RCMOS – Revista Científica Multidisciplinar O Saber. ISSN: 2675-9128. São Paulo - SP.
Ano VII, v.1 2026 | submissão: 19/08/2026 | aceito: 22/08/2026 | publicação: 25/08/2026

Cuidado domiciliar à pessoa idosa com disfagia: integração entre Fonoaudiologia, Odontologia e cuidador familiar para a segurança da alimentação por via oral

Home care for older adults with dysphagia: integration of speech-language pathology, dentistry, and family caregivers for safe oral feeding

Cuidado domiciliar a la persona anciana con disfagia: integración entre Fonoaudiología, Odontología y cuidador familiar para la seguridad de la alimentación por vía oral

Rachel Silvana Galdino Gonçalves – Instituto de Educação Albert Einstein, São Paulo – SP, Fonogaldino@gmail.com – Fonoaudióloga especialista em Gerontologia.
Bianca Marques de Queiroz – Universidade Veiga de Almeida, Rio de Janeiro – RJ, biancaqueiroz1404@gmail.com – Fonoaudióloga pós-graduada em Fonoaudiologia Hospitalar e Reabilitação.
William Fernandes Lacerda – Universidade Federal do Paraná, Curitiba – PR, williamlacerdaf@hotmail.com – Cirurgião-dentista, doutor em Odontologia.
Alexandre Dornellas da Silva – Universidade Iguaçu (UNIG), Carangola – MG, xandydornellas1@yahoo.com.br – Cirurgião-dentista, especialista em Ortodontia e Endodontia pela São Leopoldo Mandic e em Implantodontia pelo Centro Universitário Redentor.
Bruna Mendes de Freitas – Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa – PR, Brumendes@hotmail.com – Cirurgiã-dentista.

Resumo:
A disfagia orofaríngea é frequente na população idosa e pode comprometer a segurança e a eficiência da alimentação por via oral, associando-se à desnutrição, à pneumonia, à maior utilização de serviços de saúde e à mortalidade. No domicílio, esses riscos são influenciados pela fisiopatologia da deglutição, pelas condições de saúde bucal e pela forma como as orientações profissionais são executadas no cotidiano. O objetivo desta revisão integrativa com busca estruturada foi analisar como a articulação entre assistência fonoaudiológica, cuidados odontológicos e atuação do cuidador familiar pode contribuir para a segurança da alimentação por via oral de pessoas idosas com disfagia. A busca foi atualizada em 20 de agosto de 2026 nas bases PubMed/MEDLINE, SciELO e Cochrane Library, complementada por documentos oficiais brasileiros e rastreamento de referências pertinentes. O corpus final reuniu 17 publicações científicas, de 2018 a 2026, e três documentos oficiais/normativos. As evidências sustentam o papel central da Fonoaudiologia na avaliação e no manejo da deglutição; indicam associações entre condições dentárias, protéticas, salivares e de higiene bucal e aspectos da função oral; e mostram que o cuidador familiar desempenha papel operacional relevante na aplicação cotidiana do plano e na comunicação de mudanças clínicas à equipe. Conclui-se que a segurança da alimentação por via oral no domicílio depende de cuidado integrado, individualizado e reavaliado periodicamente, sem atribuir a uma única conduta a capacidade de prevenir complicações multifatoriais, como a pneumonia aspirativa.

Palavras-chave: Transtornos de Deglutição; Idoso; Serviços de Assistência Domiciliar; Saúde Bucal; Cuidadores.

Abstract:
Oropharyngeal dysphagia is common among older adults and may compromise the safety and efficiency of oral feeding, being associated with malnutrition, pneumonia, increased use of health services, and mortality. In the home setting, these risks are influenced by swallowing pathophysiology, oral health status, and the way professional recommendations are implemented in daily care. This integrative review with a structured search analyzed how coordination among speech-language pathology care, dental care, and family caregiver

involvement may contribute to safer oral feeding for older adults with dysphagia. The search was updated on August 20, 2026, in PubMed/MEDLINE, SciELO, and the Cochrane Library and was supplemented by Brazilian official documents and reference tracking. The final corpus comprised 17 scientific publications, published from 2018 to 2026, and three official/regulatory documents. The evidence supports the central role of speech-language pathology in swallowing assessment and management; indicates associations between dental, prosthetic, salivary, and oral hygiene conditions and aspects of oral function; and shows that family caregivers play an important operational role in the daily implementation of the care plan and in communicating clinical changes to the healthcare team. Safe oral feeding at home should therefore be understood as the result of integrated, individualized, and periodically reassessed care, without attributing to any single intervention the ability to prevent multifactorial complications such as aspiration pneumonia.

Keywords: Deglutition Disorders; Aged; Home Care Services; Oral Health; Caregivers.

Resumen:
La disfagia orofaríngea es frecuente en la población anciana y puede comprometer la seguridad y la eficiencia de la alimentación por vía oral, asociando la desnutrición, la neumonía, la mayor utilización de servicios de salud y la mortalidad. En el domicilio, esos riesgos son influenciados por la fisiopatología de la deglución, por las condiciones de salud bucal y por la forma como las orientaciones profesionales son ejecutadas en lo cotidiano. El objetivo de esta revisión integradora con búsqueda estructurada fue analizar como la articulación entre asistencia fonoaudiológica, cuidados odontológicos y actuación del cuidador familiar puede contribuir para la seguridad de la alimentación por vía oral de personas ancianas con disfagia. La búsqueda fue actualizada el 20 de agosto de 2026 en las bases PubMed/MEDLINE, SciELO y Cochrane Library, complementada por documentos oficiales brasileños y rastreo de referencias pertinentes. El corpus final reunió 17 publicaciones científicas, de 2018 a 2026, y tres documentos oficiales/normativos. Las evidencias sustentan el papel central de la Fonoaudiología en la evaluación y en el manejo de la deglución; indican asociaciones entre condiciones dentales, protéticas, salivares y de higiene bucal y aspectos de la función oral; y muestran que el cuidador familiar desempeña un papel operacional relevante en la aplicación cotidiana del plan y en la comunicación de cambios clínicos al equipo. Se concluye que la seguridad de la alimentación por vía oral en el domicilio depende de cuidado integrado, individualizado y reevaluado periódicamente, sin atribuir a una única conducta la capacidad de prevenir complicaciones multifactoriales, como la neumonía aspirativa.

Palabras clave: Trastornos de Deglución; Ancianos; Servicios de Asistencia Domiciliar; Salud Bucal; Cuidadores.

