



B1

ISSN: 2595-1661

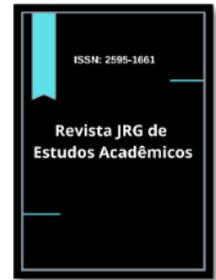
ARTIGO ORIGINAL

Listas de conteúdos disponíveis em [Portal de Periódicos CAPES](#)

Revista JRG de Estudos Acadêmicos

Página da revista:

<https://revistajrg.com/index.php/jrg>



Perfil nutricional e sociodemográfico de idosos com demências hospitalizados em uma unidade especializada em Cuidados Paliativos

Nutritional and sociodemographic profile of elderly patients with dementia hospitalized in a specialized palliative care unit

DOI: 10.55892/jrg.v8i18.1875

ARK: 57118/JRG.v8i18.1875

Recebido: 25/01/2025 | Aceito: 08/02/2025 | Publicado on-line: 10/02/2025

Alicia de Moraes Alves¹

<https://orcid.org/0009-0004-4442-1728>

<http://lattes.cnpq.br/6258442705684142>

Escola de Saúde Pública do Distrito Federal (ESP), DF, Brasil

E-mail: alicia.alves@escs.edu.br

Lais da Silva Lima²

<https://orcid.org/0000-0001-9322-3366>

<http://lattes.cnpq.br/1688501265193623>

Escola de Saúde Pública do Distrito Federal (ESP), DF, Brasil

E-mail: lais.lima@escs.edu.br

Patrícia Barbosa Freire³

<https://orcid.org/0000-0002-9972-525X>

<http://lattes.cnpq.br/0427602629202020>

Escola de Saúde Pública do Distrito Federal (ESP), DF, Brasil

E-mail: patriciafreirehsl@gmail.com

Suziane Anози Emerich de Albuquerque⁴

<https://orcid.org/0009-0003-9726-727X>

<http://lattes.cnpq.br/0728323521988336>

Escola de Saúde Pública do Distrito Federal (ESP), DF, Brasil

E-mail: suzianee@gmail.com



Resumo

Introdução: Houve crescimento das síndromes demenciais, sendo estas uma das mais incapacitantes em idosos. A abordagem dos cuidados paliativos torna-se imperiosa, por visar melhorar a qualidade de vida do paciente/família com uma doença grave que ameaça a continuidade da vida. Este trabalho visou descrever o perfil nutricional e sociodemográfico de idosos com demências hospitalizados em uma unidade especializada em cuidados paliativos e correlacionar o perfil nutricional dos pacientes ao desfecho clínico. **Métodos:** Estudo transversal, prospectivo e analítico, com amostra de 46 idosos com demência e idade ≥ 60 anos, internados em um hospital especializado em cuidados paliativos. Foram analisados os dados de caracterização da amostra, aspectos nutricionais, escalas de funcionalidade (*PPS* e

¹ Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Cuidados Paliativos, pela Escola de Saúde Pública do Distrito Federal, Brasil; Graduada em Nutrição pelo Centro Universitário UniLS, Brasília, 2022.

² Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Cuidados Paliativos, pela Escola de Saúde Pública do Distrito Federal, Brasil; Mestre em Nutrição Humana pela Universidade de Brasília - UnB; Nutricionista.

³ Preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Cuidados Paliativos, pela Escola de Saúde Pública do Distrito Federal, Brasil; Mestre em Ciências para a Saúde pela FEPECS, DF, Brasil; Nutricionista.

⁴ Preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Cuidados Paliativos, pela Escola de Saúde Pública do Distrito Federal, Brasil; Especialista em Cuidados Paliativos; Nutricionista.

FAST), desfecho clínico e tempo de internação. **Resultados:** A maioria era do sexo feminino (52,17%), com idade > 80 anos (78,26%), sendo a etiologia mais frequente a demência de Alzheimer (28,26%) e FAST 7 (78,7%). O diagnóstico nutricional mais verificado foi a desnutrição severa (47,82%), seguida pela moderada (43,48%). A via alimentar prevalente foi a enteral (47,83%), seguida pela oral (41%). Dos participantes, 86,96% foram a óbito durante o estudo. A desnutrição não esteve relacionada ao óbito ($p=0,347$), entretanto, houve correlação entre o volume enteral prescrito e o desfecho óbito ($p=0,031$), de modo que volumes menores foram mais frequentes em pacientes com este desfecho. **Conclusão:** Destaca-se a prevalência de desnutrição em 91,3% da amostra, assim como houve correlação significativa entre o menor volume de dieta enteral e o óbito. Percebe-se desconhecimento por parte dos profissionais de saúde acerca da adequada indicação da via de alimentação nestes pacientes, visto a alta prevalência da dieta enteral, provenientes de unidades que não são especializadas em cuidados paliativos.

Palavras-chaves: Avaliação nutricional; cuidados paliativos; demência; desnutrição; ingestão alimentar.

Abstract

Introduction: *There has been an increase in dementia syndromes, which are among the most disabling in the elderly. The palliative care approach becomes imperative, as it aims to improve the quality of life of patients/families with a serious disease that threatens the continuity of life. This study aimed to describe the nutritional and sociodemographic profile of elderly patients with dementia hospitalized in a specialized palliative care unit and to correlate the nutritional profile of patients with clinical outcome.* **Methods:** *Cross-sectional, prospective and analytical study, with a sample of 46 elderly patients with dementia and age ≥ 60 years, admitted to a hospital specialized in palliative care. The sample characterization data, nutritional aspects, functionality scales (PPS and FAST), clinical outcome and length of hospitalization were analyzed.* **Results:** *The majority were female (52.17%), aged > 80 years (78.26%), with the most frequent etiologies being Alzheimer's dementia (28.26%) and FAST 7 (78.7%). The most common nutritional diagnosis was severe malnutrition (47.82%), followed by moderate malnutrition (43.48%). The most prevalent feeding route was enteral (47.83%), followed by oral (41%). Of the participants, 86.96% died during the study. Malnutrition was not related to death ($p=0.347$); however, there was a correlation between the prescribed enteral volume ($p=0.031$) and the outcome of death, so that smaller volumes were more frequent in patients with this outcome.* **Conclusion:** *The prevalence of malnutrition in 91.3% of the sample stands out, as well as a significant correlation between the lowest volume of enteral diet and death. There is a lack of knowledge on the part of health professionals regarding the appropriate indication of the feeding route for these patients, given the high prevalence of enteral nutrition, originating from units that are not specialized in palliative care.*

Keywords: Nutritional assessment; palliative care; dementia; malnutrition; food intake.

1. Introdução

Com o aumento da expectativa de vida e a redução das taxas de fecundidade há, conseqüentemente, o predomínio da população idosa e adultos (PRINCE, 2015). O aumento da prevalência de idosos e da expectativa de vida foram associados ao maior número de casos de doenças crônicas e degenerativas, como as síndromes demenciais (DIXON, 2004).

