



HIDRATAÇÃO E NUTRIÇÃO NA DEMÊNCIA

Ana Luisa Rugani Barcellos
Andre Filipe Junqueira dos Santos
Manuela Vasconcelos de Castro Sales



ANCP
ACADEMIA NACIONAL DE
CUIDADOS PALIATIVOS



Sociedade Brasileira de
Geriatria e Gerontologia

HIDRATAÇÃO E NUTRIÇÃO NA DEMÊNCIA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Barcellos, Ana Luisa Rugani

Hidratação e nutrição na demência [livro eletrônico] / Ana Luisa Rugani Barcellos, Andre Filipe Junqueira dos Santos, Manuela Vasconcelos de Castro Sales ; [organizador Alexandra Mendes Barreto Arantes]. -- São Paulo : Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2020.

PDF

Bibliografia.

ISBN 978-65-990595-9-9

1. Alimentação 2. Demência 3. Demência - Tratamento 4. Nutrição I. Santos, Andre Filipe Junqueira dos. II. Sales, Manuela Vasconcelos de Castro. III. Arantes, Alexandra Mendes Barreto. IV. Título.

CDD-616.83

NLM-WM 200

20-49552

Índices para catálogo sistemático:

1. Demência : Medicina 616.83

Cibele Maria Dias - Bibliotecária - CRB-8/9427



Autores

Ana Luisa Rugani Barcellos

Médica Geriatra e Paliativista titulada e Coordenadora do Serviço de Cuidados Paliativos do Hospital de Ensino Risoleta Tolentino Neves-Fundep/UFGM.

Andre Filipe Junqueira dos Santos

Médico Geriatra e Paliativista, doutorado pela Universidade de São Paulo; Atua no serviço de Cuidados Paliativos do Instituto Oncológico de Ribeirão Preto/Grupo Oncoclínicas, Hospital São Francisco e Hospital Netto Campelo e Presidente da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (período 2019-2020).

Manuela Vasconcelos de Castro Sales

Médica Geriatra; Área de Atuação em Cuidados Paliativos - SBBG / AMB; Doutorado em Ciências pela USP; Coordenadora do Serviço de Cuidados Paliativos da Rede Hapvida e Docente da Universidade Federal do Ceará.

Organizador

Alexandra Mendes Barreto Arantes

Médica Geriatra com atuação em Medicina Paliativa; Médica assistente do Hospital de Apoio de Brasília e Coordenadora da equipe de Cuidados Continuados do Instituto Oncovida/Oncoclínicas.

Revisores

Ana Beatriz Galhardi Di Tommaso

Médica Geriatra. Afiliada do Ambulatório de Longevos da UNIFESP/EPM e Presidente da Comissão Permanente de Cuidados Paliativos da SBGG.

Laiane Moraes Dias

Especialista em Geriatria e Medicina Paliativa pela SBGG/AMB; Hospital Jean Bitar e UNACON/Hospital universitário João de Barros/PA e Douturanda em Bioética (Universidade do Porto).

Patrícia Barbosa Freire

Nutricionista membro da Equipe Interconsultora de Cuidados Paliativos do HRC; Especialista em Nutrição Funcional pela UNIC Sul e preceptora de residência multiprofissional do Programa Saúde do Adulto e idoso SES/DF.

Colaboradores

Anelise Fonseca

Mestre e doutora em Epidemiologia pela Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz; Geriatra SBGG/AMB e Paliativista pelo Instituto Pallium/Universidade San Salvador Argentina.

Camila Rabelo Monteiro de Andrade

Médica graduada pela UFMG; Especialista em geriatria pela SBGG e área de atuação em Cuidados Paliativos pela AMB.

Cecília Helena Peinado de Sampaio Mattos

Nutricionista; Especialista em Nutrição e Gerontologia pelo HCFM USP; Mestre e Doutora em Ciências pela FMRP USP.

Max Sarment Moreira Smiderle Mello

Fonoaudiólogo do Hospital de Apoio de Brasília (HAB) - Unidade de Reabilitação e Cuidados Prolongados (URCP) e Mestre em Ciências Médicas pela Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília (2011).