1 Introdução

O envelhecimento populacional amplia a relevância de condições clínicas que interferem na autonomia, na nutrição e na permanência segura da pessoa idosa em seu próprio domicílio. Entre essas condições, a disfagia orofaríngea merece atenção por comprometer a transferência segura e eficiente de alimentos, líquidos, saliva e medicamentos através das fases oral e faríngea da deglutição, com repercussões potenciais sobre hidratação, estado nutricional, saúde respiratória e qualidade de vida (Yang et al., 2023). Em meta-análise envolvendo adultos com 60 anos ou mais, Banda et al. (2022) estimaram prevalência agrupada de disfagia

orofaríngea de 46% e demonstraram associação com maior risco de pneumonia, desnutrição e mortalidade.

A magnitude do problema torna-se particularmente importante no cuidado domiciliar. Montero et al. (2025), ao avaliarem 1.002 pessoas idosas e funcionalmente comprometidas inseridas em programa comunitário de atenção domiciliar, identificaram prevalência de disfagia orofaríngea de 25,95%. A alteração esteve associada a histórico de pneumonia e maior frequência de consultas médicas, reforçando a necessidade de rastreamento também fora de hospitais e instituições. Em outra coorte de 162 pessoas idosas com disfagia acompanhadas no domicílio, Furuya et al. (2025) observaram que a disfagia grave foi o principal fator associado à interrupção do cuidado domiciliar por pneumonia; desnutrição e história prévia de pneumonia foram apontadas como potenciais fatores contribuintes e, por isso, devem ser interpretadas com menor grau de certeza.

Apesar da forte associação entre disfagia e eventos respiratórios, a pneumonia aspirativa não deve ser interpretada como consequência linear e inevitável de um episódio de aspiração. Revisão de escopo recente identificou um conjunto amplo de fatores associados, incluindo disfagia, aspiração, desnutrição, desidratação, condições neurológicas, alterações de mobilidade e dependência funcional, além de fatores relacionados à hospitalização (Rossi et al., 2026). Essa natureza multifatorial é especialmente relevante no domicílio, onde condição clínica, recursos disponíveis, conhecimento do cuidador, organização das refeições e acesso à equipe de saúde interagem continuamente.

Nesse contexto, a Fonoaudiologia ocupa posição central na assistência à pessoa com disfagia. Diretrizes clínicas recomendam avaliação sistemática, identificação dos mecanismos comprometidos e seleção de estratégias terapêuticas e compensatórias de acordo com o perfil da deglutição (Yang et al., 2023). No Brasil, a Resolução CFFa nº 719/2023 atribui ao fonoaudiólogo, entre outras competências, a identificação do risco para disfagia, avaliação da biomecânica da deglutição, definição do diagnóstico fonoaudiológico, elaboração do plano terapêutico, indicação de consistência, postura, utensílios, volumes e, quando necessário, prescrição do grau de espessamento, sempre com foco na segurança e eficiência da oferta por via oral (Conselho Federal de Fonoaudiologia, 2023).

A assistência domiciliar, entretanto, exige que a avaliação da deglutição seja articulada com fatores que antecedem e acompanham o ato de engolir. Mastigação, formação e lubrificação do bolo alimentar, presença e condição dos dentes, estabilidade das próteses, força e mobilidade das estruturas orais e disponibilidade de saliva podem modificar a eficiência das fases preparatória e oral. A revisão sistemática de Drancourt et al. (2022) encontrou pelo menos

uma associação positiva entre componentes dentários, salivares ou musculares da saúde bucal e disfagia em 18 dos 19 estudos incluídos, embora a predominância de delineamentos observacionais impeça inferência causal.

Dados brasileiros reforçam essa interface. Em estudo populacional com 5.432 participantes do ELSI-Brasil, Aquino et al. (2024) encontraram prevalência de disfagia autorreferida de 30% entre pessoas idosas não institucionalizadas; participantes com 10 a 19 dentes permanentes apresentaram maior prevalência da queixa em comparação àqueles com maior número de dentes. Em pessoas idosas institucionalizadas, Morais et al. (2026) identificaram associações entre disfagia e menor número de dentes funcionais, ausência de pares oclusais, cárie, gengivite e xerostomia importante. Em escopo mais amplo, Morales et al. (2026) mapearam relações entre perda dentária, higiene protética inadequada, redução da força de mordida, redução da pressão lingual, xerostomia e aspectos da deglutição, da nutrição e da saúde respiratória. Assim, a participação odontológica não se restringe ao tratamento de doenças bucais isoladas, mas integra a avaliação de fatores que podem interferir na preparação do alimento, no conforto e na função oral.

Outro componente relevante é a carga microbiana da cavidade oral. Microrganismos potencialmente patogênicos presentes no biofilme e nas secreções orais podem integrar o material aspirado. Khadka et al. (2021), em revisão sistemática com pessoas idosas residentes em instituições de longa permanência, identificaram colonização oral por microrganismos associados a infecções respiratórias e menor ocorrência de pneumonia aspirativa em grupos submetidos a cuidado oral profissional. Entretanto, o efeito de intervenções de higiene oral sobre pneumonia permanece incerto. A revisão Cochrane de Cao et al. (2022), com seis ensaios randomizados e 6.244 participantes de instituições de longa permanência, classificou como de baixa certeza a evidência para redução da incidência de pneumonia, embora tenha identificado possível redução da mortalidade associada à pneumonia em alguns seguimentos. Portanto, a higiene bucal deve integrar um plano de redução de risco, mas não pode ser apresentada como medida isolada capaz de prevenir pneumonia.

No domicílio, recomendações profissionais somente produzem efeito quando podem ser incorporadas à rotina. O cuidador familiar participa diretamente do preparo e da oferta dos alimentos, da higiene bucal e da observação cotidiana da resposta da pessoa idosa às orientações recebidas. Belmonte et al. (2024), em estudo qualitativo brasileiro realizado após desospitalização, identificaram estratégias de cuidadores relacionadas à oferta segura de alimentos, à higiene oral e à continuidade do acompanhamento fonoaudiológico, destacando o papel do cuidador na transição hospital-domicílio.

A responsabilidade cotidiana pode, contudo, produzir sobrecarga. Rangira et al. (2022) estimaram, em revisão sistemática, que aproximadamente 71% dos cuidadores de adultos com disfagia apresentavam algum grau de sobrecarga, com relatos de medo de aspiração, mudanças no preparo das refeições, efeitos sobre a vida social e falta de suporte. Namasivayam-MacDonald e Shune (2018) encontraram achados convergentes entre cuidadores familiares de pessoas idosas com disfagia vivendo na comunidade. A capacitação do cuidador deve, portanto, vir acompanhada de suporte, comunicação acessível e reavaliação periódica, evitando a simples transferência de responsabilidade técnica.