Atualmente, cerca de 55 milhões de pessoas no mundo vivem com demência e surgem aproximadamente 10 milhões de novos casos por ano. As demências ocupam a sétima posição das causas de morbidade no mundo, sendo uma das mais incapacitantes em idosos (OMS, 2023). Estima-se que em 2050, o número de casos mundial triplique e atinja cerca de 139 milhões de pessoas (OMS, 2021).

No Brasil, segundo o Estudo Carga Global de Doenças (*Global Burden of Disease – GBD*), cerca 2,71 milhões de pessoas com 60 anos ou mais possuem o diagnóstico de demência (aproximadamente 8,5% da população) e estima-se que até 2050, 5,6 milhões de pessoas serão diagnosticadas no país (Ministério da Saúde, 2024).

As demências possuem como critério diagnóstico um declínio cognitivo e/ou comportamental, associado a sintomas que interferem nas atividades de vida diária, como comprometimento na linguagem, capacidade de julgamento, praxias, depressão, apatia, agitação, delírios, entre outros (JAMESON, 2020; SMID, et al. 2022). Os tipos mais comuns desta patologia são a Demência de Alzheimer, Demência Vascular, Demência por Corpos de Lewy, Demência Frontotemporal e Demência associada à doença de Parkinson. Em 60% dos casos, a Demência de Alzheimer (DA) é a mais prevalente, sendo a causa mais comum nos países ocidentais, seguida pela demência vascular (DV), que ocorre em 20% dos casos, mais comum em países asiáticos e/ou com maiores riscos vasculares não tratados (CAO, 2019; JAMESON, 2020).

Estudos observam que a prevalência das demências aumentam com o envelhecimento, havendo crescimento de forma exponencial a partir dos 65 anos de idade e com predomínio para o sexo feminino. A estimativa de vida após o diagnóstico varia de 1,1 a 8,5 anos. Além disso, nível de escolaridade e fatores relacionados ao estilo de vida têm associação com a demência (OLMO, 2018).

Em pessoas com demências, as taxas de hospitalização são três vezes maiores do que em indivíduos sem a patologia, e o tempo de internação hospitalar é cerca de duas vezes maior (HARVEY, 2016). As causas mais comuns de internação em pessoas portadoras de demências são: traumas, pneumonias, infecções e desidratação (HARVEY, 2016; MITCHELL, 2009).

Infecções, imobilidade, problemas relacionados à alimentação, desnutrição, lesões por pressão, incontinência mista e agitação são marcos no avanço da demência. Complicações decorrentes da doença são esperadas e indicam redução na sobrevida. Indivíduos com demência em fase final de vida costumam receber tratamentos agressivos e potencialmente inapropriados, como hospitalizações decorrentes de infecções e uso de terapia nutricional artificial, abordagens com benefícios limitados e que podem causar malefícios, sendo divergente aos princípios dos cuidados paliativos (DAVIES, 2021; MITCHELL, 2009;).

Conforme a doença avança, ocorrem vários problemas relacionados à alimentação, fato que leva à alteração da ingestão alimentar. Logo, o estado nutricional destes indivíduos é uma das dimensões mais afetadas, sendo marcado por perda ponderal progressiva, que pode estar presente antes mesmo do próprio diagnóstico e piorar com a progressão da doença. A desnutrição é fator contribuinte

para o aumento do risco de mortalidade nestes pacientes, que se beneficiam da oferta dos cuidados paliativos (VOLKERT, D et al, 2015).

Na fase avançada da demência, há possível associação entre a oferta de dieta enteral ao aumento da morbimortalidade, redução da qualidade de vida, maior risco de pneumonia aspirativa, piora da incontinência fecal e urinária, maior risco de úlceras por pressão, além da frequente necessidade de contenção mecânica ou química para evitar a retirada de dispositivos, resultando em estresse e piora da qualidade de vida. A oferta de dieta enteral via ostomias também traz riscos por serem procedimentos cirúrgicos invasivos, que podem causar infecções e outras complicações. Ademais, estudos trazem que não há evidências que trazem impactos positivos no uso da alimentação artificial nesta fase da doença, em relação ao tempo ou melhora da qualidade de vida (DAVIES, 2021).

Os cuidados paliativos são uma abordagem direcionada a oferecer qualidade de vida, manejo de sintomas e dar assistência ao paciente e à família daqueles que possuem uma doença grave que ameaça a continuidade da vida. Com o avanço da doença e a redução da efetividade das terapias modificadoras, maior é a demanda pelos cuidados paliativos. Este modelo de cuidado é ideal para pessoas com demências e seus familiares, por serem doenças progressivas e que levam à perda da funcionalidade (CASTILHO, 2021; WEISBROAD, 2022).

Os cuidados paliativos podem ser ofertados no âmbito domiciliar, ambulatorial, em unidades hospitalares ou *hospices*. As unidades especializadas em cuidados paliativos atuam de forma interdisciplinar, com equipes treinadas em cuidados paliativos, visando o controle rigoroso dos sintomas e resolução de problemas. A oferta de cuidados paliativos foi associada à melhor qualidade de vida e de morte (CASTILHO, 2021; LASSEL, 2022).

Obter informações acerca da doença, fatores desencadeantes e aspectos comuns durante a progressão das demências são de suma importância para o tratamento adequado, prevenção e planejamento de políticas públicas efetivas, além do planejamento de cuidados em saúde e alívio do sofrimento dos pacientes e seus familiares. Diante do exposto, este trabalho visou descrever o perfil nutricional e sociodemográfico de idosos com demências hospitalizados em uma unidade distrital de referência, especializada em cuidados paliativos (Hospital de Apoio de Brasília - HAB) e correlacionar o perfil nutricional dos pacientes ao desfecho clínico.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo transversal de delineamento prospectivo e analítico. A coleta de dados foi realizada por meio de prontuário eletrônico do paciente. A coleta foi feita pela pesquisadora principal, após encaminhamento e aprovação do projeto pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CEP/CONEP), de forma a obedecer o disposto na Resolução CNS-MS nº 466 de 2012.

Os critérios de inclusão do estudo foram: pacientes idosos, com diagnóstico de demência/transtorno cognitivo maior, com idade igual ou superior a 60 anos, que estavam internados ou que foram admitidos na ala de cuidados paliativos de um hospital público do Distrito Federal, vinculado à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, no período da coleta de dados. Os critérios de exclusão foram pacientes cujos dados estavam ausentes ou incompletos em prontuário eletrônico.

A construção do n amostral foi realizada a partir da seleção dos pacientes hospitalizados e admitidos na unidade no período de Agosto à Outubro de 2024. Segundo os critérios de inclusão e exclusão propostos, foram selecionados 46 participantes para o estudo.

Os dados foram coletados por meio do prontuário eletrônico (*InterSystems TrakCare®*). As informações foram coletadas e organizadas em planilhas do *Google Sheets®*.

