



**Intervenção Nutricional no Retardamento da Deterioração Cognitiva e
Demência**

Nutritional Intervention in Delaying Cognitive Deterioration and Dementia

Sara Daniela Casimiro Pessoa

Orientado por: Dr.^ª Daniela Vareiro

Revisão Temática

Ciclo de estudos: 1.º Ciclo em Ciências da Nutrição

Instituição académica: Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da

Universidade do Porto

Porto, 2017

Resumo

Pessoas idosas que sofrem de demência têm risco de desnutrição aumentado, sendo também documentada em vários estudos a associação entre a perda de peso e o aumento do risco de mortalidade nesta população. As causas da perda de peso têm várias origens e incluem a perda de apetite associada à deterioração de regiões do cérebro e problemas comportamentais e funcionais que dificultam a ingestão alimentar adequada. É, deste modo, questionável que tipo de intervenções nutricionais são efetivas para assegurar uma ingestão alimentar e nutricional adequada.

Com o presente trabalho pretende-se reconhecer de que forma a intervenção nutricional pode ser uma estratégia no retardamento da deterioração cognitiva e na demência. Referem-se como estratégias de intervenção nutricional na demência o rastreio de desnutrição e monitorização do peso, atitudes no momento das refeições, a adequação do ambiente e a disponibilidade de pequenas refeições ao longo do dia, o uso de suplementos nutricionais orais, a utilização de dietas de textura modificada, entre outras.

Apesar de estudos na área serem ainda escassos, de curta duração e com baixo número de participantes, os cuidados nutricionais devem ser parte integrante na intervenção holística em pessoas com demência.

Realça-se, ainda, a importância de adaptar a intervenção caso a caso, considerando as dificuldades alimentares, o conforto, a tranquilidade, o prognóstico e os desejos da pessoa e da família, esteja ou não institucionalizada.

Palavras-chave: demência, deterioração cognitiva, intervenção nutricional, adaptações alimentares.

Abstract

Elderly people suffering from dementia are at risk of increased malnutrition and an association between weight loss and increased risk of mortality in this population is also documented in several studies. Causes of weight loss include loss of appetite associated with deterioration of brain regions and behavioral and functional problems which hamper an adequate food intake. It is, therefore, questionable what kind of nutritional interventions are effective for an adequate food and nutritional intake.

With the present work we intend to recognize how a nutritional intervention can be a strategy in delaying cognitive deterioration and dementia. As nutritional intervention strategies in dementia, it is mentioned the screening for malnutrition and weight monitoring, assistance at meal times throughout the day, the use of oral nutritional supplements and modified texture diets, among others.

Although studies in the area are still scarce, of short duration and with a low number of participants, nutritional care should be integrated into the holistic intervention in individuals with dementia. It is emphasized the importance of adapting an intervention on a case-by-case basis, considering eating difficulties, comfort, tranquility, prognosis and the individual's and his/her family's desires, both in institutions and at home.

Keywords: Dementia, cognitive impairment, nutritional intervention, adapted strategies

Índice

Resumo	ii
Abstract	iii
Introdução.....	1
Deterioração cognitiva e Nutrição.....	2
Alterações alimentares e nutricionais em pessoas com demência	4
Intervenção nutricional na Demência	6
Discussão e conclusão.....	14
Agradecimentos.....	16
Referências Bibliográficas	17

Abreviaturas

DCL – Declínio Cognitivo Ligeiro

ESPEN – European Society for Clinical Nutrition and Metabolism

HNA – Hidratação e nutrição artificiais

IMC – Índice de massa corporal

SNO – Suplementos Nutricionais Orais

Introdução

Cognição compreende os processos mentais envolvidos na aquisição de conhecimento e na integração destes em numerosas respostas, tais como a aprendizagem, a tomada de decisão, a concentração e a memória.⁽¹⁾

O declínio cognitivo envolve uma incapacidade de raciocinar, compreender e interpretar, e muitas vezes também leva a comportamentos disfuncionais.⁽¹⁾ No Défice Cognitivo Ligeiro (DCL), esta perda não interfere significativamente com a vida diária e não é grave o suficiente para justificar um diagnóstico de Demência.⁽²⁾

A investigação demonstra que as pessoas com DCL são mais propensas a desenvolver demência, especialmente a doença de Alzheimer, sendo que este é considerado frequentemente um estado de transição entre o envelhecimento normal e a demência precoce. No entanto, o mesmo nem sempre progride para a demência e quando progride poderá levar muitos anos a fazê-lo.⁽³⁾ Por sua vez, a demência envolve a perda de habilidades intelectuais de severidade suficiente para interferir no funcionamento social ou ocupacional. A disfunção é multifacetada e envolve memória, comportamento, personalidade, julgamento, atenção, linguagem e outras funções executivas.⁽¹⁾

Deve notar-se que nem todas as pessoas com demência irão apresentar todos os sintomas, nem apresentam um padrão na evolução da doença, podendo o processo de deterioração ser diferente entre casos.⁽⁴⁾

Um efeito claramente negativo do rápido envelhecimento da população é o aumento do número de pessoas com demência. Esta patologia afeta principalmente pessoas idosas, porém não é um processo natural do

envelhecimento. Não obstante, e de acordo com diferentes estimativas, entre 2% e 10% de todos os casos começam antes dos 65 anos.⁽⁴⁾

Tanto a obesidade como o baixo peso estão associados a capacidade cognitiva prejudicada, declínio cognitivo e demência.⁽¹⁾ Adicionalmente, a relação entre perda de peso e aumento do risco de mortalidade apresenta elevado nível de evidência em pessoas com demência. Há também algumas evidências científicas de que estas podem beneficiar de um Índice de Massa Corporal (IMC) mais elevado, por este estar associado a menor risco de mortalidade.^(5, 6)

Dada a diversidade de sintomas e comportamentos na demência, existiu a necessidade de compreender quais as estratégias de intervenção suportadas pela evidência científica nesta área. Pretende-se rever estratégias e necessidades no retardamento da deterioração cognitiva e na demência.