A política brasileira de atenção domiciliar também favorece uma abordagem integrada. O Programa de Atenção Domiciliar à Pessoa Idosa (Padi), instituído pela Portaria GM/MS nº 9.584, de 22 de dezembro de 2025, prevê atenção domiciliar multiprofissional, avaliação multidimensional, elaboração, execução e monitoramento do plano de cuidados e orientação e suporte à família e aos cuidadores (Brasil, 2025). De modo convergente, a Resolução CFFa nº 644/2021 regulamenta ações fonoaudiológicas educativas e assistenciais no domicílio dirigidas à pessoa atendida, a familiares e cuidadores, inclusive em equipe multiprofissional (Conselho Federal de Fonoaudiologia, 2021).

Apesar da existência de evidências relevantes sobre disfagia, saúde bucal e papel do cuidador quando analisados separadamente, são menos frequentes os estudos que avaliam, em uma mesma intervenção domiciliar, a integração sistemática entre Fonoaudiologia, Odontologia e cuidador familiar. Essa lacuna justifica uma síntese que conecte mecanismos clínicos e responsabilidades práticas, sem extrapolar a força das evidências disponíveis.

Diante disso, esta revisão tem como pergunta norteadora: como a integração entre assistência fonoaudiológica, cuidados odontológicos e atuação do cuidador familiar pode contribuir para a segurança da alimentação por via oral de pessoas idosas com disfagia no ambiente domiciliar? O objetivo é analisar as evidências relacionadas a esses três componentes e discutir uma organização de cuidado domiciliar individualizada, centrada na segurança, na eficiência da alimentação, na continuidade assistencial e no reconhecimento precoce de mudanças clínicas.

2 Método

Trata-se de revisão integrativa da literatura, de caráter descritivo e analítico, com busca estruturada, delineada para reunir evidências de diferentes desenhos de estudo sobre o cuidado domiciliar à pessoa idosa com disfagia. A opção por esse método fundamentou-se na proposta de Whittemore e Knafl (2005), segundo a qual a revisão integrativa permite reunir e sintetizar

fontes de diferentes abordagens metodológicas, desde que o processo de identificação, análise e apresentação das evidências seja explicitado com rigor. Essa característica mostrou-se adequada à presente pergunta, que articula evidências epidemiológicas, clínicas, odontológicas, assistenciais e qualitativas, além de documentos normativos pertinentes à prática brasileira.

A pergunta norteadora foi organizada por meio de uma adaptação da estratégia PICo - População, Fenômeno de Interesse e Contexto -, empregada neste estudo como recurso de delimitação conceitual da pergunta, e não como critério para restringir o corpus a estudos qualitativos (Munn et al., 2018). Foram definidos: população (P) - pessoas idosas com disfagia; fenômeno de interesse (I) - integração entre assistência fonoaudiológica, cuidados odontológicos e atuação do cuidador familiar; e contexto (Co) - ambiente domiciliar e segurança da alimentação por via oral. A busca eletrônica foi atualizada em 20 de agosto de 2026 nas bases PubMed/MEDLINE, SciELO e Cochrane Library, complementada por consulta a atos e documentos oficiais do Ministério da Saúde e do Conselho Federal de Fonoaudiologia e por rastreamento das referências de estudos pertinentes.

Foram empregados termos de busca e descritores em português e inglês, combinados por operadores booleanos. Os registros preservados da busca permitem identificar os seguintes blocos temáticos principais: dysphagia OR "oropharyngeal dysphagia" OR "deglutition disorders"; aged OR elderly OR "older adults"; "home care" OR "home care services" OR caregiver*; "oral health" OR dentistry OR "oral hygiene"; "aspiration pneumonia"; e "speech-language pathology". As combinações foram organizadas conforme os eixos de disfagia e cuidado domiciliar, disfagia e saúde bucal, pneumonia aspirativa e higiene/saúde bucal e disfagia e cuidadores, além de buscas dirigidas para diretrizes e documentos normativos. Como os históricos completos das buscas executadas em cada base não foram preservados, não se apresentam strings integrais reconstruídas retrospectivamente, evitando atribuir ao processo uma precisão documental que não pode ser comprovada.

Foram considerados elegíveis estudos com pessoas idosas ou amostras adultas predominantemente idosas, com foco em disfagia orofaríngea, alimentação por via oral, saúde bucal, cuidado domiciliar, experiência ou treinamento de cuidadores e complicações clínicas relacionadas. Revisões sistemáticas, meta-análises, revisões de escopo e diretrizes aplicáveis à população adulta foram incluídas quando contribuíam diretamente para a interpretação do cuidado geriátrico. Foram excluídos estudos exclusivamente pediátricos, trabalhos sem relação direta com deglutição ou alimentação e materiais não científicos sem função normativa ou assistencial.

A seleção foi realizada por leitura de títulos e resumos, seguida de leitura integral das publicações consideradas pertinentes à pergunta norteadora. O corpus analítico final desta síntese foi composto por 17 publicações científicas, datadas de 2018 a 2026, e três documentos oficiais/normativos brasileiros. Predominaram revisões sistemáticas e de escopo, complementadas por meta-análise, diretriz clínica, estudos observacionais, estudo qualitativo e coorte domiciliar. As referências metodológicas utilizadas para fundamentar o desenho da revisão integrativa e a estruturação da pergunta não foram contabilizadas no corpus analítico. Não foi aplicada ferramenta formal de avaliação do risco de viés dos estudos individuais, o que constitui limitação metodológica desta revisão integrativa e impede classificações quantitativas comparativas da qualidade da evidência.

A interpretação privilegiou a correspondência entre cada afirmação discutida e o desenho de estudo mais adequado para sustentá-la. Para prevalência e prognóstico, foram priorizadas meta-análise e pesquisas comunitárias/domiciliares; para a interface entre saúde bucal e deglutição, revisões sistemáticas e estudo populacional; para higiene bucal e pneumonia, revisões sistemáticas e a revisão Cochrane; e, para o cuidador, estudos domiciliares e revisões sobre sobrecarga. Evidências provenientes de instituições de longa permanência foram mantidas quando relevantes, mas tratadas como evidências indiretas para o contexto domiciliar.

Os achados foram organizados em seis eixos: (1) caracterização das evidências incluídas; (2) disfagia e vulnerabilidade clínica da pessoa idosa no domicílio; (3) contribuição da Fonoaudiologia para a segurança da alimentação por via oral; (4) contribuição da Odontologia e da saúde bucal; (5) cuidador familiar como elo operacional do plano de cuidado; e (6) integração interdisciplinar. Não foi realizada meta-análise em razão da heterogeneidade de populações, intervenções e desfechos.

