific reports**, v. 11, n. 1, p. 21955, 2021.

XAVIER, Jessica Soares *et al.* Frequência de disfagia orofaríngea em idosos institucionalizados: uma revisão integrativa. In: **CoDAS**. Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, 2021. p. e20200153.

YANG, Chen *et al.* Community-based group rehabilitation program for stroke patients with dysphagia on quality of life, depression symptoms, and swallowing function: a randomized controlled trial. **BMC geriatrics**, v. 23, n. 1, p. 876, 2023.

YANG, Weiwei *et al.* The effect of repetitive transcranial magnetic stimulation on dysphagia after stroke: a systematic review and meta-analysis. **Frontiers in Neuroscience**, v. 15, p. 769848, 2021.

ZANIN, Loise Elena; ALBUQUERQUE, Izabelle Mont'alverne Napoleão; MELO, Daniel Hardy. Fonoaudiologia e estratégia de saúde da família: o estado da arte. **Revista CEFAC**, v. 17, p. 1674-1688, 2015.

ZHANG, Guitao *et al.* Dysphagia management and outcomes in elderly stroke patients with malnutrition risk: results from Chinese stroke center alliance. **Clinical Interventions in Aging**, p. 295-308, 2023.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado (a) como voluntário a participar da pesquisa DESAFIOS E PERSPECTIVAS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PARA O MANEJO DA DISFAGIA NO IDOSO, sob a responsabilidade de FABIANA ROSA NEVES SMIDERLE.

Nesse estudo pretendemos analisar o conhecimento da equipe multiprofissional na atenção primária à saúde para a prevenção e manejo da disfagia no idoso no Município de Vila Velha- ES. Descrever o perfil da equipe multiprofissional da saúde da atenção primária à saúde no Município de Vila Velha- ES. Identificar o conhecimento da equipe multiprofissional da saúde da atenção primária sobre a disfagia. Identificar os encaminhamentos diante dos sinais e sintomas da disfagia no idoso no Município de Vila Velha- ES; Identificar as ações preventivas e de promoção realizadas para população e cuidadores sobre a Disfagia; Identificar os desafios e perspectivas nas Políticas Públicas de Saúde na atenção primária para a prevenção e manejo da disfagia no idoso no Município de Vila Velha- ES.

A realização deste trabalho justifica-se por visível necessidade de estudos sobre o indivíduo disfágico, que pode chegar a uma desnutrição, desidratação, depressão, pneumonias, internações hospitalares e até a óbito. Colocar a Disfagia em foco na Atenção Primária, trará a diminuição da gravidade dos sintomas, redução nas internações hospitalares, economia nos gastos públicos e maior qualidade de vida para os idosos.

PROCEDIMENTOS: Para esse estudo, você responderá a um questionário. Para participar deste estudo, você deverá autorizar e assinar um termo de consentimento. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. A coleta de dados desta pesquisa se dará através da aplicação de um questionário semiestruturado contendo 21 questões.

Rubrica do participante

Rubrica do pesquisador

O roteiro do questionário foi dividido em questões que abordam sobre dados de identificação, conhecimento sobre a disfagia e conhecimento sobre o fluxo do atendimento do paciente na rede de atenção à saúde. O questionário será enviado para os profissionais de forma presencial, ou poderá ser online em algumas situações. O contato prévio para envio dos questionários por meio eletrônico ocorrerá pela coordenação das Unidades de saúde. Após assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido, os entrevistados devem responder às perguntas propostas.

Você terá suas dúvidas esclarecidas em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. O responsável por você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador que irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado em nenhuma publicação.

RISCOS: A pesquisa apresenta riscos relacionados à divulgação de dados confidenciais, anonimato, discriminação a partir do conteúdo revelado e perda do autocontrole e integridade ao revelar pensamentos e sentimentos nunca revelados. Essa pesquisa pode gerar riscos de quebra de sigilo, como todas as pesquisas, e, cansaço ou aborrecimento ao responder a entrevista. No entanto, será garantido o anonimato dos dados coletados bem como evitando desconforto aos participantes. Tem-se ainda a garantia da não utilização de informações em prejuízo dos participantes, assim como diminuição do desconforto garantindo local reservado e liberdade para não responder questões constrangedoras.