ANCP - Gestão 2019-2020

Presidente	André Filipe Junqueira dos Santos
Vice -Presidente	Douglas Henrique Crispim
Tesoureira	Esther Angélica Luiz Ferreira
Secretária	Erika Aguiar Lara Pereira
Coordenadora Científica	Cristhiane da Silva Pinto
Diretor Administrativo	Vitor Carlos da Silva
Colaborador	Neulanio Francisco de Oliveira
Colaborador	Rodrigo Kappel Castilho

Centro-Oeste

Presidente	Ricardo Borges da Silva
Vice -Presidente	Érika Renata N. C. de Oliveira
Tesoureira	Paula Lorite Fracasso Marochio
Secretária	Ana Maria Porto Cavas
Diretora Científica	Alexandra Mendes B. Arantes

Norte-Nordeste

Presidente	Vanise Barros Rodrigues da Motta
Vice -Presidente	Glenda Maria Santos Moreira
Tesoureira	Alini Maria Orathes Pontes Silva
Secretária	Laiane Moraes Dias
Diretora Científica	Monica Luz Torres Muniz

Sudeste

Presidente	Milena dos Reis Bezerra de Souza
Vice -Presidente	Filipe Tavares Gusman
Tesoureira	Daniela Charnizon
Secretária	Sarah Ananda Gomes
Diretor Científico	Roni Chaim Mukamal

Sul

Presidente	Úrsula Bueno do Prado Guirro
Vice -Presidente	Marcos Silveira Lapa
Tesoureira	Lauren Cristina de Matos Provin
Secretário	Rodrigo Kappel Castilho
Diretor Científico	João Luiz de Souza Hopf

Sumário

O que é demência?	9
Qual importância do cuidado com alimentação no início da demência? Quais as recomendações?	10
Meu familiar com demência pode apresentar problemas na alimentação?	12
O que fazer quando meu familiar se recusa a comer?	13
Quais profissionais podem ajudar?	15
É normal que meu familiar perca peso ao longo da demência?	16
Preciso dar vitaminas e suplementos alimentares?	17
O idoso com demência deve comer sozinho, ou com outras pessoas?	18
Como lembrar a pessoa com demência que ele deve se alimentar, ou que já se alimentou?	19
Meu familiar vai precisar de sondas de alimentação no futuro?	20
A pessoa com demência sente fome, ou sede?	22

Sumário

Se ela se engasgar, o que devo fazer?	23
A sonda ajuda a pessoa viver mais já que ela não quer comer?	23
A sonda/gastrostomia diminui a chance de pneumonia? Quais os riscos que eu assumo quando aceito que meu familiar seja submetido a essas vias alternativas de alimentação?	24
Está indicado o uso de restrição física ou sedação medicamentosa para possibilitar a dieta por sondas em idosos com demência?	25
O que é alimentação de conforto?	26
O que vai acontecer com meu familiar com demência se ele não fizer a gastrostomia (GTT)?	27
Como eu posso explicar aos meus familiares e amigos que não estou permitindo uma morte acelerada pelo jejum?	28
A alimentação não ajudaria a cicatrizar as feridas?	30
Referência Bibliográfica	31

1

O que é demência?

A demência é um conjunto de sintomas decorrentes de alguma alteração do cérebro. Não é uma doença única, ou seja, diferentes doenças podem constituir sua causa, como é o caso da Doença de Alzheimer, de doenças vasculares como o Acidente Vascular Encefálico e muitas outras.

Dependendo de qual parte do cérebro é afetada, pode causar diferentes manifestações, como alteração de memória, da linguagem, da capacidade de resolver problemas e até do comportamento. Essas alterações devem ser importantes o suficiente para afetar as atividades do dia a dia da pessoa, o que pode incluir a capacidade de trabalhar, de viver de maneira independente na sociedade ou até de realizar cuidados básicos como tomar banho. Em geral, é uma doença progressiva, ou seja, compromete de maneira gradual diversos domínios cerebrais de modo a promover perdas das habilidades previamente aprendidas de maneira irreversível, ou seja, incurável. A demência pode acometer qualquer pessoa e, apesar de ser mais comum em idosos, não deve ser considerada como parte normal do envelhecimento.

2

Qual importância do cuidado com a alimentação no início da demência? Quais as recomendações?

É importante tentar manter uma alimentação equilibrada e variada, incentivando a pessoa com demência a fazer pelo menos 3 refeições ao dia, ingerir frutas, legumes e verduras e fontes de proteína, como arroz e feijão, carnes e ovos, evitando o excesso de alimentos processados e industrializados que apenas fornecem "calorias vazias", sem nutrientes.