3 Resultados e discussão

O conjunto de 17 publicações científicas mostrou heterogeneidade de desenhos e cenários, aspecto compatível com a natureza integrativa da pergunta. Parte relevante da evidência diretamente domiciliar concentrou-se em prevalência, continuidade do cuidado e práticas do cuidador, enquanto estudos sobre saúde bucal e prevenção de pneumonia foram frequentemente conduzidos em instituições de longa permanência. Essa diferença de contexto foi considerada na interpretação, evitando transferência automática dos resultados institucionais para o domicílio.

RCMOS – Revista Científica Multidisciplinar O
Saber. ISSN: 2675-9128. São Paulo - SP.
Ano VII, v.1 2026 | submissão: 19/08/2026 | aceito: 22/08/2026 | publicação: 25/08/2026

Quadro 1 - Caracterização das publicações científicas incluídas

Estudo	Desenho/contexto	Contribuição para esta revisão
Aquino et al. (2024)	Estudo transversal populacional; 5.432 pessoas idosas não institucionalizadas (ELSI-Brasil).	Disfagia autorreferida em 30%; associação entre menor número de dentes e maior ocorrência da queixa.
Banda et al. (2022)	Meta-análise; adultos com 60 anos ou mais em diferentes cenários assistenciais.	Estimou prevalência agrupada de disfagia orofaríngea de 46% e associação com pneumonia, desnutrição e mortalidade.
Belmonte et al. (2024)	Estudo qualitativo; cuidadores de pessoas idosas após desospitalização.	Descreveu estratégias de oferta segura, higiene oral e continuidade do acompanhamento fonoaudiológico.
Cao et al. (2022)	Revisão Cochrane; 6 ensaios randomizados, 6.244 residentes de instituições.	Evidência de baixa certeza para redução da incidência de pneumonia; possível redução de mortalidade associada à pneumonia.
Drancourt et al. (2022)	Revisão sistemática; 19 estudos com pessoas idosas.	Dezoito estudos mostraram associação entre ao menos um componente de saúde bucal e disfagia; causalidade não demonstrada.
Furuya et al. (2025)	Coorte retrospectiva; 162 pessoas idosas com disfagia em cuidado domiciliar, seguimento de 2 anos.	Disfagia grave foi o principal fator associado à interrupção do cuidado domiciliar por pneumonia.
Hansen et al. (2022)	Atualização de revisão sistemática; 3 ensaios randomizados.	Não encontrou evidência convincente de que líquidos espessados ou dietas modificadas previnam pneumonia ou morte.
Hsiao et al. (2022)	Estudo transversal preliminar; 35 pacientes domiciliares com sonda nasogástrica e ingestão oral.	Identificou associação entre práticas de alimentação assistida e fatores relacionados à pneumonia aspirativa em amostra pequena e altamente específica.
Khadka et al. (2021)	Revisão sistemática; 12 estudos em instituições de longa permanência.	Relacionou microrganismos orais potencialmente patogênicos à pneumonia aspirativa; heterogeneidade limitou síntese quantitativa.
Montero et al. (2025)	Estudo transversal; 1.002 pessoas idosas em programa comunitário de atenção domiciliar.	Prevalência de disfagia de 25,95%; associação com história de pneumonia e maior utilização de consultas.
Morais et al. (2026)	Revisão sistemática; 11 estudos com pessoas idosas institucionalizadas.	Menor número de dentes funcionais, ausência de pares oclusais, cárie, gengivite e xerostomia foram associados à disfagia.
Morales et al. (2026)	Revisão de escopo; 87 estudos com pessoas com 60 anos ou mais.	Mapeou relações entre perda dentária, higiene protética, força de mordida, pressão lingual, xerostomia e aspectos da deglutição, nutrição e saúde respiratória.
Namasivayam-MacDonald e Shune (2018)	Revisão sistemática; cuidadores familiares de idosos da comunidade.	Evidenciou impacto da disfagia sobre a sobrecarga do cuidador.
Rangira et al. (2022)	Revisão sistemática; 17 estudos com cuidadores de adultos com disfagia.	Meta-análise sugeriu que cerca de 71% apresentavam algum grau de sobrecarga.

Estudo	Desenho/contexto	Contribuição para esta revisão
Remijn et al. (2022)	Revisão sistemática; 8 estudos de intervenções de saúde bucal em disfagia.	Encontrou intervenções heterogêneas e pouca evidência de redução da pneumonia aspirativa.
Rossi et al. (2026)	Revisão de escopo; 56 estudos.	Mapeou fatores multifatoriais associados à pneumonia aspirativa em adultos e idosos.
Yang et al. (2023)	Diretriz de prática clínica; 19 questões-chave sobre disfagia orofaríngea.	Reuniu recomendações baseadas em evidências para avaliação, manejo e prevenção de complicações.

Fonte: elaboração dos autores a partir das publicações incluídas.

3.1 Disfagia e vulnerabilidade clínica no ambiente domiciliar

A síntese das evidências confirma que a disfagia na pessoa idosa não deve ser interpretada apenas como sintoma isolado. Condições como fragilidade, sarcopenia, comprometimento neurológico, perda de independência e outras comorbidades podem coexistir com a disfagia e ampliar a vulnerabilidade clínica. Banda et al. (2022) demonstraram associação entre disfagia orofaríngea e pneumonia, desnutrição e mortalidade, enquanto Rossi et al. (2026) reforçaram que a pneumonia aspirativa resulta da interação de múltiplos fatores clínicos, nutricionais e funcionais.

No domicílio, a menor disponibilidade de monitoramento profissional contínuo torna importante reconhecer mudanças que justifiquem reavaliação. Tosse ou engasgo durante as refeições, alteração vocal após a deglutição, aumento do tempo de refeição, fadiga, redução da ingestão e mudanças do padrão respiratório são achados clínicos que merecem atenção. Quando a avaliação clínica não é suficiente para esclarecer o mecanismo da disfagia ou orientar a conduta, métodos instrumentais podem ser necessários conforme o caso (Yang et al., 2023).

Os estudos domiciliares também destacam a importância do estado nutricional. Furuya et al. (2025) identificaram a disfagia grave como o fator mais claramente associado à interrupção do cuidado domiciliar por pneumonia; desnutrição e história prévia de pneumonia foram sugeridas como potenciais contribuintes, pois os intervalos de confiança indicaram menor precisão para esses fatores. Esses achados sustentam o acompanhamento da ingestão alimentar e hídrica, peso, aceitação e tempo das refeições, com integração da Nutrição e da equipe médica quando surgirem sinais de ingestão insuficiente ou deterioração clínica.