O Hospital de Apoio de Brasília (HAB) é uma unidade com especialidade em cuidados paliativos, que integra duas alas de internação destinadas a pacientes oncológicos e geriátricos, onde estes são admitidos por meio de transferência de outras unidades da rede pública de saúde do Distrito Federal. O perfil dos pacientes internados na ala geriátrica são idosos com demência em fase grave e com intercorrência clínica aguda, que não estejam em uso de nutrição parenteral, conforme critérios de admissão da unidade. Idosos admitidos em dieta por via enteral são aceitos.

As variáveis analisadas foram: gênero, idade, escolaridade, sintomas clínicos do sistema digestório, diagnóstico nutricional, via alimentar e características da alimentação como consistência e adaptações, escalas de funcionalidade como a Escala de Performance Paliativa (*Palliative Performance Scale - PPS*) e Estágio de avaliação funcional (*Functional Assessment Staging - FAST*), desfechos clínicos (alta hospitalar, encaminhamento e óbito) e tempo de internação.

Para fins de coleta de dados, apesar de, no contexto desta patologia e fase de vida existirem a apresentação de vários sintomas clínicos, o estudo teve como foco de pesquisa os sintomas do sistema digestório (náuseas, vômitos, diarreia, constipação, flatulência, mucosite, xerostomia, distensão abdominal e dor em região abdominal), que foram coletados a partir de registro em prontuário médico e da equipe multiprofissional.

Na unidade em que foi realizada a pesquisa, o diagnóstico nutricional é realizado principalmente através do protocolo GLIM (*global leadership initiative on malnutrition*). O instrumento GLIM é uma ferramenta de avaliação nutricional, voltada para diagnosticar a desnutrição no ambiente hospitalar de forma universal. O diagnóstico pela GLIM é categorizado conforme a gravidade da desnutrição e fatores relacionados à etiologia, no entanto, para fins de coleta de dados, foi considerada somente a gravidade da desnutrição (não desnutridos, desnutrição moderada e desnutrição severa).

A via alimentar foi avaliada considerando a possibilidade da via oral e suas especificidades, vias alternativas de alimentação (via sondas, gastrostomia e jejunostomia), além de nenhuma via alimentar, quando não houver possibilidade/proporcionalidade de alimentação pelas vias citadas. Dos participantes em dieta enteral foi avaliado o volume total diário ofertado na unidade da pesquisa no momento da primeira avaliação e nas reavaliações.

Foram utilizadas duas escalas de funcionalidade nesta pesquisa, escala PPS e FAST, ambas são utilizadas com o objetivo de avaliar a funcionalidade e estimar a sobrevida dos pacientes sob cuidados paliativos, auxiliar na definição de condutas, tratamentos e priorizar o objetivo de cuidados.

A Escala de Performance Paliativa (*Palliative Performance Scale - PPS*), é um instrumento validado e utilizado em cuidados paliativos, que mensura a funcionalidade e estima a sobrevida do paciente, sendo inicialmente desenvolvida para aplicação no contexto da oncologia e, posteriormente, ampliada para uso em outras condições. A escala é categorizada em 0 a 100%, sendo 0 correspondente ao óbito e 100% o estado funcional sem limitações. Para pontuação desta escala, consideram-se 5 parâmetros: deambulação, nível de atividade e evidência da doença, capacidade para realizar autocuidado, ingestão alimentar e nível de consciência (BAIK, 2018).

A escala *Functional Assessment Staging (FAST)* é uma ferramenta validada, que permite a avaliação da deterioração funcional na demência, assim como descreve as mudanças ocorridas na capacidade funcional e instrumental que acompanha o avanço da doença, sendo útil também para identificar diagnósticos diferenciais. A escala foi inicialmente validada para demência de Alzheimer, no entanto, é rotineiramente utilizada para outros tipos de demência. Avalia-se parâmetros como: a capacidade de realizar atividades individuais, esquecimentos, ingesta alimentar, incontinências vesicais, capacidade de fala, de sorrir, deambular e levantar a cabeça (SCLAN, 1992).

A FAST é subdividida em 15 estágios, que se relacionam à fase da doença, sendo o nível 1 o melhor estágio cognitivo e o 7F com maior declínio. Dentre estes, a fase moderada da doença corresponde ao estágio 5 (quando o indivíduo necessita de ajuda para escolher o traje adequado), os estágios 6A até 6E equivalem a fase moderada à severa (a pessoa com demência requer auxílio para realizar autocuidado e pode desenvolver incontinências urinária e fecal), enquanto a partir do estágio 7A considera-se como fase avançada (inclui a total dependência para autocuidado, fala restrita à poucas ou nenhuma palavra ao dia, perda da deambulação, da habilidade de controle de tronco, de sorrir e sustentar o pescoço) (SCLAN, 1992).

Foram realizadas reavaliações dos participantes que ainda estavam hospitalizados a cada 10 dias, durante um período de 30 dias, para acompanhamento de aspectos como a via de alimentação, características da dieta (como volume da dieta enteral, consistência, aceitação e uso de espessante da dieta oral), sintomas gastrointestinais, que haviam sido registrados em até 24 horas antes da coleta, e PPS. Pacientes que evoluíram para desfecho óbito ou alta foram incluídos no estudo até o desfecho ocorrer.

Foi realizada análise descritiva, que para as variáveis categóricas está apresentada em frequências absolutas (n) e relativas (%). Para a comparação de proporções foi usado o teste exato de Fisher. O nível de significância utilizado para todos os testes foi de 5%. Foi utilizado o software STATA® versão 17.0 nesta análise.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa de Ciências da Saúde, FEPECS/SES/DF, sob Certificado de Apresentação de Apreciação Ética número 81360424.9.0000.5553.

Todas as variáveis foram coletadas por meio de pesquisa em prontuário, não sendo necessária a abordagem do paciente e ou acompanhante, portanto, foi solicitada e cedida dispensa do do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram garantidos aos sujeitos de pesquisa o sigilo e o anonimato das informações, respeitando a Resolução número 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (CNS/MS).

3. Resultados e Discussão

Participaram do estudo 46 pacientes (Tabela 1), sendo a maioria do gênero feminino (52,17%), com idade superior a 80 anos (78,26%). Dentre estes, grande parte não teve o subtipo de demência especificado (41,30%), enquanto dos especificados a mais prevalente foi a demência de Alzheimer (28,26%), seguido pela demência Vascular (19,57%), conforme apresentado na Figura 1. Segundo o estudo realizado por Ribeiro, et. al. (2022), que analisou a caracterização de pessoas com demência em países da América Latina, observou-se maior prevalência entre mulheres e idosos com maior idade, assim como o subtipo de demência mais frequente sendo Alzheimer, dados que corroboram com os achados deste estudo.