Tenha paciência e dê um tempo para o paciente "lembrar" de como comer. Fazer a refeição junto com a pessoa com demência também auxilia no processo, pois o paciente tende a "imitar" os seus gestos.





No início da demência é importante orientar o paciente sobre às refeições que já fez e aos horários das mesmas, uma vez que o paciente pode perder a noção do tempo e das tarefas que acabou de realizar.

Ao mesmo tempo que o paciente pode querer almoçar duas vezes, também é possível ele esquecer de comer, ou de tomar água. Estímulos como um relógio com alarme, ou uma mesa preparada, podem ser um lembrete para a hora da refeição. Deixar alimentos de fácil acesso e que não necessitem de preparo no fogo também são uma boa opção.

Esquecer de engolir os alimentos, ou simplesmente não reconhecer alimentos que estava acostumado a consumir também são coisas que podem ocorrer. Não fique irritado se o paciente quiser usar as mãos para comer e evite oferecer alimentos demasiadamente quentes, pois a pessoa pode se queimar. A alimentação para pessoas com demência, além de ser fundamental para manter a qualidade de vida, deve ser também uma fonte de relacionamento entre o paciente e seus entes queridos.



Meu familiar com demência pode apresentar problemas na alimentação?

Nas fases iniciais da demência, a pessoa pode ter dificuldade em preparar os alimentos, não realizar algumas refeições, ou apresentar mudanças de preferências alimentares ingerindo apenas um tipo de alimento. Nessa fase, é importante, que o cuidador acompanhe os hábitos alimentares mais de perto. A pessoa pode apresentar ainda dificuldades com o uso de talheres, ou outros utensílios e uma boa estratégia para diminuirmos essa barreira é a oferta de alimentos que podem ser consumidos com as próprias mãos (por exemplo frutas, tortas, sobremesas, etc).

Com isso podemos descomplicar o momento da alimentação à medida que mantemos a autonomia e independência do indivíduo, fato que pode melhorar profundamente a aceitação alimentar. Além disso, a oferta de um ambiente tranquilo, sem tensões e cobranças, contribui de forma ímpar no processo de aceitação dos alimentos.

Causas de diminuição da aceitação alimentar da pessoa idosa

- Perda de apetite pela alteração das papilas gustativas, ou por conta da solidão.
- Excesso de medicações promovendo boca seca, sensação de empachamento, azia, etc.
- Dificuldade de reconhecer alimentos por conta das alterações cognitivas.
- Dificuldade de preparar o próprio alimento.
- Diminuição de reserva financeira para compra do alimento.

4

O que fazer quando meu familiar se recusa a comer?

A alimentação de um paciente com demência pode ser trabalhosa e requer tempo e paciência por parte dos cuidadores.

Devemos considerar que quando a pessoa atinge uma fase avançada de doença, o objetivo da dieta deve ser o de oferecer alimentos de acordo com a aceitação da pessoa, ou

seja, oferecer a quantidade que é confortável para ela. Não devemos buscar atingir um limite de calorias de acordo com os padrões dos adultos jovens: o metabolismo e gasto energético é muito diferente nessa fase da vida e, alimentos em excesso, podem fazer mais mal do que bem no contexto da demência avançada.

Diferentes estudos têm mostrado que a alimentação pela boca, em pequenas quantidades, com consistência adaptada e conforme a aceitação do indivíduo (chamada de dieta de conforto) representa a forma mais segura e digna de alimentação. O uso de alimentação por tubos (as chamadas sondas de alimentação) não melhora o estado nutricional nesta fase e podem promover danos das mais variadas naturezas.

VOCÊ SABIA?

O uso de dietas por sonda da fase avançada das demências:

- Aumenta o risco de lesões de pele.
- Aumenta o risco de infecções pulmonares e de via aérea superior.
- Não melhora o ganho de peso.
- Não promove conforto, ou bem-estar.
- Não melhora a relação do indivíduo com o alimento.

E para facilitar essa oferta de alimentos, podemos fazer alguns pequenos ajustes como oferecer refeições em porções menores e realizar ajustes da consistência e da textura de acordo com as preferências da pessoa cuidada. A escolha de alimentos com alto teor calórico possibilita administrar menor quantidade de alimentos mantendo a mesma quantidade de energia ofertada.

5

Quais profissionais podem ajudar?