Outro aspecto crítico é evitar a simplificação de que toda pessoa idosa com disfagia necessita automaticamente de dieta pastosa e líquidos espessados. Hansen et al. (2022) não encontraram evidência convincente de que líquidos espessados ou dietas de textura modificada previnam pneumonia ou morte, tampouco de que melhorem qualidade de vida, estado

nutricional ou ingestão oral. Modificações de textura e viscosidade podem ser úteis em situações específicas, mas devem resultar da avaliação individualizada da deglutição e ser reavaliadas à luz de hidratação, aceitação, adesão e evolução clínica.

A segurança da alimentação por via oral deve, portanto, equilibrar proteção das vias aéreas, manutenção de ingestão suficiente, conforto, autonomia possível e qualidade de vida. Uma estratégia que melhora um parâmetro de segurança durante a avaliação, mas reduz de modo relevante a aceitação ou a ingestão no cotidiano, pode criar outros riscos. Esse equilíbrio reforça a necessidade de decisões individualizadas e compartilhadas com a pessoa idosa e sua rede de cuidado (Hansen et al., 2022).

3.2 Fonoaudiologia: avaliação, manejo e individualização da alimentação por via oral

No âmbito da disfagia, a Fonoaudiologia possui competências técnicas centrais para a avaliação funcional da deglutição e para a definição de estratégias diretamente relacionadas ao trânsito orofaríngeo do bolo. A Resolução CFFa nº 719/2023 estabelece competências que incluem identificação do risco, triagem, avaliação da biomecânica, diagnóstico fonoaudiológico, elaboração de plano terapêutico, encaminhamento para outros profissionais e definição de consistência, postura, utensílios, volume e espessamento quando clinicamente indicados (Conselho Federal de Fonoaudiologia, 2023). Essas atribuições são coerentes com diretrizes que recomendam avaliação sistemática e seleção de intervenções de acordo com o mecanismo da disfagia (Yang et al., 2023).

No domicílio, a avaliação fonoaudiológica deve considerar não apenas o desempenho em um momento pontual, mas também as condições concretas em que a alimentação ocorre. Nível de alerta, posicionamento, utensílios disponíveis, consistência da dieta e participação do cuidador podem interferir na segurança e na exequibilidade do plano. Esse olhar contextual aproxima a orientação técnica de sua aplicação cotidiana (Conselho Federal de Fonoaudiologia, 2021, 2023; Belmonte et al., 2024).

Estratégias compensatórias podem envolver ajustes posturais, adequação do volume por oferta, controle do ritmo, seleção de utensílios e modificação de textura ou viscosidade. A indicação não deve ser padronizada, pois o efeito de cada estratégia depende do padrão fisiopatológico e da resposta individual; recomendações mantidas indefinidamente sem reavaliação podem tornar-se desnecessariamente restritivas ou insuficientes (Conselho Federal de Fonoaudiologia, 2023; Yang et al., 2023).

Além das medidas compensatórias, o plano pode incluir intervenção reabilitadora direcionada a déficits específicos de força, coordenação ou eficiência da deglutição, de acordo

com avaliação e objetivos terapêuticos (Yang et al., 2023). O fonoaudiólogo deve também estabelecer critérios para monitoramento e reavaliação, sobretudo diante de piora clínica, infecções recorrentes, alteração do nível de consciência ou declínio funcional.

A Resolução CFFa nº 644/2021 reconhece que a atuação em atenção domiciliar pode incluir ações educativas e assistenciais dirigidas à pessoa atendida, a familiares e cuidadores. A Resolução CFFa nº 719/2023 também inclui, entre as competências na disfagia, a elaboração de ações de educação para equipe interprofissional, cuidadores, familiares e clientes. Nesse contexto, o treinamento do cuidador integra o processo terapêutico. Com base na síntese desta revisão, recomenda-se que as orientações sejam explicadas e demonstradas de forma prática e que sua compreensão e aplicabilidade no domicílio sejam reavaliadas periodicamente (Conselho Federal de Fonoaudiologia, 2021, 2023; Belmonte et al., 2024).

3.3 Odontologia, função oral e risco relacionado às secreções orofaríngeas

A fase oral da alimentação depende da integração entre dentes, próteses, língua, mucosas, saliva, musculatura e controle sensório-motor. Quando essas condições estão comprometidas, a formação e a manipulação do bolo podem tornar-se menos eficientes. Drancourt et al. (2022) demonstraram associação entre componentes da saúde bucal e disfagia em pessoas idosas, e Morais et al. (2026) identificaram, em pessoas idosas institucionalizadas, maior risco de disfagia associado a menor número de dentes funcionais, ausência de pares oclusais, cárie, gengivite e xerostomia importante.

O estudo brasileiro de Aquino et al. (2024) agrega relevância populacional a essa interface. Entre 5.432 pessoas idosas não institucionalizadas, a prevalência de disfagia autorreferida foi de 30%, e o grupo com 10 a 19 dentes permanentes apresentou maior prevalência da queixa em comparação aos participantes com maior número de dentes. Por se tratar de estudo transversal, não é possível estabelecer causalidade; ainda assim, os dados reforçam a necessidade de considerar condição dentária e protética na investigação de dificuldades alimentares.

Morales et al. (2026), em revisão de escopo com 87 estudos, ampliaram essa perspectiva ao mapear evidências que relacionam perda dentária, higiene protética inadequada, redução da força de mordida, redução da pressão lingual e xerostomia a alterações da função de deglutição. No conjunto da literatura revisada, condições desfavoráveis de saúde oral também foram relacionadas a desfechos nutricionais e respiratórios. No cuidado domiciliar, isso reforça que dor, prótese instável, boca seca importante, lesões e limitação mastigatória não devem ser

tratadas como elementos periféricos, mas como condições capazes de modificar o conforto, a escolha dos alimentos e a eficiência da fase oral.

A segunda interface odontológica envolve a microbiota oral. Khadka et al. (2021) identificaram colonização da cavidade oral por microrganismos potencialmente associados a infecções respiratórias em pessoas idosas institucionalizadas. Em indivíduos que aspiram secreções orofaríngeas, a carga microbiana do material aspirado constitui um componente biologicamente plausível do risco respiratório. Contudo, por derivar predominantemente de instituições de longa permanência, essa evidência deve ser extrapolada ao domicílio com cautela.