Tabela 1 - Caracterização da amostra total e por desfecho óbito e não óbito (alta ou transferência hospitalar), em pacientes com demências hospitalizados em uma unidade de referência distrital especializada em cuidados paliativos, n = 46, Brasília-DF, 2024

	Amostra total	Óbito	Não óbito (1)	P-valor
Participantes n (%)	46	40 (86,96%)	6 (13,04%)	0,405
Feminino n (%)	24 (52,17%)	22 (55%)	2 (33,33%)	
Masculino n (%)	22 (47,83%)	18 (45%)	4 (66,67%)	
Idade (anos)				0,527
60 - 69	3 (6,52%)	2 (5%)	1 (16,67%)	
70 - 79	7 (15,22%)	6 (15%)	1 (16,67%)	
80 - 89	21 (45,65%)	18 (45%)	3 (50%)	
90 - 99	15 (32,61%)	14 (35%)	1 (16,67%)	
100 >	-	-	-	
Escolaridade				0,881
Até o ensino fundamental completo	20 (43,48%)	17 (42,5%)	3 (50%)	
Sem escolaridade	17 (36,95%)	15 (37,5%)	2 (33,34%)	

Fonte: Elaborado pelo autor, 2025.

Nota: Valores apresentados em frequências absolutas (frequências relativas-%). P-valor obtido por teste exato de Fisher com 5% de nível de significância.

(1) Não óbito: Alta ou transferência hospitalar.

Grande parte tinha cursado apenas o ensino fundamental completo ou menos (43,48%) e 36,95% não possuía escolaridade (Tabela 1). Dado semelhante ao encontrado na literatura, como no trabalho realizado por Buitrago, et al. (2024), que observou em adultos maiores de 60 anos que vivem na Colômbia a prevalência de baixa escolaridade e associou altos níveis de escolaridade como sendo um fator protetor contra o desenvolvimento de transtorno neurocognitivo maior.

Prevalência dos subtipos de Demência dos participantes do estudo (%)

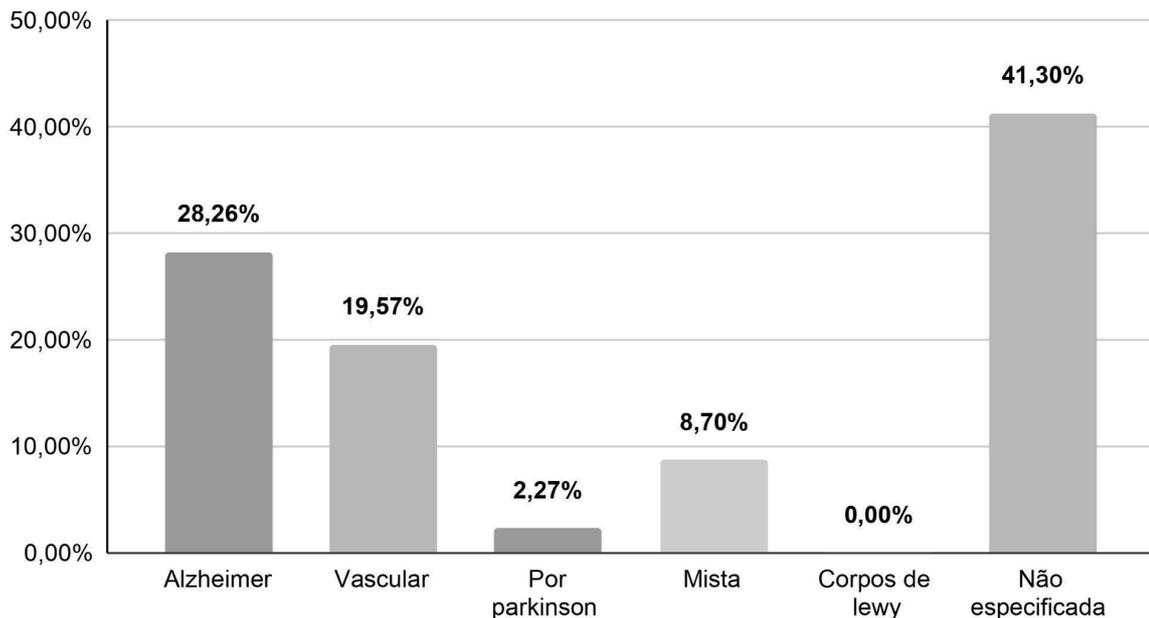


Figura 1 - Frequência, em porcentagem, do tipo de demência especificado e não especificado dos participantes do estudo de acordo com a amostra total (n = 46), P-valor = 0,148. Brasília-DF, 2024.

Um dos objetivos dos Cuidados Paliativos é a redução de sintomas desagradáveis a fim de oferecer qualidade de vida (D’ALESSANDRO, et al., 2023). Neste estudo, foram avaliados somente sintomas referentes ao sistema gastrointestinal, no entanto, alguns não foram registrados por nenhum paciente, tais quais flatulência, mucosite, xerostomia e distensão abdominal. Dos sintomas apresentados pelos participantes na primeira avaliação, o mais frequente foi constipação (60%), conforme disposto na Figura 2.

A alta frequência de constipação encontrada no presente estudo pode estar associada à característica da amostra de fim de vida, onde a ingestão alimentar e a oferta hídrica são reduzidas, o consumo de fibras é menor e os pacientes permanecem acamados. Essa associação está em acordo com estudo de Chen et al. (2020), realizado em Taiwan, com 119 participantes portadores de demência, que avaliou a prevalência da constipação e possíveis fatores associados, cujo sintoma constipação esteve presente em 25,2% da amostra e os principais fatores de risco associados foram a maior idade, baixa ingestão de líquidos (<1,5L/d), baixo consumo de fibras dietéticas (<25g/d) e imobilidade física.