Deterioração cognitiva e Nutrição

Estudos epidemiológicos e observacionais recentes sugerem que existe uma relação entre fatores de estilo de vida, incluindo a nutrição e dieta, e a função cognitiva em pessoas idosas. Sugere-se também que a desnutrição e as deficiências em nutrientes específicos estão associadas ao declínio cognitivo em pessoas com demência.⁽⁷⁾ Numa revisão, foi reforçada a eficácia de intervenções nutricionais para melhorar o funcionamento cognitivo e/ou prevenir o declínio cognitivo em pessoas idosas sem demência. Os estudos considerados avaliaram a eficácia do consumo de flavanona e a adesão à Dieta Mediterrânea (DM) ou adesão à DM e suplementação em azeite extra virgem; suplementação em ácidos gordos ômega-3; exercícios de treino em combinação com suplementação de proteínas e ainda a suplementação de proteínas.⁽⁸⁻¹¹⁾ Todas as intervenções testadas supramencionadas resultaram numa melhoria significativa do

funcionamento cognitivo global, tarefas de memória, capacidades de linguagem, funcionamento executivo ou velocidade de processamento.⁽¹²⁾ Um estudo relatou resultados negativos da suplementação em creatina.⁽¹³⁾

Numa recente revisão sistemática e mata-análise, concluiu-se que a suplementação em ácidos gordos ômega-3, vitaminas do complexo B e vitamina E não afetou a cognição em pessoas idosas e pessoas de meia-idade sem demência. Já entre as outras intervenções nutricionais examinadas - extrato de chá verde, suco de uva Concord, picolinato de cromo, beta-caroteno, duas combinações diferentes de múltiplas vitaminas e uma abordagem dietética desenvolvida para o controlo da hipertensão arterial - foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de intervenção e os de controlo em pelo menos um domínio cognitivo. ⁽¹⁴⁻¹⁶⁾ É necessária uma maior avaliação, antes da sua utilização, para ser defendida na prevenção do declínio cognitivo associado à idade e da Demência. ⁽¹⁷⁾ Não foram encontrados efeitos benéficos para o carbonato de cálcio combinado com vitamina D₃ em mulheres idosas com demência provável⁽¹⁸⁾.

Ogawa concluiu que componentes dietéticos específicos e micronutrientes foram identificados como tendo uma associação com a função cognitiva (como vitaminas B12, folatos, vitaminas E, ácidos gordos omega-3 e uma alta proporção de gorduras polinsaturadas para saturadas). Estes componentes da alimentação são relativamente abundantes na Dieta Mediterrânea, caracterizada por ser rica em frutas, hortícolas, cereais não refinados, pescado e azeite. Sugere-se que esta pode ter um potencial efeito protetor contra o declínio e comprometimento cognitivo atendendo à idade.⁽⁷⁾ Também o terço superior do score de adesão à dieta MIND (Mediterranean-DASH Intervention for Neurodegenerative Delay) foi

associado a uma menor taxa de declínio cognitivo equivalente a menos 7,5 anos de idade, quando comparado com o mais baixo, em pessoas com idades entre os 58 e os 98 anos.⁽¹⁹⁾ Esta baseia-se na eleição de alimentos de origem vegetal e na limitação dos produtos de origem animal, assim como de alimentos com elevado teor de gordura saturada.⁽²⁰⁾

Numa revisão, *Crichton et al.* concluíram que a evidência não demonstra consistentemente que a ingestão habitual de antioxidantes esteja associada a uma melhor performance cognitiva ou reduza o risco de demência.⁽²¹⁾

A deficiência em folatos parece ser um importante contribuidor do início e progressão de doenças neuropsiquiátricas na população geriátrica. No entanto, ainda não há evidência consistente de que a suplementação em ácido fólico, na forma individual ou em combinação com outras vitaminas do complexo B, previna estas patologias ou retarde o declínio cognitivo em pessoas com demência.⁽²²⁾

Conclui-se ainda que mais pesquisas são necessárias para compreender a importância dos vários nutrientes no declínio cognitivo e na demência, bem como para desvendar o papel específico de cada componente dietético na função cognitiva e a interação entre diferentes nutrientes.⁽¹⁷⁾

Alterações alimentares e nutricionais em pessoas com demência

Cipriani refere que alimentar é uma atividade complexa, que depende de funções físicas e cognitivas, sensoriais, de mastigação e deglutição.⁽²³⁾ As dificuldades alimentares aparecem nos estágios iniciais da demência, mas agravam-se à medida que a doença progride.⁽¹⁾ Estas modificações incluem uma diminuição ou