A força da evidência sobre intervenções de higiene bucal permanece limitada. Remijn et al. (2022) encontraram intervenções heterogêneas e pouca evidência de redução da pneumonia aspirativa em pessoas com disfagia. De forma semelhante, Cao et al. (2022) classificaram como de baixa certeza a evidência de redução da incidência de pneumonia por cuidado oral profissional em instituições, embora tenham observado possível redução da mortalidade associada à pneumonia em alguns estudos. Assim, esta revisão não sustenta que higiene bucal isoladamente previna pneumonia; sustenta que saúde bucal e controle do biofilme integram um conjunto multifatorial de medidas de redução de risco.

Em síntese, as evidências disponíveis justificam a inclusão da saúde bucal no cuidado da pessoa com disfagia, mas não autorizam atribuir à higiene bucal, isoladamente, efeito preventivo garantido sobre pneumonia. O cuidado oral deve integrar uma estratégia mais ampla, que considere condições dentárias e protéticas, xerostomia, capacidade funcional para higiene, risco de aspiração e necessidade de acompanhamento odontológico, sempre reconhecendo que grande parte dos dados sobre pneumonia provém de instituições de longa permanência e tem aplicabilidade indireta ao domicílio (Khadka et al., 2021; Remijn et al., 2022; Cao et al., 2022).

3.4 Cuidador familiar como elo operacional e observador da segurança

A alimentação por via oral ocorre várias vezes ao dia e, no domicílio, o cuidador frequentemente acompanha a maior parte dessas situações. Por isso, a qualidade do plano depende de sua tradução em ações claras e viáveis. Belmonte et al. (2024) mostraram que cuidadores de pessoas idosas com disfagia após desospitalização desenvolveram estratégias relacionadas ao preparo e à oferta dos alimentos, higiene oral e continuidade do acompanhamento fonoaudiológico, destacando a importância da transição hospital-domicílio.

A observação de práticas de alimentação reforça a necessidade de treinamento. Hsiao et al. (2022), em estudo transversal preliminar com 35 pacientes domiciliares que utilizavam

sonda nasogástrica associada à ingestão oral e haviam apresentado pneumonia aspirativa no ano anterior, identificaram associações entre fatores relacionados à pneumonia aspirativa e determinadas práticas de alimentação, como uso de colher grande, oferta superior a 5 mL por vez e refeições com duração superior a 30 minutos. A amostra foi pequena e altamente específica; portanto, esses valores não devem ser transformados em regras universais, mas o estudo reforça a necessidade de orientação individualizada da alimentação assistida.

Para fins operacionais, a síntese desta revisão organiza a participação do cuidador em quatro momentos: preparação, oferta, monitoramento e cuidado após a refeição. Na preparação, deve-se seguir o plano individual quanto a consistência, volume e modo de oferta; durante a refeição, respeitar posicionamento, ritmo e utensílios definidos; no monitoramento, observar tolerância, fadiga, tosse, engasgo, alteração vocal, dificuldade respiratória e redução da aceitação; e, após a refeição, realizar os cuidados orientados, incluindo higiene bucal. A equipe deve explicitar quais sinais exigem interrupção da oferta e reavaliação profissional (Conselho Federal de Fonoaudiologia, 2023; Yang et al., 2023).

Esse papel exige comunicação bidirecional. O cuidador precisa poder relatar baixa aceitação de determinada consistência, sonolência durante a refeição, redução da ingestão, dificuldade de higiene ou qualquer mudança funcional. Essas observações podem indicar que um plano anteriormente adequado deixou de ser viável e precisa ser reavaliado.

Também é necessário reconhecer a carga emocional e operacional imposta ao cuidador. Rangira et al. (2022) identificaram sobrecarga associada a medo de aspiração, mudanças no preparo alimentar, limitação da vida social e falta de suporte. Namasivayam-MacDonald e Shune (2018) encontraram resultados convergentes entre cuidadores de pessoas idosas da comunidade. A educação deve ser objetiva, demonstrativa, repetida quando necessário e compatível com a capacidade física, cognitiva e emocional de quem cuida.

O cuidador familiar não substitui decisões profissionais. Sua função é executar cuidados previamente definidos, observar mudanças e manter comunicação com a equipe. No Brasil, a indicação da consistência da dieta, a definição do volume sob a ótica da segurança da deglutição e a prescrição do grau de espessamento são competências fonoaudiológicas; a Resolução CFFa nº 719/2023 também prevê a participação do fonoaudiólogo, junto à equipe multiprofissional, na sugestão de indicação ou retirada de vias alternativas de alimentação. Decisões sobre manutenção ou suspensão da alimentação por via oral devem, portanto, considerar o quadro clínico global e a atuação interprofissional, sem serem transferidas ao cuidador (Conselho Federal de Fonoaudiologia, 2023).

3.5 Integração entre fonoaudiologia, odontologia e cuidador: proposta de organização do cuidado

A literatura analisada sugere que a segurança da alimentação por via oral no domicílio pode ser compreendida como uma cadeia de decisões interdependentes. A Fonoaudiologia avalia a deglutição e define as condições funcionais de oferta; a Odontologia identifica e trata fatores bucais que podem interferir na mastigação, na preparação do bolo, no conforto e na carga microbiana; e o cuidador aplica o plano diariamente, observando sua viabilidade e comunicando mudanças entre as avaliações profissionais. A diretriz de Yang et al. (2023) contempla a abordagem por equipe multidisciplinar como recomendação condicional, com nível de evidência baixo, o que apoia a integração sem justificar afirmações de benefício clínico definitivo.

Essa integração não pressupõe que todas as pessoas idosas necessitem da mesma intensidade de acompanhamento por todos os profissionais. Com base na síntese das evidências, o encaminhamento deve ser orientado pelas necessidades identificadas em cada caso. Dor oral, prótese instável, xerostomia relevante, lesões ou dificuldade de higiene indicam pertinência de avaliação odontológica; mudanças na deglutição ou dificuldade com a consistência prescrita indicam necessidade de reavaliação fonoaudiológica; perda ponderal, ingestão insuficiente ou sinais de desidratação requerem avaliação nutricional e clínica; e sintomas respiratórios agudos ou suspeita de infecção exigem avaliação pela equipe de saúde conforme a gravidade. Essa organização é coerente com a natureza multifatorial do risco e com a recomendação de abordagem multidisciplinar, sem representar um protocolo de eficácia já demonstrada (Rossi et al., 2026; Yang et al., 2023).