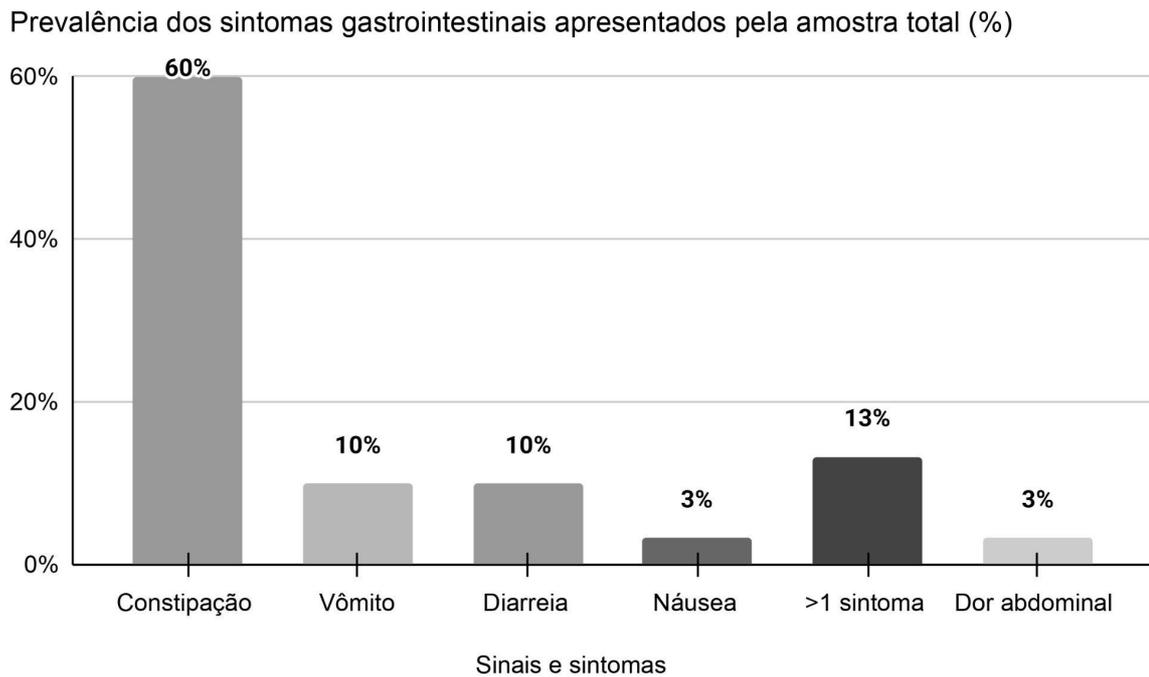


Figura 2 - Frequência dos sintomas gastrointestinais apresentados pelos participantes do estudo na primeira avaliação realizada, de acordo com a amostra total (n=46), P - valor = 0,097, Brasília-DF, 2024.

A perda ponderal na demência tem etiologia multifatorial e está relacionada ao declínio cognitivo, hiporexia e redução da ingestão alimentar (causada por disfagia, alterações hipotalâmicas, olfatórias e comportamentais), sendo mais comum na doença avançada. Fatores relacionados à alimentação e alteração do gasto energético contribuem para a alta prevalência de desnutrição e está relacionado ao maior risco de sarcopenia, fragilidade, mortalidade e morbidade, além de influenciar no avanço da demência (MINAGLIA, 2018; VOLKERT, 2024).

Neste estudo, foi verificado como diagnóstico mais frequente a desnutrição severa, seguida pela moderada (ambos totalizando 91,3% dos participantes), conforme disposto na Tabela 2. Em uma meta-análise realizada por Perry, et al. (2023), foram analisados 24 estudos acerca do estado nutricional de pacientes com demência, verificados por meio de instrumentos de avaliação nutricional validados. O estudo obteve a prevalência de 26,98% dos participantes com diagnóstico de desnutrição e 57,43% em risco de desnutrição.

Tabela 2 - Prevalência dos diagnósticos nutricionais dos participantes, identificados durante a admissão hospitalar, de acordo com a amostra total, óbito e não óbito (alta ou transferência hospitalar), Brasília-DF, 2024

	Amostra total n = 46 (%)	Óbito n = 40 (%)	Não óbito n = 6 (%) (1)	P-valor
Diagnóstico nutricional				0,347
Não desnutrido	4 (8,7%)	4 (10%)	-	



Tabela 2 - Continuação

Desnutrição Moderada	20 (43,48%)	19 (47,5%)	1 (16,67%)
Desnutrição Severa	22 (47,82%)	17 (42,5%)	5 (83,33%)

Fonte: Elaborado pelo autor, 2025.

Nota: Valores apresentados em frequências absolutas (frequências relativas-%). P-valor obtido por teste exato de Fisher com 5% de nível de significância.

(1) Não óbito: Alta ou transferência hospitalar;

A via alimentar mais frequente foi a via enteral (47,83%), seguida pela via oral (41,3%). Segundo a diretriz da Sociedade Europeia de Nutrição Clínica e Metabolismo (ESPEN), sobre nutrição e hidratação na demência, a oferta de dieta enteral não deve ser iniciada em pacientes com demência em fase avançada, assim como, geralmente não é indicado que seja continuada em pessoas com demência em fase final de vida, pois está associado à complicações e sintomas desconfortáveis (VOLKERT, 2024).

Apesar de contraindicada por consensos relacionados ao tema, ainda observou-se a prevalência da dieta por via enteral neste estudo, mesmo sendo realizado em uma unidade especializada em cuidados paliativos. Isto pode ser justificado pelo fato de que os participantes que receberam dieta enteral já foram admitidos (advindos de outras unidades não especializadas em cuidados paliativos), em uso de dispositivos de alimentação artificial. Deste modo, quando a dieta por via alternativa não causou danos ou prejuízos aos pacientes, a mesma foi mantida (garantindo o conforto metabólico), a fim de evitar maior sofrimento aos familiares e o luto complicado.

Pessoas com demência, especialmente em fase avançada, são acometidas por dificuldades na alimentação por via oral em relação à mastigação e deglutição, aspectos que contribuem para ingestão alimentar insuficiente, perda de peso e risco de aspiração. Uma estratégia para apoiar a alimentação por via oral com segurança é a alteração da consistência alimentar (SAMPSON, 2017).

Neste estudo, 41,3% dos participantes receberam dieta por via oral (Tabela 3), sendo a consistência líquido-pastosa a mais prevalente (47,83%) e o uso de espessantes esteve presente em quase um terço da amostra (34,78%). A aceitação da dieta foi mínima (restrita à algumas colheres) para mais da metade dos pacientes analisados (52,38%).

Tabela 3 - Prevalência das vias alimentares dos participantes, descritas na primeira avaliação realizada, de acordo com a amostra total, óbito e não óbito (alta ou transferência hospitalar), n (%), Brasília-DF, 2024.

	Amostra total	Óbito	Não óbito (1)	P-valor
Via alimentar				0,344
Via oral	19 (41,3%)	17 (42,5%)	2 (33,33%)	
SNE (2)	14 (30,43%)	12 (30%)	2 (33,33%)	
GTT (3)	4 (8,7%)	2 (5%)	2 (33,33%)	



Tabela 3 - Continuação

JJT (4)	2 (4,35%)	2 (5%)	-	
Mista (5)	2 (4,35%)	2 (5%)	-	
Zero	5 (10,87%)	5 (12,5%)	-	
Consistência alimentar (via oral)				0,696
Normal	-	-	-	
Branda	1 (4,35%)	1 (4,76%)	-	
Pastosa	2 (8,7)	2 (9,52)	-	
Líquida pastosa	11 (47,83%)	9 (42,86%)	2 (100%)	
Líquida grossa (6)	7 (30,43%)	7 (33,33%)	-	
Líquida	2 (8,7%)	2 (9,52%)	-	
Uso de espessante				0,526
Sim	8 (34,78%)	8 (38,1%)	-	
Não	15 (65,22%)	13 (61,9%)	2 (100%)	
Aceitação à dieta oral				0,181
Total	6 (28,57%)	4 (21,05%)	2 (100%)	
Parcial	1 (4,76%)	1 (5,26%)	-	
Mínima	11 (52,38%)	11 (57,89%)	-	
Nula	3 (14,29%)	3 (15,79%)	-	
Volume de líquidos diário ofertados na dieta enteral (7)				0,031
Até 300ml	6 (27,27%)	6 (33,33%)	-	
301 - 600ml	4 (18,18%)	4 (22,22%)	-	
601 - 900ml	1 (4,55%)	1 (5,56%)	-	
901 - 1200ml	7 (31,82%)	6 (33,33%)	1 (25%)	
>1200ml	4 (18,18%)	1 (5,56%)	3 (75%)	

Fonte: Elaborado pelo autor, 2025.