¹ As alterações podem ser secundárias à incapacidade cognitiva ou apraxia, o resultado de cuidados insuficientes ou ainda a consequência de alterações metabólicas ou neuroquímicas que ocorrem como parte do processo demencial.⁽²¹⁾

aumento na quantidade consumida (com ou sem alterações de peso), modificação de hábitos alimentares, mudança na escolha dos alimentos (mais comumente uma predileção por alimentos doces) e ingestão persistente de substâncias não nutritivas.⁽²⁴⁾ Ocorre, por vezes, alteração da frequência de comer, o ato de brincar com a comida e usar inadequadamente ou não usar os talheres. Pessoas com demência podem apresentar dificuldades em reconhecer que o que têm em frente é o alimento, no pensamento do que deve ser transportado para a boca, em que quantidade e por que meios, e a execução real dessa ação. É necessário, ainda, atentar a outras questões que comumente são causas de dificuldades alimentares em pessoas idosas e que se podem agravar em pessoas com demência pela dificuldade que têm em comunicar os seus problemas, os quais se explicitam na **tabela 1**.

Percebe-se, deste modo, que as causas da perda de peso nesta população têm várias origens e incluem a perda de apetite secundária à deterioração de regiões do cérebro associadas ao comportamento alimentar e os problemas comportamentais e funcionais associados à Demência, o que torna difícil que os indivíduos consumam a energia adequada.⁽²³⁾ *Riviére et al.* determinaram que a gravidade da doença e a carga emocional e material da família são dois preditores de aversão alimentar na doença de Alzheimer (AD).⁽²⁶⁾ Por outro lado, um estudo indicou que "esquecimento" foi o motivo mais comum indicado pelos cuidadores para o consumo excessivo.⁽²³⁾

Tabela I: Causas de dificuldades alimentares em pessoas idosas que se podem agravar em pessoas com demência.

OBSERVAÇÕES	
XEROSTOMIA	A quantidade de saliva é reduzida (devido a consumo insuficiente de líquidos, a medicação, entre outros) e combinada com mudanças na composição, o que a torna mais viscosa. Além disso, as pessoas idosas tendem a respirar pela boca e, consequentemente, a cavidade oral fica seca. ⁽²⁴⁾
PROBLEMAS NA CAVIDADE ORAL	Problemas dentários, dentaduras desadequadamente adaptadas às gengivas, infecções na cavidade oral, gengivas inflamadas podem comprometer a alimentação. Os diagnósticos e tratamentos tardios podem causar dor, dificuldade de mastigação, recusa em comer, perda de peso, agitação, introversão e outras variações comportamentais, associadas à ingestão alimentar. ⁽²⁴⁾
INFLAMAÇÕES E INFECÇÕES	Podem causar fraqueza geral e afetar o apetite e a capacidade de engolir.
MEDICAÇÃO	As pessoas idosas tendem a ser tratadas com uma ampla gama de medicamentos. Peculiarmente nos estágios avançados da Demência, o uso de medicamentos em geral aumenta, especificamente aqueles que afetam o comportamento ou a dor, e há mais efeitos colaterais, que podem prejudicar o estado de alerta, causar perda de apetite e dificuldade em engolir. ⁽²⁴⁾
OBSTIPAÇÃO	Os fatores desencadeantes podem ser o facto de a pessoa comer muito pouco e, em particular, uma dieta que não é rica em fibras; não beber líquidos em quantidade suficiente; ter grandes períodos de inatividade física; não ter rotinas de defecar. Muitas vezes é possível observar se as pessoas estão obstipadas, atentando às suas expressões e linguagem corporal. ⁽²⁴⁾
DISFAGIA	Outra dificuldade que pode surgir é a pessoa com demência não conseguir controlar adequadamente o bolo alimentar na boca (disfagia de fase oral) ou aspirá-lo ao engolir (fase faríngea da disfasia). A ingestão é um processo complexo, envolvendo todo um sistema de músculos e nervos. À medida que a demência progride, estes são afetados e podem prejudicar o estado nutricional e, ao mesmo tempo, aumentar o risco de aspiração (tosse e asfixia silenciosa ao comer), podendo uma aspiração recorrente resultar em pneumonia. Os sinais e/ou sintomas resultantes de problemas de deglutição mais comuns são: a pessoa tosse ou limpa a garganta ao comer e/ou beber; mudança na respiração ou dificuldade de respirar ao engolir; a pessoa com demência segura a comida na boca; os alimentos ficam retidos na garganta; o alimento permanece na boca após a deglutição; a pessoa recusa-se a comer; perda de peso marcada; febre inexplicável por doença recorrente das vias aéreas, como pneumonia por aspiração. ^(24, 25)

Intervenção nutricional na Demência

As necessidades energéticas podem estar reduzidas no caso de diminuição da atividade física (imobilidade, apatia, sonolência) e podem estar aumentadas no caso de hiperatividade (inquietação constante), sendo que a ingestão energética deve ser adaptada.⁽⁵⁾