BENEFÍCIOS: Os benefícios ocorrerão através dos resultados da pesquisa, uma vez que auxiliará os gestores da rede municipal de assistência à saúde na implementação de estratégias para auxílio dos profissionais no manejo e prevenção de idosos com disfagia, subsidiar ações em educação em saúde para a população e profissionais atuantes na atenção primária.

Rubrica do participante

Rubrica do pesquisador

de intercorrências, essas serão imediatamente sanadas pela equipe.

GARANTIA DE INDENIZAÇÃO: Fica garantido ao participante o direito de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

GARANTIA DE MANUTENÇÃO DO SIGILO E PRIVACIDADE: Os pesquisadores se comprometem em manter o sigilo e privacidade da sua identidade, durante todo o processo de pesquisa, inclusive após finalização e publicação.

GARANTIA DE RECUSA: Você não é obrigado (a) a participar da pesquisa, podendo deixar de participar dela em qualquer momento, sem que seja penalizado ou que tenha prejuízos decorrentes de sua recusa.

CUSTO/ REEMBOLSO PARA O PARTICIPANTE: A presente pesquisa não implica em custos, nem tampouco em compensação financeira de qualquer espécie para os participantes, sendo a participação voluntária. Mas, assegura ressarcimento sobre danos que se originem dos procedimentos da pesquisa.

ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS: Se tiver alguma dúvida você poderá procurar pedir esclarecimento aos pesquisadores a qualquer momento. Você poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da EMESCAM, que avaliou este trabalho no telefone (27)33343586 ou no e-mail comite.etica@emescam.br ou no endereço Comitê de Ética em Pesquisa - Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - Av. N. S. da Penha, 2190, Santa Luiza - Vitória - ES - 29045-402. Tel:27-3334-3573. A pesquisa tem por Título **DESAFIOS E PERSPECTIVAS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PARA O MANEJO DA DISFAGIA NO IDOSO** e o Pesquisador responsável: Fabiana

Rosa Neves Smiderle, fabiana.neves@emescam.br, Telefone: (27)99944-7263, Rua Santa Júlia nº180, Rio Marinho Vila Velha.

Rubrica do participante

Rubrica do pesquisador

Os resultados estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não serão liberados sem a permissão do responsável por você. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma via será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você e seu responsável. Também poderá ser enviado de forma virtual por meio de questionário eletrônico.

Eu, _____, portador(a) do documento de Identidade _____, fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e o meu responsável poderá modificar a decisão de participar se assim o desejar. Tendo o consentimento do meu responsável já assinado, declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste termo assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas

_____, ____ de _____ de _____.

Participante da pesquisa _____

Pesquisador responsável _____

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO PARA APLICAÇÃO NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DAS UNIDADES

Parte I: Dados de identificação

1. Nome (apenas iniciais): _____ Idade: _____ Sexo: _____
2. Qual sua profissão?
() Médico () Dentista () Fisioterapeuta () Fonoaudiólogo () Enfermeiro
() Nutricionista () Outro _____
3. Quanto tempo tem de profissão?
4. Possui vínculo empregatício na rede privada? () SIM () NÃO
5. Qual o nome da Unidade Básica de Saúde que você pertence?
6. Quais profissionais de saúde compõem a equipe da sua unidade?
() Médico () Dentista () Fisioterapeuta () Fonoaudiólogo () Enfermeiro
() Nutricionista () Outro _____

Parte II: Conhecimento sobre disfagia

7. O que é disfagia?
 - a) Dificuldade para falar
 - b) Dificuldade para respirar
 - c) Dificuldade para engolir
 - d) Dificuldade para caminhar
 - e) Não sei responder
8. São alguns dos sintomas da disfagia:
 - a) Dor de cabeça e tontura
 - b) Engasgos e restos alimentares na boca
 - c) Febre e Tosse
 - d) Cansaço e tensão muscular
 - e) Não sei responder
9. Quais as possíveis causas da disfagia?
 - a) Envelhecimento e fraqueza muscular
 - b) Infecções respiratórias e alergias
 - c) Problemas cardíacos e pressão alta

- d) Problemas de visão e audição
 - e) Não sei responder
10. Quais os grupos de pessoas mais propensos a desenvolver a disfagia?
- a) Crianças e adolescentes
 - b) Adultos e atletas
 - c) Gestantes e lactantes
 - d) Idosos e pessoas com patologias neuromusculares
 - e) Não sei responder
11. Como a disfagia pode ser diagnosticada?
- a) Através de exames de sangue
 - b) Através de exames por imagem e avaliação objetiva
 - c) Através de exame de urina
 - d) Através de exames por imagem
 - e) Não sei responder