Nota: Valores apresentados em frequências absolutas (frequências relativas-%). P-valor obtido por teste exato de Fisher com 5% de nível de significância.

(1) Não óbito: Alta ou transferência hospitalar;

(2) SNE: Dieta enteral via sonda nasoesofágica;

- (3) GTT: Dieta enteral via gastrostomia;
- (4) JJT: Dieta enteral via jejunostomia;
- (5) Mista: Dieta enteral associada à via oral;
- (6) Líquida grossa: líquida homogênea, sem líquidos ralos;
- (7) Volume de líquidos diário ofertados na dieta enteral: incluiu-se a fórmula e água livre ofertadas por qualquer via de dieta enteral.

Em relação à dieta enteral, o volume mais frequente foram os que variaram de 901 a 1200 ml/dia (Tabela 3). Dos participantes em dieta enteral, quase metade recebeu até 600ml de líquidos por dia. Foi achado neste estudo, a correlação entre o volume de dieta enteral prescrito e o óbito ($p=0,031$), no qual o óbito foi mais frequente nos pacientes que receberam menores volumes de dieta. No entanto, o óbito não seria justificado pela dieta ofertada em volume reduzido, pois a mesma é ajustada conforme tolerância, o que indica que os participantes que vieram a óbito obtiveram menor tolerância à dieta, e portanto, receberam menores volumes.

O objetivo do cuidado nutricional em pacientes portadores de doenças incuráveis em fases avançadas deve ser a promoção da qualidade de vida, de morte e o controle de sintomas, sendo a terapia nutricional proporcional à expectativa de vida e considerando aspectos para além de protocolos. Ao compreender que a redução da ingestão alimentar é esperada no processo de morrer, quando for optado pela manutenção da dieta enteral nesta fase, a mesma não possui mais o propósito de recuperação nutricional, sendo preferível a redução gradativa do volume da dieta, com oferta de produtos menos calóricos e de menor densidade (GONÇALVES, 2024; ORREVALL, 2015).

Fórmulas dietéticas para administração enteral podem causar sintomas gastrointestinais desconfortáveis, como diarreia, desconforto abdominal, constipação e necessidade de restrição ao leito em paciente com demências. Ademais, a oferta de líquidos em excesso pode causar edema e aumento de secreções pulmonares (IJAPOPO, 2019; GONÇALVES, 2024).

Conforme a morte se aproxima, vários sintomas são causados em decorrência do declínio funcional e disfunções orgânicas. No entanto, não foram encontrados na literatura, estudos que investigaram a oferta de dieta enteral e suas especificidades (como o volume ofertado) e possíveis correlações em pacientes com demência em fase final de vida.

Segundo outra diretriz da ESPEN, a indicação de tratamentos médicos, assim como a nutrição artificial em pessoas em fase final de vida, deve considerar os potenciais riscos, benefícios e objetivar, acima de tudo, oferecer qualidade de vida para o paciente. Neste sentido, a oferta de energia e líquidos nem sempre é necessária nesta fase de vida. Ademais, se os prejuízos forem superiores aos potenciais ganhos com o tratamento, este deve ser interrompido ou não iniciado (DRUML, 2016).

Estimar o prognóstico de pessoas que possuem uma doença grave é fundamental para o planejamento dos objetivos de cuidado e apoia a tomada de decisões relacionadas ao fim da vida. Um estudo prognóstico, realizado por Bischoff, et al (2024), que avaliou a correlação entre a escala PPS e a estimativa de vida de 4479 pacientes, entre 2018 e 2020, verificou que a taxa de mortalidade foi maior naqueles com menor valor de PPS e mais da metade dos pacientes com PPS escore de 10% à 20% morreram em até 1 mês da avaliação. Por outro lado, em uma revisão sistemática que analisou 17 estudos, 5 destes descreveram que pacientes com PPS escore 10% vieram a óbito em até 3 dias (BAIK, 2018).



Neste trabalho, observou-se a prevalência do PPS 20% e 30% (em 82,6% dos participantes), assim como, verificou-se que dos pacientes avaliados com PPS 10% (13,04%), todos vieram a óbito, no tempo médio de 8 dias. Além disso, a maior parte dos pacientes que vieram a óbito apresentaram na primeira avaliação valores de PPS 20% e 30% (42,5% e 37,5%, respectivamente) e não foram verificados valores de PPS maior que 40% (Tabela 4).

Segundo os dados coletados nesta pesquisa, 78,7% dos participantes apresentaram FAST maior que 7A (equivalente à fase avançada da doença). O estágio com maior prevalência foi FAST 7F (39,39%). Dessa forma, observa-se que a maioria dos pacientes avaliados foram internados em estágio avançado da doença conforme esperado pelo perfil dos pacientes da unidade do estudo.

Tabela 4 - Predomínio da funcionalidade dos participantes do estudo, avaliada pela escala de performance paliativa (*Palliative Performance Scale* - PPS), de acordo com a amostra total, óbito e não óbito (alta ou transferência hospitalar), Brasília-DF, 2024.

	Amostra total n (%)	Óbito n (%)	Não óbito n (%) (1)	P-valor
<i>PPS</i>				0,687
10 (2)	6 (13,04%)	6 (15%)	-	
20 (3)	19 (41,3%)	17 (42,5%)	2 (33,33%)	
30 (4)	19 (41,3%)	15 (37,5%)	4 (66,67%)	
40 (5)	2 (4,35%)	2 (5%)	-	
<i>FAST</i>				0,677
5	1 (3,03%)	1 (3,7%)	-	
6C	2 (6,06%)	2 (7,41%)	-	
6D	1 (3,03%)	1 (3,7%)	-	
6E	3 (9,09%)	3 (11,11%)	-	
7A	5 (15,15%)	4 (14,81%)	1 (16,67%)	
7B	1 (3,03%)	-	1 (16,67%)	
7C	4 (12,12%)	3 (11,11%)	1 (16,67%)	
7D	3 (9,09%)	2 (7,41%)	1 (16,67%)	
7F	13 (39,39%)	11 (40,74%)	2 (33,33%)	

Fonte: Elaborado pelo autor, 2025.

Nota: Valores apresentados em frequências absolutas (frequências relativas-%). P-valor obtido por teste exato de Fisher com 5% de nível de significância.

(1) Não óbito: Alta ou transferência hospitalar;

(2) PPS 10: Totalmente acamado, incapaz para qualquer atividade/doença extensa, dependência completa, dieta zero (apenas cuidados com a boca) e sonolência/coma±confusão;



- (3) PPS 20: Totalmente acamado, incapaz para qualquer atividade/doença extensa, dependência completa, aceitação alimentar mínima a pequenos goles e nível de consciência completo, ou sonolência ± confusão;
- (4) PPS 30: Totalmente acamado, incapaz para qualquer atividade/doença extensa, dependência completa, aceitação alimentar normal a reduzida e nível de consciência completo, ou sonolência ± confusão;
- (5) PPS 40: Maior parte do tempo acamado, incapaz para qualquer atividade/doença extensa, dependência quase completa, aceitação alimentar normal a reduzida e nível de consciência completo, ou sonolência ± confusão;

O tempo de internação mais prevalente foi de até 10 dias, correspondendo a 60,87% dos participantes. Cerca de 40% da amostra permaneceu internada entre 6-10 dias, com desfecho mais frequente sendo o óbito (Tabela 5). Com isso, pode-se inferir que, frequentemente, os pacientes são encaminhados ao Hospital de Apoio nos seus últimos dias de vida.