À luz do alto risco de desnutrição em pessoas com demência, deve ser dada especial atenção ao fornecimento de quantidades suficientes de energia e nutrientes de modo atrativo e apetecível, facilitando e incentivando a ingestão. Características sensoriais (por exemplo aparência, sabor, cores), textura e variedade dos alimentos desempenham papéis importantes neste contexto, e os gostos e preferências pessoais devem ser obrigatoriamente considerados. As refeições devem ser realizadas preferencialmente em locais calmos, livres de barulho e estimulação excessiva, com o uso de pratos lisos e oferecendo-se um prato de cada vez. A saciedade pode ser difícil de percecionar para a pessoa com demência, pelo que pode não estar satisfeita quando pára de comer. Através da imitação de comportamentos, pode ser benéfico que haja outra pessoa a realizar a refeição simultaneamente.⁽²⁰⁾ Além das refeições principais regulares, pequenas refeições devem estar disponíveis, se necessário, e serem fornecidas durante outros horários do dia, até se solicitado, uma vez que podem ocorrer alterações nos padrões alimentares diurnos. Em casos de perda de peso e redução da ingestão de alimentos, uma estratégia de intervenção passa por enriquecer as refeições em energia e proteína, com oferta de lanches energéticos, o que tem sido demonstrado aumentar a ingestão em utentes institucionalizados em lares de pessoas idosas com e sem Demência.⁽²⁷⁾

Além disso, todos os tipos de dietas restritivas - como dietas com baixo teor de sal, açúcar ou colesterol - podem reduzir a ingestão alimentar e o gosto por comer. Devem, por isso, não ser consideradas como estratégia de intervenção. Não obstante, em casos particulares, como em pessoas com demência e insuficiência renal grave, os benefícios de uma dieta específica devem ser pesados, tendo em consideração o risco potencial de desenvolvimento de

desnutrição. Em todo o caso, alimentos específicos devem ser substituídos no caso de intolerâncias alimentares e restrições desejadas pela pessoa com demência.⁽⁵⁾

Rastreio de desnutrição e monitorização nutricional: A *European Society for Clinical Nutrition and Metabolism* (ESPEN) recomenda o rastreio de desnutrição em todas as pessoas com demência. Adicionalmente, em caso de rastreio positivo, a avaliação deve prosseguir. No entanto, não há consenso sobre a frequência com que isso deve ser executado. Em pessoas idosas institucionalizadas, os rastreios podem ser realizados a cada 3-6 meses e, adicionalmente, se ocorrerem mudanças no estado geral de saúde, alimentação ou comportamento alimentar. No que concerne a situações de problemas de saúde agudos, uma supervisão mais próxima da situação nutricional é necessária com a monitorização do peso.⁽⁵⁾ No entanto, é necessário ter em consideração que em estágios graves da doença, esta prática regular pode criar pressão desnecessária aos cuidadores, sendo o foco de intervenção a identificação informal de problemas e necessidades individuais.⁽²⁴⁾

Nenhuma ferramenta de rastreio foi especificamente desenvolvida e validada para pessoas com demência.⁽⁵⁾ Não obstante, o MNA-SF é amplamente usado nas populações com e sem demência.⁽²⁸⁻³⁰⁾ Como ferramentas de avaliação, consideram-se: 1) o *Inventário de Comportamento de Alimentação Aversiva*, também conhecido como "Blandford Scale", que pode ser útil na avaliação de causalidade dos problemas alimentares, particularmente em pacientes em estádios avançados da demência (ainda carece de validação, no entanto pode ajudar a lidar com esses problemas);⁽³¹⁾ 2) o *Questionário de Avaliação da Alimentação na Demência de Edimburgo* (EdFED-Q), é uma ferramenta validada

para reconhecer problemas na alimentação em pessoas com demência, pode auxiliar no planeamento de uma intervenção multidimensional apropriada;⁽³²⁾ 3) a *Escala de Comportamento Alimentar*, que mede a capacidade de comer de forma independente e, consequentemente, permite uma apreciação sobre a necessidade de cuidados durante as refeições.⁽³³⁾

Atitudes na hora das refeições: o apoio na hora das refeições pode ser uma estratégia para aumentar a ingestão. Às vezes, o reforço positivo no momento da refeição, com estimulação e orientação de ações verbalmente pode ser suficiente para uma ingestão satisfatória.⁽³⁴⁾ À medida que a doença progride, pode chegar o momento em que a pessoa já não consegue recordar os passos que o ato de se alimentar envolve e ou sequer entender instruções para se alimentar. Este facto exige mudanças nos próprios alimentos, na sua composição, textura e nos métodos de alimentação.⁽²⁴⁾ Estudos que avaliam os efeitos da assistência no momento de comer/beber (assistência física direta fornecida por cuidadores, colaboradores ou voluntários para permitir a alimentação, mas não instruções verbais) sugeriram pouco efeito nos resultados nutricionais.⁽³⁵⁾ Um estudo reportou aumento na albumina sérica, mas não encontrou alteração de peso.⁽³⁶⁾ Foi também reportado o aumento da ingestão de energia e ganho de peso em dois trabalhos.^(37, 38) Quando se comparou o tempo de administração das refeições, este foi de 42 minutos por pessoa nas refeições principais em confronto com 5 minutos por pessoa no grupo de controlo e 13 minutos por pessoa nas pequenas refeições, contrastando com 1 minuto por pessoa nos cuidados habituais.⁽³⁷⁾