12. Você utiliza algum questionário/ protocolo de rastreamento/detecção de disfagia durante sua atuação profissional? () Sim () Não

Caso a resposta acima tenha sido SIM. Qual? _____

Caso a resposta acima tenha sido NÃO. Porquê? _____

13. Quais são as possíveis complicações da disfagia não tratada?
- a) Problemas de pele e alergias
 - b) Pneumonia e desnutrição
 - c) Problemas de memória e concentração
 - d) Problemas de visão e audição
 - e) Não sei responder
14. Qual o tratamento para a reabilitação da disfagia?
- a) Uso de medicamentos
 - b) Repouso e dieta
 - c) Cirurgia
 - d) Fonoterapia para deglutição

e) Não sei responder

15. Qual o profissional de saúde habilitado para fazer a reabilitação do paciente disfágico?

a) Médico

b) Nutricionista

c) Fonoaudiólogo

d) Dentista

e) Não sei responder

16. Na unidade de saúde que você trabalha, teve ou tem capacitações com abordagem sobre a disfagia no idoso? () Sim () Não

17. Na unidade de saúde em que você trabalha, ocorrem campanhas de promoção à saúde em torno do tema disfagia para os idosos, seus familiares e ou cuidadores? () Sim () Não

Parte III: Conhecimento sobre encaminhamentos na rede de atenção à saúde

18. Na Unidade de saúde que você trabalha existe um protocolo institucional de triagem/identificação da disfagia? () Sim () Não

Caso a resposta acima tenha sido SIM. Qual? _____

19. Na rede Municipal que você trabalha existe um setor ou órgão específico para acompanhamento e/ou reabilitação dos pacientes idosos com disfagia? () Sim () Não. Caso a resposta acima tenha sido SIM. Qual? _____

20. Quando identifica os sinais e sintomas da disfagia durante sua atuação, para qual profissional você encaminha?

a) Encaminham para o médico

b) Encaminham para o Hospital

c) Encaminham para o Enfermeiro

d) Encaminham para o Fonoaudiólogo

e) Não encaminho para outro profissional

21. Sente dificuldade ou falta de preparação da sua unidade em Saúde para lidar com problemas de disfagia em idosos?

() SIM

() NÃO

ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA



**SECRETARIA MUNICIPAL
DE SAÚDE**
Rua Castelo Branco, 1803, Centro,
Vila Velha - ES - CEP.29100-041
Telefone: (27) 3388-4174

OF/GAB/SEMSA/Nº. 294/2024

Vila Velha, 08 de maio de 2024.

Assunto: Carta de Anuência para realização da Pesquisa: "**DESAFIOS E PERSPECTIVAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PARA A IDENTIFICAÇÃO E O MANEJO DA DISFAGIA NO IDOSO SOB A LUZ DAS POLÍTICAS PÚBLICAS.**"

À Sr.^a.

Considerando a solicitação de autorização para pesquisa no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Vila Velha, através do Processo Nº **35440/2024**, onde obteve o parecer favorável de todas as instâncias envolvidas para realização do referido projeto de pesquisa; encaminhamos a carta de anuência, emitida por esta Secretaria, para submissão do Projeto citado ao Comitê de Ética em Pesquisa.

Este documento não autoriza o início da pesquisa, sendo apenas um requisito exigido pelo Comitê de Ética respectivo para análise do projeto de pesquisa. Sua finalidade é atestar que a Gestão Municipal autoriza a realização do projeto de pesquisa, quando forem cumpridas as instâncias de avaliação ética.

O início da coleta de dados somente poderá ocorrer com a apresentação à Coordenação do serviço de saúde, campo de pesquisa, por meio do documento oficial "**Autorização para Início de Pesquisa em Campo**", emitido pela Coordenação de Planejamento e Educação Permanente/SEMSA, após o parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (Sistema CEP/CONEP), conforme Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS Nº 466/2012.

Atenciosamente,

CATIA CRISTINA
VIEIRA
LISBOA:0200487078
8

Assinado de forma digital
por CATIA CRISTINA VIEIRA
LISBOA:02004870788
Dados: 2024.05.09
10:56:24 -03'00'

CÁTIA CRISTINA VIEIRA LISBOA

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Ilma. Sr.^a.