Tabela 5 - Frequência do tempo de internação em dias, de acordo com a amostra total, óbito e não óbito (alta ou transferência hospitalar), Brasília-DF, 2024.

	Amostra total n (%)	Óbito n (%)	Não óbito n (%) (1)	P-valor
Tempo de internação				0,204
1 - 5 dias	10 (21,74%)	9 (22,5%)	1 (16,67%)	
6 - 10 dias	18 (39,13%)	17 (42,5%)	1 (16,67%)	
11 - 15 dias	1 (2,17%)	1 (2,5%)	-	
16 - 20 dias	5 (10,87%)	5 (12,5%)	-	
21 - 25 dias	2 (4,35%)	1 (2,5%)	1 (16,67%)	
26 - 30 dias	4 (8,7%)	3 (7,5%)	1 (16,67%)	
> 30 dias	6 (13,04%)	4 (10%)	2 (33,33%)	

Fonte: Elaborado pelo autor, 2025.

Nota: Valores apresentados em frequências absolutas (frequências relativas-%). P-valor obtido por teste exato de Fisher com 5% de nível de significância.

(1) Não óbito: Alta ou transferência hospitalar;

Dos participantes com internação superior a 10 dias, 13 obtiveram ao menos uma reavaliação. Na primeira reavaliação a via alimentar mais frequente foi a via oral (53,8%), com prevalência da consistência líquida pastosa, com aceitação total da dieta em 85,71% da amostra e uso de espessante em 28,57%. Na segunda e terceira reavaliação, não houve diferença entre a dieta oral e enteral, enquanto que, para os participantes com dieta enteral o volume mais recebido foi até 300ml/dia. Nas três reavaliações, dos sintomas avaliados o mais prevalente foi a constipação, enquanto o PPS mais frequente foi de 20% a 30% (Tabela 6). O diagnóstico nutricional foi avaliado somente na admissão.

Tabela 6 - Principais achados dos aspectos que foram reavaliados, nas três reavaliações feita a cada 10 dias, dos participantes com internação superior a 10 dias, n (%). Brasília, DF, 2024.



	1ª Reavaliação (n = 13)	2ª Reavaliação (n = 6)	3ª Reavaliação (n = 4)
Participantes em dieta oral	7 (53,8%)	3 (50%)	2 (50%)
Participantes em dieta enteral	6 (46,15%)	3 (50%)	2 (50%)
Volume ofertado da dieta enteral até 300ml/dia	1 (16,66%)	2 (66,66%)	1 (50%)
Consistência alimentar líquida pastosa participantes em dieta via oral)	4 (57,14%)	2 (66,66%)	2 (66,66%)
Aceitação alimentar total (participantes em dieta via oral)	6 (85,71%)	2 (66,66%)	2 (66,66%)
Uso de espessante (participantes em dieta via oral)	2 (28,57%)	1 (33,33%)	0
Constipação presente	5 (38,46%)	3 (50%)	1 (25%)
PPS 20	5 (38,46%)	3 (50%)	1 (25%)
PPS 30	6 (46,15%)	1 (16,66%)	2 (50%)
PPS 40	2 (15,38%)	1 (16,66%)	0

Fonte: Elaborado pelo autor, 2025.

Nota: Valores apresentados em frequências absolutas (frequências relativas-%). P-valor obtido por teste exato de Fisher com 5% de nível de significância.

Dos pacientes incluídos, 40 (86,96%) foram a óbito durante o estudo e dos pacientes que não foram a óbito, 5 (10,87%) tiveram alta hospitalar e 1 (2,17%) permaneceu internado (Tabela 1). O óbito foi relacionado ao volume enteral prescrito ($p=0,031$), de modo que volumes maiores foram mais frequentes em pacientes que não foram a óbito (Tabela 3). Não foram encontradas outras relações significativas entre as variáveis estudadas e o desfecho óbito em idosos com demências hospitalizados em uma unidade de referência distrital especializada em cuidados paliativos.

4. Considerações finais

Este estudo teve como objetivo conhecer os aspectos relacionados aos pacientes com demências hospitalizados no Hospital de Apoio de Brasília. Verificou-se predominância entre mulheres, idosos maiores de 80 anos, com escolaridade inferior ao ensino fundamental completo e com demência de Alzheimer.

Entre os achados deste estudo, destaca-se a prevalência de desnutrição em 91,3% dos participantes, fato que corrobora com dados da literatura atual, em que pacientes com demência em fase avançada possui maior risco de desenvolverem desnutrição devido às dificuldades enfrentadas com a alimentação e consequente perda ponderal.

Além disso, dentre os participantes em dieta enteral, o desfecho óbito obteve correlação significativa com menores volumes ofertados ($p=0,031$), à medida em que aproximou-se do fim da vida o volume de dieta tolerado foi menor, pois a mesma é ajustada diariamente na unidade, conforme tolerância do paciente. Não foram



encontradas outras relações significativas entre as variáveis estudadas e o desfecho óbito.

Percebe-se ainda, que há desconhecimento e pouco consenso por parte dos profissionais de saúde acerca da adequada indicação da via de alimentação alternativa em pacientes com demência avançada, visto a alta prevalência da dieta enteral iniciada em unidades que não são especializadas em cuidados paliativos.

Grande parte dos participantes da pesquisa não tinham especificado a etiologia da demência, dado que se correlaciona à atual dificuldade em investigar a patologia, principalmente na fase inicial. Portanto, é crucial o desenvolvimento de ferramentas e estratégias que contribuam para o diagnóstico facilitado e precoce, para que além de possibilitar melhores cuidados, estas pessoas sejam identificadas ainda enquanto lúcidas e capazes de manifestar os próprios valores e desejos.

O *n*-amostral não pôde ser expandido neste estudo devido às especificidades da unidade de pesquisa. Entretanto, destaca-se a importância da elaboração de novos estudos prospectivos compostos por uma população representativa deste público, visto que há carência de informações sobre o tema, sobretudo sobre as características da alimentação, como aporte calórico, apresentação de sintomas decorrentes da dieta e possíveis sugestões de condutas para manejo e auxílio na tomada de decisão e planejamento do cuidado nutricional.

Referências



ALVES, J. T. M. et al. **Diretriz BRASPEN de Terapia Nutricional no Paciente com Doenças Neurodegenerativas**. Braspen Journal, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 2-34, jul. 2022. DOI: 10.37111/braspenj.diretrizNEURO2022.