“Finger food”: refere-se aos alimentos que são comidos com as mãos, sem necessidade de manuseamento ou preparação do alimento. Como já

supramencionado, pessoas com demência têm, muitas vezes, dificuldade em comer com os talheres (perda de força muscular na motricidade fina). Nestes casos, é importante fornecer estes alimentos de forma a promover a ingestão independente. Quando usados em pessoas com Demência, estas sentirão que ainda são capazes de comer sozinhas, bem como de controlar a sua alimentação.⁽²⁴⁾ Permitem, ademais, que comam enquanto caminham, em situações em que se verifica mobilidade contante. Todavia, em pessoas incapazes de usar talheres, encontrou-se pouca evidência da utilidade deste tipo de alimentos, com um estudo que apresentou dificuldades na implementação e um outro que sugeriu efeitos positivos, mas sem dados numéricos fornecidos.⁽³⁵⁾

Hidratação e fibra: com vista a atenuar o problema da obstipação, por vezes vigente em pessoas com demência, recomenda-se a ingestão de fibras alimentares e uma boa hidratação, assim como o incentivo, tanto quanto possível, à prática de atividades físicas adequadas. Além disso, é importante que a pessoa mantenha hábitos regulares de defecação “treino intestinal”.⁽²⁴⁾

Estimulantes de apetite: a evidência para o uso de estimulantes de apetite em pessoas com demência é muito limitada e vários efeitos colaterais prejudiciais devem ser considerados. Consequentemente, o seu uso sistemático não é recomendado em pessoas com demência e perda de apetite. Não obstante, em situações clínicas específicas, os mesmos podem ser determinantes.⁽⁵⁾

Suplementação: os suplementos nutricionais orais (SNO) são produtos que contém macro e micronutrientes numa composição equilibrada. Sucintamente, há fortes evidências de que os SNO têm resultados positivos no peso corporal/IMC. Consequentemente, são recomendados para pessoas com demência e insuficiente ingestão nutricional. A toma dos mesmos deve ser garantida através

de supervisão e apoio, sempre que necessário. Além disso, os SNO devem sempre ser considerados como uma única ferramenta em gestão nutricional em pessoas com demência e insuficiente ingestão alimentar, e o seu uso deve sempre ser adaptado ao caso e não generalizado. Como já referido, os SNO são recomendados para melhorar o estado nutricional, mas não para corrigir o comprometimento cognitivo, prevenir o declínio cognitivo ou substituir as refeições.⁽⁵⁾

Dietas de textura modificada: recorrer a alimentos de textura modificada pode ser necessário para sustar segurança e assegurar uma ingestão suficiente, quando ocorrem problemas de mastigação e deglutição.⁽⁵⁾ Encontrou-se evidência limitada sobre a melhoria de indicadores nutricionais recorrente do uso de dietas de textura modificada.⁽³⁵⁾

Quando existe suspeita de disfagia, a tolerância da pessoa idosa deve ser avaliada por testes específicos, estratégias ambientais devem ser introduzidas e a textura da dieta deve ser modificada e ajustada. Esta é uma tarefa complexa que requer o envolvimento de uma equipa multidisciplinar devidamente treinada, capaz de fornecer informações e alternativas, e integrar o ambiente familiar ao cuidado da pessoa idosa. A dieta de textura modificada deve ser adaptada, agradável e nutricionalmente adequada, baseando-se na dieta tradicional, e pode também ser combinada com SNO para fornecer uma dieta variada que aumenta a satisfação das pessoas idosas, cuidadores e familiares, e reforça o aporte energético e nutricional.⁽³⁹⁻⁴²⁾ O uso de espessante alimentar no caso dos líquidos e bebidas pode ser uma estratégia segura e adaptada em casos de disfagia para líquidos.⁽⁴³⁾

Hidratação e nutrição artificiais (HNA): a *ESPEN* aponta para que cada decisão a favor ou contra a HNA em pessoas com demência seja tomada considerando o indivíduo em particular, a sua vontade e tendo em conta o prognóstico geral. Nesta fase, os benefícios / prejuízos clínicos da HNA, os desejos da pessoa com demência, os seus valores e objetivos de tratamento devem ser respeitados e incorporados numa discussão aberta com a mesma, a família/pessoas próximas e a equipa multidisciplinar.⁽⁵⁾ Em situações em que há incerteza sobre a medida em que a pessoa com demência beneficia da HNA, pode ser útil realizar uma experiência por tempo limitado.^(44, 45) Sugere-se, ainda, a alimentação entérica por um período limitado de tempo em pessoas com demência leve ou moderada, para recuperar de uma situação de crise com ingestão oral marcadamente insuficiente, caso a baixa ingestão nutricional seja predominantemente causada por uma condição potencialmente reversível.