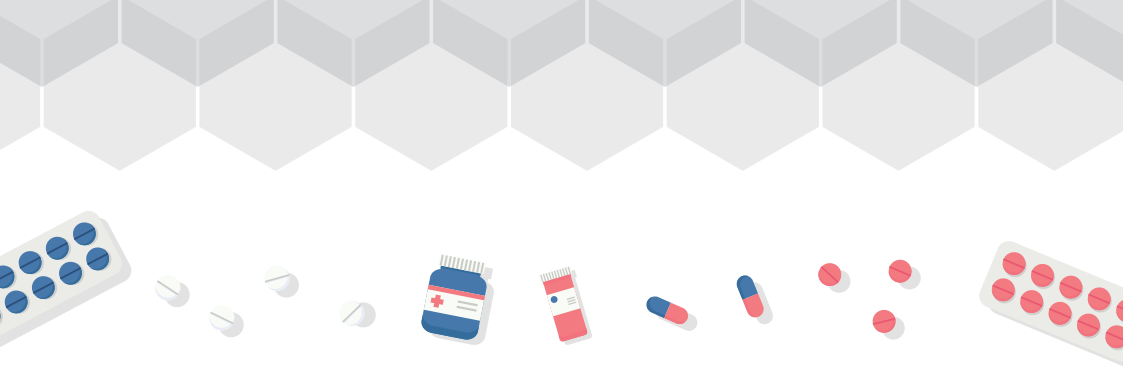
Importante que paciente e familiares sejam assistidos por uma equipe interdisciplinar ao longo da evolução da doença. Uma equipe, idealmente, composta por médico, enfermeiro, psicólogo, nutricionista, dentista, fisioterapeuta e fonoaudiólogo poderá contribuir com o cuidado integral. De maneira prática:

- O nutricionista será fundamental para avaliar o paciente e seus hábitos alimentares, de forma a adaptar a dieta aos diferentes estágios da doença.
- O fonoaudiólogo(a) poderá avaliar o paciente e orientar sobre as dificuldades de deglutição, ensinando a família como posicionar o corpo e a cabeça do indivíduo na hora da alimentação a fim de facilitar a deglutição bem como dando dicas de consistências alimentares segura.



É normal que meu familiar perca peso ao longo da demência?

Sim. A perda de peso é esperada e pode estar presente já no momento do diagnóstico por alteração do paladar, esquecimento dos horários de se alimentar, ou pela dificuldade de realizar a tarefa de fazer compras, armazená-las e preparar a comida, se for o paciente responsável por estas atividades. O aumento do gasto energético como resultado de uma maior agitação e movimentação, quando há problemas de comportamento, também pode contribuir para a perda ponderal. Ao longo dos anos, a demência se torna mais grave e o paciente pode não reconhecer o alimento e não conseguir engolir diferentes consistências dos alimentos, o que contribui com contínua perda de peso.



7

Preciso dar vitaminas e suplementos alimentares?

Na demência não existe uma recomendação específica de suplementação isolada de nutrientes. As recomendações energéticas e proteicas são semelhantes aos idosos saudáveis. A reposição de vitamina é indicada somente se diagnosticado deficiência de nutrientes. Caso o médico realize exames que detecte a falta de uma vitamina específica ele poderá indicar a necessidade de reposição vitamínica específica.

Entretanto, algumas pessoas com demência aumentam seu nível de atividade física, caminhando mais que o habitual devido a agitação que a demência provoca. Nessa situação, podem ser utilizados suplementos nutricionais orais para fornecer maior aporte energético, caso o paciente não consiga ingerir toda a quantidade de alimento necessária para suprir as demandas. Essa avaliação deve ser feita através de uma consulta médica e nutricional, com seguimento periódico.

A alimentação deve ser um momento agradável, sem tensões, adaptada a todo o momento, a depender do paciente e da sua fase da doença. O ideal é que o ambiente seja o mais parecido com a rotina habitual do idoso e a independência seja preservada sempre que possível. É comum que idosos com demência fiquem mais irritados com ambientes com muitas pessoas e ruídos e isto pode comprometer a alimentação.

O cuidador precisa estar atento e se o paciente não conseguir se alimentar com talheres, a refeição poderá ser feita utilizando as mãos e para isso os alimentos precisam ter consistência e tamanho que facilitem que o paciente os leve a boca. O prato deve estar a uma distância confortável ao paciente.