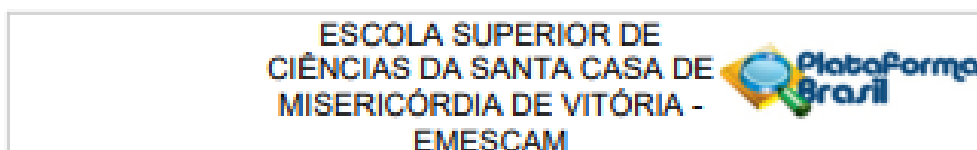
ARIANA MOREIRA DE CASTILHO ZON

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia - EMESCAM



Autenticar documento em <https://processos.vilavelha.es.gov.br/autenticidade>
com o identificador 31003500340038003900320039003A00540052004100, Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2/2001, que institui a Infra-estrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



Continuação do Parecer: 6.874.762

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Descrever o perfil da equipe multiprofissional da saúde da atenção primária à saúde no Município de Vila Velha- ES;
- Identificar o conhecimento da equipe multiprofissional da saúde da atenção primária sobre a disfagia;
- Identificar os encaminhamentos diante dos sinais e sintomas da disfagia no idoso no Município de Vila Velha- ES;
- Identificar as ações preventivas e de promoção realizadas para população e cuidadores sobre a Disfagia;
- Identificar os desafios e perspectivas nas Políticas Públicas de Saúde na atenção primária para a prevenção e manejo da disfagia no idoso no Município de Vila Velha- ES.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS:

A pesquisadora reconhece que há risco de quebra de confidencialidade, mas garante o sigilo e privacidade. Em caso de constrangimento serão sanados pela pesquisadora e, caso haja desconforto decorrentes da participação na pesquisa, será oferecida assistência especializada, após agendamento prévio, quando o participante julgar oportuno.

BENEFÍCIOS:

A pesquisa auxiliará na implementação de estratégias para manejo e prevenção da disfagia em idosos, além de subsidiar ações em educação em saúde para a população e profissionais atuantes na atenção primária.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa viável e relevante para a saúde da população idosa e para o aprimoramento da APS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados:

- Carta de anuência assinada pelo Secretário Municipal de Saúde de Vila Velha.
- Folha de rosto assinada pela Coordenadora de Pesquisa da Emescam.
- Projeto de pesquisa e PB χ Informações Básicas do Projeto adequados.
- Cronograma e orçamento adequados.

Endereço: EMESCAM, Av. N.S. da Penha, nº 2190, prédio Central, térreo, próxima à sala dos professores e módulos de
Bairro: Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITÓRIA
Telefone: (37)3334-3586 **Fax:** (37)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

**ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
EMESCAM**



Continuação do Parecer: 6.674.762

- TCLE adequado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sugere-se aprovação. Submeta aos membros do CEP para apreciação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado por decisão do CEP. Conforme a norma operacional 001/2013:

- riscos ao participante da pesquisa deverão ser comunicados ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- ao final de cada semestre e ao término do projeto deverá ser enviado relatório ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- mudanças metodológicas durante o desenvolvimento do projeto deverão ser comunicadas ao CEP por meio de emenda via Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2340380.pdf	10/07/2024 09:35:31		Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	10/07/2024 09:35:11	FABIANA ROSA NEVES SMIDERLE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOCE.docx	10/07/2024 09:31:08	FABIANA ROSA NEVES SMIDERLE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	10/07/2024 09:19:45	FABIANA ROSA NEVES SMIDERLE	Aceito
Outros	QUESTIONARIOPROFISSIONAIS.docx	20/05/2024 17:11:11	FABIANA ROSA NEVES SMIDERLE	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosst.pdf	16/05/2024 13:08:14	FABIANA ROSA NEVES SMIDERLE	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ANUENCIA.pdf	09/05/2024 15:13:33	FABIANA ROSA NEVES SMIDERLE	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	09/05/2024 15:09:25	FABIANA ROSA NEVES SMIDERLE	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha, nº 2190, prédio Central, Iéso, próxima à sala dos professores e módulos de
Bairro: Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etics@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
EMESCAM



Continuação ao Parecer: 6.976.762

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITÓRIA, 30 de Julho de 2024

Assinado por:
rubens José loureiro
(Coordenador(a))

Endereço: EMESCAM, Av. N.S. da Penha, nº 2190, prédio Central, térreo, próximo à sala dos professores e módulos de
Bairro: Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITÓRIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br