No que respeita à nutrição parentérica, sugere-se a mesma como alternativa, se houver indicação para a nutrição artificial e a alimentação entérica seja contraindicada ou não tolerada. Se for necessário um suporte nutricional adicional por um período inferior a 10 dias ou se a alimentação entérica não é aceite, a nutrição parentérica periférica pode ajudar a superar uma situação de crise de baixa ingestão.⁽⁵⁾ Em períodos de ingestão insuficiente de líquidos e risco de desidratação, e para recuperar de uma situação de crise, pode recorrer-se à administração de fluidos parentéricos por um período de tempo limitado.⁽⁵⁾

Não se recomenda o uso de nutrição artificial (nutrição entérica, parentérica e fluidos parenterais) na fase terminal da vida. A AHN está associada a benefícios e riscos substanciais incertos (desconforto devido ao aumento das secreções orais e pulmonares, dispneia como consequência do edema pulmonar, maior risco de

pneumonia por aspiração, diarreia, desconforto gastrointestinal e úlceras de pressão) em pessoas com demência em fase terminal^(5, 46, 47). Numa revisão, *Candy et al.*⁽⁴⁸⁾ não encontraram evidências de maior sobrevida em pessoa com demência avançada que estavam entubados.

A sensação de fome geralmente não está muito patente em doentes terminais. O grande desconforto é a sede, que pode ser contornado de forma satisfatória através de pequenos golos de fluidos, cubos de gelo, chupas ou bons cuidados orais que humidifiquem a cavidade oral.^(5, 49, 50) Existe pouca correlação entre a sensação de sede em pessoas com demência nos estágios finais de suas vidas e a sua ingestão atual de líquidos, mesmo quando administrada por via intravenosa.^(5, 44, 49, 50) Estudos observacionais indicam que abdicar da HNA em pessoas com demência em fase terminal com ingestão insuficiente e Demência grave, marcada por incapacidade severa e complicações como infecções recorrentes, não está, em geral, associada a elevados níveis de desconforto, se forem oferecidos cuidados paliativos adequados.⁽⁵⁾

Numa revisão que procurava concluir sobre a eficácia das intervenções diretas para apoiar a alimentação e hidratação, aponta-se para que intervenções individualizadas em vários componentes foram as mais eficazes, sugerindo efeitos positivos em alguns indicadores nutricionais.⁽³⁵⁾

Em resumo, no **quadro 1**, estão indicadas as estratégias de intervenção sugeridas pela evidência científica supramencionadas.

- | |
|--|
| 1. Fornecimento de quantidades suficientes de energia e nutrientes de modo atrativo e apetecível. |
| 2. Refeições em locais calmos. |
| 3. Realização da refeição em simultâneo com outra pessoa (comportamentos de imitação). |
| 4. Pequenas refeições devem estar disponíveis ao longo do dia (complemento da ingestão alimentar). |

5. Enriquecer as refeições em energia e proteína em casos de perda de peso e redução da ingestão de alimentos, com oferta de lanches energéticos.
6. Evitar todos os tipos de dietas restritivas.
7. Rastreio de desnutrição e monitorização nutricional regulares.
8. Atitudes na hora das refeições.
9. “Finger food”.
10. Hidratação e fibra adequados; treino intestinal; incentivo ao exercício físico.
11. Suplementos nutricionais orais.
12. Dietas de textura modificada.
13. Hidratação e nutrição artificiais adequadamente aplicadas.

Quadro I: Potenciais estratégias de intervenção que a evidência científica sugere.

Discussão e conclusão

Os estudos que abordam o papel da nutrição no retardamento da deterioração cognitiva apresentam diversas limitações como variabilidade na composição, dose, duração e tempo da intervenção. Há evidências crescentes de que uma vida de exposição acumulada é preditiva do funcionamento cognitivo no final da vida.⁽⁵¹⁾ Além disso, uma intervenção mais tarde na vida da pessoa pode estar além do período crítico benéfico. Pesquisas recentes sugerem que considerar a dieta "completa" pode ser necessário e que está relativamente negligenciada a avaliação do estado nutricional inicial dos participantes, sendo que benefícios podem estar limitados a pessoas com deficiências. ⁽¹⁷⁾

Como já referido, são inúmeras as alterações comportamentais que exigem muito do “cuidador”. Ao nível das Instituições, com um elevado número de utentes com demência, facilmente se depreende que o momento das refeições pode ser bastante agitado. Por outro lado, também os cuidadores no domicílio estão por vezes desgastados devido ao trabalho físico, tensão emocional, restrições sociais, assim como às exigências económicas que surgem (medicamentos, ajudas técnicas, produtos para incontinência, consultas da especialidade, afastamento da

atividade laboral, entre outros).^(52, 53) Desta forma, nem sempre é fácil um acompanhamento tão próximo de forma a conseguir-se concretizar muitos dos aspetos referidos. Também a falta de conhecimento pode impedir a inadequabilidade das questões alimentares. Por esta razão, considera-se uma mais valia valorizar as formações nesta área a todos os “cuidadores”. A DGS⁽²⁰⁾ alerta também para o facto de que “para se promover qualidade de vida, também é necessário tê-la”, sendo importante “Cuidar do cuidador”. Urge, neste sentido, a necessidade de combater a escassez de respostas de saúde e sociais existente.⁽⁵³⁾ Outra questão a considerar centra-se em perceber até que ponto a insistência por parte de quem auxilia a refeição deve ser levada a cabo, quando existe uma rejeição acentuada da alimentação. Torna-se crucial considerar em que medida estamos a comprometer o bem-estar e a tranquilidade diária dos utentes, criando estas situações de insistência que acarretam desconforto, na hora das refeições. Em contrapartida, apesar de ser expectável que com a evolução da doença surjam dificuldades alimentares, sabemos que a desnutrição causa inúmeras complicações e estas próprias também podem acarretar sofrimento para pessoa com demência.⁽⁵⁴⁾ Desta forma, realça-se a importância de, nestas fases da doença, adaptar a intervenção nutricional, caso a caso, considerando o peso de todas os aspetos discutidos. Assim, as estratégias anteriormente apresentadas no processo de alimentação da pessoa com demência, pelo seu caráter prático, são ferramentas que podem ser implementadas em contextos institucionais, hospitalares ou no domicílio, com potenciais benefícios a curto e médio prazo no estado nutricional.