BAIK, D.; RUSSELL, D.; JORDAN, L.; DOOLEY, F.; BOWLES, K. H.; MASTERSON, C. R. M. **Using the Palliative Performance Scale to Estimate Survival for Patients at the End of Life: A Systematic Review of the Literature**. Journal of palliative medicine, [s.l.] 21(11), 1651–1661. 2018. <https://doi.org/10.1089/jpm.2018.0141>

BRASIL. Lei 10.741 - **Dispõe sobre o estatuto do idoso e dá outras providências**. Brasília, DF: Imprensa Nacional, Diário Oficial da União, 2003. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm] Acesso em: 13/11/23.

BUITRAGO, A.F.S.; PERDOMO, D.C.; BOGOTAC, M.A.M.; **Asociación entre el deterioro cognitivo y factores socioeconómicos y sociodemográficos en adultos mayores colombianos**. Revista colombiana de psiquiatria. [s.l.] 53(2):134–141, 2024. Disponível em: [<http://www.scielo.org.co/pdf/rcpv/v53n2/0034-7450-rcpv-53-02-134.pdf>] Acesso em: 12/01/2025.

CAO, Q.; TAN, C.C.; XU, W. et al. **The Prevalence of Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis**. Journal of Alzheimer's Disease, 2019. DOI: 10.3233/JAD-191092.

CASTILHO, R. K.; et al. **Manual de cuidados paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP)**. 3 ed. Atheneu, Rio de Janeiro, 2021.

CHEN, C.L. et al. **Constipation and Its Associated Factors among Patients with Dementia**. International Journal of Environmental Research and Public Health, v. 17, n. 23, p. 9006, 3 dez. 2020.

D'ALESSANDRO, M.P.S.; BARBOSA, L.C.; ANAGUSKO, S.S. et al. **Manual de cuidados paliativos**. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde, 2 ed. 2023.

DAVIES, N.; BARRADO-MARTIN, Y.; VICKERSTAFF, V. et al. et al. **Enteral tube feeding for people with severe dementia**. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2021. Issue 8. Art. No.: CD013503. DOI:10.1002/14651858.CD013503.pub2.

DIXON, T; SHAW, M; FRANKEL, S; et al. **Hospital admissions, age, and death: retrospective cohort study**. BMJ. 2004. DOI: 10.1136/bmj.38072.481933.EE.

GARRE OLMO, J. **Epidemiología de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias**. Revista de Neurología, v. 66, n. 11, p. 377, 2018. DOI: 10.33588/rn.6611.2017519.

GONÇALVES, T. S.; OLIVEIRA, L.C.; COSTA, M.F.; SILVA, A.R.B. **Alimentação e Nutrição em Cuidados Paliativos**. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. São Paulo, 2024.



HARVEY, L.; MITCHELL, R.; BRODATY, H; et al. **The influence of dementia on injury-related hospitalisations and outcomes in older adults.** Injury, 2016. DOI: 10.1016/j.injury.2015.09.021.

IJAPO, E. O.; IJAPO, R. O. **Tube Feeding in Individuals with Advanced Dementia: A Review of Its Burdens and Perceived Benefits.** Journal of Aging Research, v. 2019, n. 1, p. 1–16.

JAMESON, J. L. et al. **Medicina interna de Harrison.** 20. ed. Porto Alegre: AMGH. 2 v. 2020.

LASSEL, R. K. F.; MOREINES, L.T.; LUEBKE, M.R; et al. **Hospice interventions for persons living with dementia, family members and clinicians: A systematic review.** Journal of the American Geriatrics Society. vol 70, 7. 2022. DOI:10.1111/jgs.17802.

MINAGLIA, C; GIANNOTTI, C; BOCARDDI, V; et al. **Cachexia and advanced dementia.** Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle, 22 February, 2019. DOI: 10.1002/jcsm.12380.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; **Relatório nacional sobre a demência: Epidemiologia, (re)conhecimento e projeções futuras [recurso eletrônico].** 1 ed. Editora MS, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Gestão do Cuidado Integral. Brasília, Distrito Federal, 2024. Disponível em: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_nacional_demencia_brasil.pdf] Acesso em: 01/02/2025.

MITCHELL, S.L.; TENO, J.M.; KIELY, D.K; et al. **The Clinical Course of Advanced Dementia.** New England Journal of Medicine, v. 361, n. 16, p. 1529–1538, 15 out. 2009. DOI:10.1056/NEJMoa0902234.

OLIVEIRA, D. JUN OTUYAMA, L; MABUNDA, D; et al. **Reducing the Number of People with Dementia Through Primary Prevention in Mozambique, Brazil, and Portugal: An Analysis of Population-Based Data.** Journal Of Alzheimer's Disease, [s.l.], p.1-9, 12 jan. 2019.

ORREBALL, Y. **Nutritional support at the end of life.** Nutrition, v. 31, n. 4, p. 615–616, abr. 2015.

PERRY, E.; WALTON, K.; LAMBERT, K. **Prevalence of Malnutrition in People with Dementia in Long-Term Care: A Systematic Review and Meta-Analysis.** Nutrients 2023, 15, 2927.

PRINCE M; WIMO A; GUERCHET M; et al. **World Alzheimer Report 2015, The global impact of dementia an analysis of prevalence, incidence, cost and trends.** Alzheimer's Disease International, London, August, 2015. Disponível em: [https://www.alzint.org/u/WorldAlzheimerReport2015.pdf]. Acesso em: 27/01/2024.

SAMPSON, E.L.; CANDY, B.; DAVIES, S; et al. **Living and dying with advanced dementia: A prospective cohort study of symptoms, service use and care at the end of life.** Palliative Medicine, v. 32, n. 3, p. 668–681, 18 set. 2017.



SCLAN, S. G.; REISBERG, B. **Functional Assessment Staging (FAST) in Alzheimer's Disease: Reliability, Validity, and Ordinality.** *International Psychogeriatrics*, v. 4, n. 3, p. 55–69, abr. 1992.

SMID, J. et al. **Declínio cognitivo subjetivo, comprometimento cognitivo leve e demência - diagnóstico sindrômico: recomendações do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia.** *Dementia & Neuropsychologia*, v. 16, p. 1–24, 28 nov. 2022. Disponível em: [<https://doi.org/10.1590/1980-5764-DN-2022-S101PT>].

VOLKERT, D. et al. **ESPEN guidelines on nutrition in dementia.** *Clinical nutrition*, Edinburgh, Scotland, v. 34, n. 6, p. 1052–1073, 2015. Disponível em: [<http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2015.09.004>].

WEISBROD, N. **Primary Palliative Care in Dementia.** *Neurotherapeutics*, v. 19, n. 1, 26 jan. 2022. DOI: 10.1007/s13311-021-01171-x.

World Health Organization. **Global status report on the public health response to dementia.** 2021. Disponível em: [<https://www.who.int/multi-media/details/global-status-report-on-the-public-health-response-to-dementia>] Acesso em: 13/11/23.

World Health Organization. **Dementia.** 2023. Disponível em: [<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>]. Acesso em: 20/09/2023.