O plano domiciliar deve ser registrado em linguagem operacional. Em vez de orientações vagas, como "alimentar devagar", recomenda-se especificar, de acordo com a avaliação individual, posicionamento, utensílio, consistência, volume por oferta quando pertinente, pausas, sinais para interromper e cuidados após a refeição. A comunicação escrita pode ser complementada por demonstração presencial e materiais educativos, mas não deve substituir a avaliação do caso (Conselho Federal de Fonoaudiologia, 2021, 2023; Belmonte et al., 2024).

Outro princípio é a reavaliação. O estado funcional da pessoa idosa pode se modificar após infecções, hospitalizações, eventos neurológicos, alterações medicamentosas ou declínio cognitivo. Uma consistência adequada em determinado momento pode tornar-se desnecessariamente restritiva ou insuficientemente segura em outro. Da mesma forma,

mudanças na dor oral, na adaptação de próteses, na xerostomia ou na eficiência mastigatória podem alterar as condições de alimentação e demandar atualização do plano (Conselho Federal de Fonoaudiologia, 2023; Morales et al., 2026).

A integração proposta também ajuda a evitar dois extremos: a banalização de sinais de risco como parte inevitável do envelhecimento e a restrição excessiva da alimentação sem avaliação suficiente. O objetivo deve ser alcançar a alimentação mais segura e eficiente possível dentro das condições, preferências e objetivos da pessoa idosa, preservando participação e qualidade de vida sempre que clinicamente possível.

A principal lacuna identificada é a escassez de estudos domiciliares que testem, em um único protocolo, intervenções integradas de Fonoaudiologia, Odontologia e educação do cuidador. A maior parte da evidência demonstra relações entre pares de componentes - disfagia e pneumonia, saúde bucal e deglutição, higiene bucal e risco respiratório, disfagia e sobrecarga do cuidador - e sustenta a plausibilidade de uma abordagem integrada. Entretanto, a literatura disponível ainda não permite afirmar que esse modelo, como intervenção completa, reduza por si só pneumonia, hospitalizações ou mortalidade. Estudos prospectivos especificamente desenhados para avaliar modelos interdisciplinares no domicílio permanecem necessários.

Quadro 2 - Componentes de um plano integrado para alimentação por via oral segura no domicílio

Componente	Contribuições principais	Informações que devem retornar à equipe
Fonoaudiologia	Avaliar a deglutição; definir consistências, volumes, posturas, utensílios e estratégias individualizadas; reabilitar quando indicado; treinar o cuidador.	Tosse/engasgo, alteração vocal, fadiga, mudança de aceitação, dificuldade com a estratégia prescrita, eventos respiratórios ou declínio funcional.
Odontologia	Avaliar dentes, oclusão, próteses, mucosas, saliva/xerostomia, dor, função mastigatória e higiene; tratar condições bucais relevantes.	Dor, feridas, sangramento, prótese instável, dificuldade de mastigação, boca seca importante ou incapacidade de realizar higiene.
Cuidador familiar	Executar o plano; preparar e oferecer alimentos conforme orientação; manter posicionamento; realizar/supervisionar higiene bucal; observar sinais de alerta.	Mudanças na rotina, aceitação, tempo da refeição, ingestão, nível de alerta, sinais de dificuldade, limitações práticas e dúvidas.
Equipe ampliada	Integrar Nutrição, Medicina, Enfermagem e outros profissionais conforme necessidades nutricionais, respiratórias, medicamentosas e funcionais.	Perda de peso, sinais de desidratação, febre, dispneia, infecções, alterações medicamentosas ou mudança do nível de consciência/condição clínica.

Fonte: elaboração dos autores a partir da síntese das evidências revisadas.

3.6 Limitações das evidências e da revisão

A interpretação dos achados deve considerar limitações tanto da literatura disponível quanto desta própria revisão. Parte substancial das evidências sobre microbiota oral, higiene bucal e pneumonia foi produzida em instituições de longa permanência, e sua aplicação ao domicílio é indireta. Os estudos domiciliares apresentam populações e desfechos heterogêneos; Hsiao et al. (2022), por exemplo, incluíram amostra pequena e altamente específica de pessoas com sonda nasogástrica associada à ingestão oral. Além disso, a relação entre condições bucais e disfagia é predominantemente observacional, não permitindo inferir causalidade (Drancourt et al., 2022; Morais et al., 2026). Como esta revisão inclui revisões secundárias e estudos primários, também pode existir sobreposição de estudos de base entre algumas sínteses, razão pela qual os achados não foram tratados como estimativas independentes de efeito.

Esta revisão integrativa não utilizou ferramenta formal para avaliação do risco de viés nem foi delineada como revisão sistemática de eficácia com fluxo quantitativo completo de identificação, duplicação e exclusão de registros. Além disso, não foram preservadas as contagens intermediárias da busca referentes ao número de registros recuperados em cada base, duplicatas removidas, exclusões por título/resumo e exclusões após leitura integral. Por essa razão, esses quantitativos não foram estimados ou reconstruídos retrospectivamente. As conclusões devem ser interpretadas como síntese crítica e integrativa das evidências selecionadas, e não como estimativa exaustiva ou quantitativa de efeito. Essa delimitação metodológica é especialmente importante diante da heterogeneidade das fontes e da escassez de estudos que avaliem diretamente a integração entre Fonoaudiologia, Odontologia e cuidador no contexto domiciliar.

4 Considerações finais

A segurança da alimentação por via oral da pessoa idosa com disfagia no ambiente domiciliar depende de fatores que ultrapassam a deglutição isoladamente. As evidências analisadas sustentam uma abordagem em que a avaliação fonoaudiológica, a saúde bucal, a função oral e a execução cotidiana das orientações pelo cuidador são tratadas como dimensões complementares de um mesmo plano assistencial.

A Fonoaudiologia possui papel central na identificação do risco, na avaliação da biomecânica da deglutição e na individualização de consistências, volumes, posturas, utensílios e estratégias terapêuticas. A Odontologia contribui com a avaliação da dentição, da oclusão,

das próteses, da xerostomia, da dor, da higiene e da eficiência mastigatória, além de atuar sobre condições bucais relacionadas à carga microbiana do material orofaríngeo potencialmente aspirado. O cuidador familiar, por sua vez, aplica as orientações profissionais no cotidiano e fornece informações relevantes para a reavaliação do plano.

A literatura não sustenta soluções universais. Espessamento de líquidos, modificação de dieta e higiene bucal devem ser empregados dentro de indicações individualizadas e não apresentados como medidas isoladas capazes de prevenir pneumonia. Como a pneumonia aspirativa é multifatorial, uma abordagem de redução de risco deve combinar avaliação clínica, adequação da alimentação, manutenção de ingestão suficiente, cuidado bucal, monitoramento e resposta às mudanças do estado geral, respeitando as competências de cada profissional.