Agradecimentos

À Drª. Daniela Vareiro.

Às professoras Bela Maria Franchini Oliveira e Cláudia Afonso.

Referências Bibliográficas

1. Dauncey MJ. Nutrition, the brain and cognitive decline: insights from epigenetics. *European journal of clinical nutrition*. 2014; 68(11):1179-85.
2. Nelson AP, O'Connor MG. Mild cognitive impairment: a neuropsychological perspective. *CNS spectrums*. 2008; 13(1):56-64.
3. Petersen RC, Negash S. Mild cognitive impairment: an overview. *CNS spectrums*. 2008; 13(1):45-53.
4. Organization WH. Dementia: a public health priority. World Health Organization; Geneva (2012).
5. Volkert D, Chourdakis M, Faxen-Irving G, Fruhwald T, Landi F, Suominen MH, et al. ESPEN guidelines on nutrition in dementia. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)*. 2015; 34(6):1052-73.
6. García-Ptacek S, Kåreholt I, Farahmand B, Cuadrado ML, Religa D, Eriksdotter M. Body-Mass Index and Mortality in Incident Dementia: A Cohort Study on 11,398 Patients From SveDem, the Swedish Dementia Registry. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2014; 15(6):447.e1-47.e7.
7. Ogawa S. Nutritional management of older adults with cognitive decline and dementia. *Geriatrics & gerontology international*. 2014; 14 Suppl 2:17-22.
8. van der Zwaluw NL, van de Rest O, Tieland M, Adam JJ, Hiddink GJ, van Loon LJ, et al. The impact of protein supplementation on cognitive performance in frail elderly. *European journal of nutrition*. 2014; 53(3):803-12.
9. van de Rest O, van der Zwaluw NL, Tieland M, Adam JJ, Hiddink GJ, van Loon LJ, et al. Effect of resistance-type exercise training with or without protein supplementation on cognitive functioning in frail and pre-frail elderly: secondary analysis of a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Mechanisms of ageing and development*. 2014; 136-137:85-93.
10. Nilsson A, Radeborg K, Salo I, Bjorck I. Effects of supplementation with n-3 polyunsaturated fatty acids on cognitive performance and cardiometabolic risk markers in healthy 51 to 72 years old subjects: a randomized controlled cross-over study. *Nutrition journal*. 2012; 11:99.
11. Kean RJ, Lamport DJ, Dodd GF, Freeman JE, Williams CM, Ellis JA, et al. Chronic consumption of flavanone-rich orange juice is associated with cognitive benefits: an 8-wk, randomized, double-blind, placebo-controlled trial in healthy older adults. *The American journal of clinical nutrition*. 2015; 101(3):506-14.
12. Canevelli M, Lucchini F, Quarata F, Bruno G, Cesari M. Nutrition and Dementia: Evidence for Preventive Approaches? *Nutrients*. 2016; 8(3):144.
13. Alves CR, Merege Filho CA, Benatti FB, Brucki S, Pereira RM, de Sa Pinto AL, et al. Creatine supplementation associated or not with strength training upon emotional and cognitive measures in older women: a randomized double-blind study. *PloS one*. 2013; 8(10):e76301.
14. Park SK, Jung IC, Lee WK, Lee YS, Park HK, Go HJ, et al. A combination of green tea extract and L-theanine improves memory and attention in subjects with mild cognitive impairment: a double-blind placebo-controlled study. *Journal of medicinal food*. 2011; 14(4):334-43.