O cuidador poderá se alimentar perto do paciente e será uma oportunidade para que o paciente possa imitar as ações de levar a comida a boca e mastigar.



9

Como lembrar a pessoa com demência que ele deve se alimentar ou que já se alimentou?

Uma ligação ou um despertador poderá ser útil para lembrar o paciente dos horários das refeições. Importante que os alimentos tenham fácil acesso e sejam de fácil preparação se o paciente for prepará-los sozinho.

O familiar também poderá solicitar entrega de refeições prontas e nutritivas ao paciente.

10

Meu familiar vai precisar de sondas de alimentação no futuro?

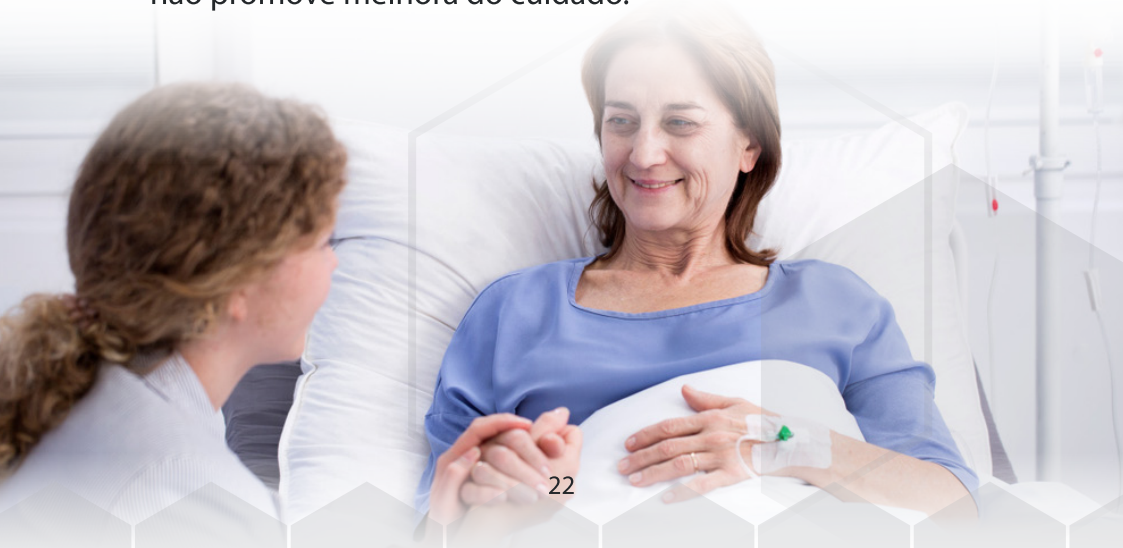
Como dissemos anteriormente, a perda de apetite e as dificuldades alimentares são comuns ao longo da evolução dos quadros de demência. Desta forma, desde o momento do diagnóstico, seria ideal que uma equipe pudesse acompanhar o padrão alimentar e de peso destes indivíduos.

Há espaço para ajustes de consistências, aumento da oferta de calorias com suplementos, adaptação das consistências e etc. Não há evidências científicas de segurança e eficácia para o uso de sondas no contexto das demências em evolução. Naturalmente cada caso deve ser avaliado de forma muito particular por especialistas uma vez que a evolução das síndromes demenciais obedece a um padrão diferente quando comparado à maioria das doenças neurológicas. Neste caso, os especialistas em geriatria e gerontologia são os profissionais mais indicados para o cuidado, que pode ser feito em conjunto com os colegas das outras áreas.

11 A pessoa com demência sente fome, ou sede?

Depende da fase da doença. Nos estágios iniciais, a fome e sede normalmente estão preservados. Porém, com o avançar da doença é comum a redução da ingestão alimentar por conta da diminuição de percepção de fome. Em fases avançadas, com significativo comprometimento da cognição e funcionalidade, o organismo sofre reações metabólicas que suprimem a sensação de sede e de fome, fato que promove diminuição da aceitação de comida e bebida.

É importante ressaltar que nesta fase a ausência de percepção fome/sede não gera desconforto, ou sofrimento para o paciente e a oferta artificial de alimentos por sondas não promove melhora do cuidado.





12

Se ela se engasgar, o que devo fazer?