A integração entre Fonoaudiologia, Odontologia e cuidador familiar é coerente com as evidências disponíveis e com princípios contemporâneos de cuidado domiciliar centrado na pessoa. Entretanto, permanece uma lacuna relevante: faltam estudos que avaliem diretamente protocolos interdisciplinares completos no domicílio. Pesquisas prospectivas devem investigar se modelos estruturados de integração profissional e capacitação do cuidador reduzem eventos respiratórios, desnutrição e hospitalizações, diminuem a sobrecarga familiar e preservam autonomia e qualidade de vida.

Referências

AQUINO, M. M.; RECH, R. S.; BAUMGARTEN, A.; GOULART, B. N. G. Association between number of teeth, dental prostheses, and self-reported dysphagia in Brazilian old people: a population-based study. CoDAS, v. 36, n. 4, e20230072, 2024. DOI: 10.1590/2317-1782/20242023072en.

BANDA, K. J. et al. Prevalence of oropharyngeal dysphagia and risk of pneumonia, malnutrition, and mortality in adults aged 60 years and older: a meta-analysis. Gerontology, v. 68, n. 8, p. 841-853, 2022. DOI: 10.1159/000520326.

BELMONTE, M. S. et al. Home caregiver strategies for feeding older adults with dysphagia after dehospitalization. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 58, e20230318, 2024. DOI: 10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0318en.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 9.584, de 22 de dezembro de 2025. Altera as Portarias de Consolidação GM/MS nºs 2, 5 e 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir o Programa de Atenção Domiciliar à Pessoa Idosa - Padi e definir critérios para o repasse de incentivo financeiro adicional à equipe Multiprofissional - eMulti, no âmbito da Atenção Primária à Saúde - APS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2025/prt9584_23_12_2025.html. Acesso em: 21 ago. 2026.

CAO, Y. et al. Oral care measures for preventing nursing home-acquired pneumonia. Cochrane Database of Systematic Reviews, n. 11, CD012416, 2022. DOI: 10.1002/14651858.CD012416.pub3.

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. Resolução CFFa nº 644, de 11 de dezembro de 2021. Dispõe sobre a atuação fonoaudiológica em home care e dá outras providências. Brasília, DF: CFFa, 2021. Texto consolidado com alterações posteriores. Disponível em: https://fonoaudiologia.org.br/resolucoes/resolucoes_html/CFFa_N_644_21.htm. Acesso em: 21 ago. 2026.

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. Brasília, DF: CFFa, 2023. Disponível em: https://fonoaudiologia.org.br/resolucoes/resolucoes_html/CFFa_N_719_23.htm. Acesso em: 21 ago. 2026.

DRANCOURT, N.; EL OSTA, N.; DECERLE, N.; HENNEQUIN, M. Relationship between oral health status and oropharyngeal dysphagia in older people: a systematic review. International Journal of Environmental Research and Public Health, v. 19, n. 20, 13618, 2022. DOI: 10.3390/ijerph192013618.

FURUYA, H. et al. Risk factors for home care discontinuation among older people with dysphagia: a two-year retrospective cohort study. Journal of Oral Rehabilitation, v. 52, n. 9, p. 1360-1368, 2025. DOI: 10.1111/joor.13999.

HANSEN, T.; BECK, A. M.; KJAERSGAARD, A.; POULSEN, I. Second update of a systematic review and evidence-based recommendations on texture modified foods and thickened liquids for adults (above 17 years) with oropharyngeal dysphagia. Clinical Nutrition ESPEN, v. 49, p. 551-555, 2022. DOI: 10.1016/j.clnesp.2022.03.039.

HSIAO, S.-Y. et al. Relationship between aspiration pneumonia and feeding care among home care patients with an in-dwelling nasogastric tube in Taiwan: a preliminary study. International Journal of Environmental Research and Public Health, v. 19, n. 9, 5419, 2022. DOI: 10.3390/ijerph19095419.

KHADKA, S. et al. Poor oral hygiene, oral microorganisms and aspiration pneumonia risk in older people in residential aged care: a systematic review. Age and Ageing, v. 50, n. 1, p. 81-87, 2021. DOI: 10.1093/ageing/afaa102.

MONTERO, L. et al. A systematic evaluation for oropharyngeal dysphagia in non-institutionalized elderly patients with home care-based in the community. Dysphagia, v. 40, n. 3, p. 607-613, 2025. DOI: 10.1007/s00455-024-10761-8.

MORAIS, R. S. et al. Dental factors associated with oropharyngeal dysphagia in institutionalised older adults: a systematic review. Gerodontology, v. 43, n. 2, p. 159-171, 2026. DOI: 10.1111/ger.70034.

MORALES, C.; MONTOYA, D.; SUAZO, C.; GUEVARA, E. The relationship between oral health and swallowing function in older adults: a scoping review. Geriatrics & Gerontology International, v. 26, n. 3, e70421, 2026. DOI: 10.1111/ggi.70421.

MUNN, Z.; STERN, C.; AROMATARIS, E.; LOCKWOOD, C.; JORDAN, Z. What kind of systematic review should I conduct? A proposed typology and guidance for systematic reviewers in the medical and health sciences. BMC Medical Research Methodology, v. 18, art. 5, 2018. DOI: 10.1186/s12874-017-0468-4.

NAMASIVAYAM-MACDONALD, A. M.; SHUNE, S. E. The burden of dysphagia on family caregivers of the elderly: a systematic review. Geriatrics, v. 3, n. 2, 30, 2018. DOI: 10.3390/geriatrics3020030.

RANGIRA, D.; NAJEEB, H.; SHUNE, S. E.; NAMASIVAYAM-MACDONALD, A. 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. DOI: 10.1044/2021_AJSLP-21-00249.

REMIJN, L.; SANCHEZ, F.; HEIJNEN, B. J.; WINDSOR, C.; SPEYER, R. Effects of oral health interventions in people with oropharyngeal dysphagia: a systematic review. Journal of Clinical Medicine, v. 11, n. 12, 3521, 2022. DOI: 10.3390/jcm11123521.

ROSSI, C. S. et al. Risk factors associated to aspiration pneumonia in adults and elderly patients: a scoping review. Dysphagia, v. 41, n. 2, p. 379-403, 2026. DOI: 10.1007/s00455-025-10887-3.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. Journal of Advanced Nursing, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x.

YANG, S. et al. Clinical practice guidelines for oropharyngeal dysphagia. Annals of Rehabilitation Medicine, v. 47, suppl. 1, p. S1-S26, 2023. DOI: 10.5535/arm.23069.