É comum o comprometimento da deglutição nas fases mais avançadas da doença. Isso se manifesta comumente com engasgos com a própria saliva e também durante a alimentação. É importante a consulta com o(a) fonoaudiólogo(a) para avaliar o quadro e adequar a consistência dos alimentos (mais pastosos e macios), tornando a deglutição mais fácil e segura.

Em algumas situações, o uso de substâncias espessantes, que engrossam os líquidos, está indicado.

13

A sonda ajuda a pessoa a viver mais já que ela não quer comer?

As pesquisas científicas mostraram que a dieta através de sondas não aumenta o tempo de vida e pode gerar piora do desconforto e sofrimento do paciente.

A literatura médica não indica o uso de dieta por sonda em paciente com demência avançada. No lugar de alimentos por tubos devemos oferecer o trabalho de uma equipe interdisciplinar que irá conhecer os gostos do indivíduo, irá adaptar os alimentos e as consistência e irá ajudar os cuidadores a escolher o melhor momento do dia para a oferta de alimentos.



14

A sonda/gastrostomia diminui a chance de pneumonia? Quais os riscos que eu assumo quando aceito que meu familiar seja submetido a essas vias alternativas de alimentação?

Não temos estudos que demonstrem, com clareza, que as sondas reduzem a pneumonia. Os dados dos estudos são conflitantes e um estudo de revisão não demonstrou menores chances de pneumonia nos pacientes em uso de sondas em geral. Comparando as sondas nasoentéricas e a gastrostomia, os indivíduos com gastrostomia apresentaram menos pneumonias aspirativas.

Devido às alterações cerebrais e estado de consciência, existe risco de aspiração da dieta enteral mesmo utilizando as sondas de alimentação. Os riscos de complicações relacionados a sonda nasal podem ser otite, sinusite, lesão e necrose de aba nasal, rouquidão e migração da sonda, intercorrências em trato gastrointestinal como distensão abdominal, diarreia, náuseas e vômitos além de piora da ansiedade e agitação por desconforto da sonda, prurido e dor na garganta. A gastrostomia pode complicar com sangramentos, infecções e deslocamento da sonda.

15

Está indicado o uso de restrição física, ou sedação medicamentosa para possibilitar a dieta por sondas em idosos com demência?

Pacientes idosos não devem receber sedação farmacológica, ou restrições físicas para manutenção da administração de terapia nutricional enteral devido ao maior risco de imobilidade e perda de massa livre de gordura.

Além disso, os idosos com demência apresentam alterações comportamentais quando contidos.



Diante da progressão de uma doença incurável, quando chega a uma fase avançada e mais ainda, no fim de vida, é comum o paciente apresentar falta de apetite, recusar a oferta de algum alimento, ou até apresentar dificuldade importante para engolir qualquer tipo de consistência.

Além disso, exatamente por se encontrar nessa fase, o paciente provavelmente pode até apresentar desconforto com alguns alimentos ou quando recebe uma quantidade excessiva de dieta.

A alimentação de conforto surge como uma opção de oferta alimentar de acordo com as preferências de cada indivíduo, em uma consistência segura e em porções que não causem efeitos colaterais. Independente da oferta calórica essa alimentação é capaz de propiciar uma sensação de bem-estar e conforto, sendo esses os verdadeiros significados da alimentação por prazer.



O que vai acontecer com meu familiar com demência se ele não ficar a gastrostomia (GTT)?

Como a demência é uma doença progressiva, que promove perda de reservas e suas fases são irreversíveis, quando o paciente alcançar a fase avançada da demência, provavelmente apresentará muita dificuldade para engolir. Aliás, essa grave dificuldade é um marcador significativo do avanço da doença e demonstra que a doença está em franca evolução para o seu fim de vida. A perda de peso é mais um sinal de progressão e não há maneiras de reverter esse quadro.

A gastrostomia (GTT) deve ser usada em casos potencialmente reversíveis (exemplo: infecção com sonolência associada), por um período pré-determinado, ou no contexto de doenças com dificuldade de deglutição permanente e/ou isolada. Em geral os doentes que se beneficiam de dieta por gastrostomia possuem doenças que alteram de forma isolada, ou muito caprichosa, a musculatura

da deglutição. No fim de vida das demências as alterações cerebrais são generalizadas e não há qualquer benefício em seu uso. No contexto da progressão da demência para a finitude o metabolismo assume um padrão de lentificação, como se fosse um modo "econômico" de gasto energético. Nesse estado, o paciente além de não apresentar fome, também sente menos sede. De forma geral, o paciente que não faz gastrostomia não vem a falecer devido a desnutrição, mas sim em decorrência da própria demência e suas complicações.

18

Como eu posso explicar aos meus familiares e amigos que não estou permitindo uma morte acelerada pelo jejum?

Na progressão de uma doença incurável, em sua fase avançada e mais ainda, terminal, ocorrem alterações hormonais e reações metabólicas no organismo, com aumento de substâncias na circulação que são responsáveis pela diminuição da sensação de sede e fome, redução do gasto energético e sensação de bem-estar.



Em geral, os pacientes se sentem satisfeitos com pequenas quantidades de alimento e fluidos, ou até mesmo com os cuidados de higienização e umidificação da cavidade oral.

Dessa forma, a privação alimentar pode ser bem tolerada e até mesmo associada à sensação de bem-estar, especialmente quando comparada aos efeitos de uma ingestão inadequada de calorias, ou dos sintomas de dor, náuseas e vômitos que podem advir de uma alimentação forçada.

A nutrição e hidratação artificiais não são intervenções básicas que podem ser aplicadas a todos os pacientes, assim como é a alimentação natural. O suporte nutricional e de hidratação artificial estão mais próximos de um procedimento clínico, ou cirúrgico do que uma medida para simplesmente alimentar o paciente.

É importante tomar consciência de que a doença de base é que está levando o paciente ao óbito e que não introduzir suporte nutricional e hidratação significa permitir a “morte natural”, que na verdade ocorre nas duas situações, com ou sem suporte nutricional.



19

A alimentação não ajudaria a cicatrizar as feridas?

A cicatrização é um processo de reparação tecidual dinâmico do organismo em resposta a uma lesão, com intuito de restituir a característica anatômica, estrutural e funcional do tecido lesado. Este mecanismo não depende apenas de energia e proteína, e pode ser alterado por inúmeros fatores intrínsecos e extrínsecos como idade, alteração do nível de consciência, imobilidade, incontinência urinária e fecal, presença de comorbidades, capacidade cognitiva, além de má nutrição e desnutrição.

Até o momento, nenhuma evidência está disponível para a eficácia de alimentação por sonda para idosos com demência avançada em relação à cicatrização de lesão por pressão, quando comparada à alimentação por via oral.

O cuidado com a integridade da pele e a prevenção do aparecimento de lesões por causas evitáveis deve ser predominantemente considerada. Vale lembrar que a nutrição e hidratação artificiais estão associadas a riscos consideráveis como maior necessidade de restrição ao leito de pacientes com demência.

Referência Bibliográfica:

- 1) What is dementia? Dementia Australia ©1999 Reviewed 2017.
Disponível em:
https://www.dementia.org.au/files/helpsheets/Helpsheet-AboutDementia01-WhatIsDementia_english.pdf
- 2) BMJ Best Practice: Avaliação da demência. Disponível em:
<https://bestpractice.bmj.com/info/pt/>
- 3) Mitchell SL. CLINICAL PRACTICE. Advanced Dementia. N Engl JMed.2015;372(26):2533-2540. doi:10.1056/NEJMcp1412652
- 4) Site amigos da demência:
<http://alzheimerportugal.org/pt/text-0-15-22-120-nutricao>
- 5) BOTTONI, Andrea; et al. Papel da nutrição na cicatrização. Revista Ciências em saúde, v.1, n.1, abril, 2011
- 6) National Institute for Health and Care Excellence (UK). Dementia: Assessment, management and support for people living with dementia and their carers. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2018.
- 7) Rahnemai-Azar AA, Rahnemaiazar AA, Naghshizadian R, Kurtz A, Farkas DT. Percutaneous endoscopic gastrostomy: indications, technique, complications, and management. World J Gastroenterol. 2014;20(24):7739-7751. doi:10.3748/wjg.v20.i24.7739

ANCP - Academia Nacional de Cuidados Paliativos
Rua Artur de Azevedo, 289 Sala 3 - Cerqueira Cesar
São Paulo, SP - CEP-05404-010
Fones: +55 11 3087-3403 | +55 11 93146-5291
contato@paliativo.org.br - www.paliativo.org.br



ANCP
ACADEMIA NACIONAL DE
CUIDADOS PALIATIVOS



Sociedade Brasileira de
Geriatria e Gerontologia