15. Krikorian R, Nash TA, Shidler MD, Shukitt-Hale B, Joseph JA. Concord grape juice supplementation improves memory function in older adults with mild cognitive impairment. *The British journal of nutrition*. 2010; 103(5):730-4.
16. Krikorian R, Eliassen JC, Boespflug EL, Nash TA, Shidler MD. Improved cognitive-cerebral function in older adults with chromium supplementation. *Nutritional neuroscience*. 2010; 13(3):116-22.
17. Forbes SC, Holroyd-Leduc JM, Poulin MJ, Hogan DB. Effect of Nutrients, Dietary Supplements and Vitamins on Cognition: a Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Canadian geriatrics journal : CGJ*. 2015; 18(4):231-45.
18. Rossom RC, Espeland MA, Manson JE, Dysken MW, Johnson KC, Lane DS, et al. Calcium and vitamin D supplementation and cognitive impairment in the women's health initiative. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2012; 60(12):2197-205.
19. Morris MC, Tangney CC, Wang Y, Sacks FM, Bennett DA, Aggarwal NT. MIND diet associated with reduced incidence of Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia*. 2015; 11(9):1007-14.
20. Correia A, Filipe J, Santos A, Graça P. Nutrição e doença de alzheimer. 2015
21. Crichton GE, Bryan J, Murphy KJ. Dietary antioxidants, cognitive function and dementia--a systematic review. *Plant foods for human nutrition (Dordrecht, Netherlands)*. 2013; 68(3):279-92.
22. Araujo JR, Martel F, Borges N, Araujo JM, Keating E. Folates and aging: Role in mild cognitive impairment, dementia and depression. *Ageing research reviews*. 2015; 22:9-19.
23. Cipriani G, Carlesi C, Lucetti C, Danti S, Nuti A. Eating Behaviors and Dietary Changes in Patients With Dementia. *American journal of Alzheimer's disease and other dementias*. 2016; 31(8):706-16.
24. Katz YKAGOBSRM. Eating and Living With Dignity. Practical Guide for Caregivers and Family Members of Persons With Dementia. Information and Recommendations. Ministry of Health;
25. Puisieux F, D'Andrea C, Baconnier P, Bui-Dinh D, Castaings-Pelet S, Crestani B, et al. Swallowing disorders, pneumonia and respiratory tract infectious disease in the elderly. *Revue des maladies respiratoires*. 2011; 28(8):e76-93.
26. Riviere S, Gillette-Guyonnet S, Andrieu S, Nourhashemi F, Lauque S, Cantet C, et al. Cognitive function and caregiver burden: predictive factors for eating behaviour disorders in Alzheimer's disease. *International journal of geriatric psychiatry*. 2002; 17(10):950-5.
27. Smoliner C, Norman K, Scheufele R, Hartig W, Pirlich M, Lochs H. Effects of food fortification on nutritional and functional status in frail elderly nursing home residents at risk of malnutrition. *Nutrition (Burbank, Los Angeles County, Calif)*. 24(11):1139-44.
28. Vandewoude M, Van Gossum A. Nutritional screening strategy in nonagenarians: The value of the MNA-SF (Mini Nutritional Assessment short form) in NutriAction [journal article]. *The journal of nutrition, health & aging*. 2013; 17(4):310-14.
29. Kaiser R, Winning K, Uter W, Lesser S, Stehle P, Sieber CC, et al. Comparison of two different approaches for the application of the mini nutritional assessment in nursing homes: Resident interviews versus assessment by nursing staff [journal article]. *The journal of nutrition, health & aging*. 2009; 13(10):863-69.

30. Phillips MB, Foley AL, Barnard R, Isenring EA, Miller MD. Nutritional screening in community-dwelling older adults: A systematic literature review [Review]. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*. 2010; 19(3):440-49.
31. Blandford G, Watkins, L.B. 1998. In: Assessing abnormal feeding behavior in dementia: A taxonomy an initial findings in Research and Practice in Alzheimer's Disease. p. 47-64.
32. Watson R, Deary IJ. Measuring feeding difficulty in patients with dementia: multivariate analysis of feeding problems, nursing intervention and indicators of feeding difficulty [Article]. *Journal of Advanced Nursing*. 1994; 20(2):283-87.
33. Tully MW, Lambros Matrakas K, Musallam K. The eating behavior scale: A simple method of assessing functional ability in patients with Alzheimer's disease [Article]. *Journal of Nutrition, Health and Aging*. 1998; 2(2):119-21.
34. Liu W, Galik E, Boltz M, Nahm ES, Resnick B. Optimizing Eating Performance for Older Adults With Dementia Living in Long-term Care: A Systematic Review. *Worldviews on evidence-based nursing*. 2015; 12(4):228-35.
35. Abdelhamid A, Bunn D, Copley M, Cowap V, Dickinson A, Gray L, et al. Effectiveness of interventions to directly support food and drink intake in people with dementia: systematic review and meta-analysis. *BMC geriatrics*. 2016; 16:26.
36. Boffelli S, Rozzini R, Trabucchi M. Nutritional intervention in special care units for dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2004; 52(7):1216-7.
37. Simmons SF, Keeler E, Zhuo X, Hickey KA, Sato HW, Schnelle JF. Prevention of unintentional weight loss in nursing home residents: a controlled trial of feeding assistance. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2008; 56(8):1466-73.
38. Wong A, Burford S, Wyles CL, Mundy H, Sainsbury R. Evaluation of strategies to improve nutrition in people with dementia in an assessment unit. *The journal of nutrition, health & aging*. 2008; 12(5):309-12.
39. Wright L, Cotter D, Hickson M. The effectiveness of targeted feeding assistance to improve the nutritional intake of elderly dysphagic patients in hospital. *Journal of human nutrition and dietetics : the official journal of the British Dietetic Association*. 2008; 21(6):555-62; quiz 64-5.
40. Hall G, Wenden K. Sensory design of foods for the elderly. *Annals of nutrition & metabolism*. 2008; 52 Suppl 1:25-8.
41. Massoulard A, Bonnabau H, Gindre-Poulvelarie L, Baptiste A, Preux PM, Villemonteix C, et al. Analysis of the food consumption of 87 elderly nursing home residents, depending on food texture. *The journal of nutrition, health & aging*. 2011; 15(3):192-5.
42. Germain I, Dufresne T, Gray-Donald K. A novel dysphagia diet improves the nutrient intake of institutionalized elders. *Journal of the American Dietetic Association*. 2006; 106(10):1614-23.
43. Keller H, Chambers L, Niezgoda H, Duizer L. Issues associated with the use of modified texture foods. *The journal of nutrition, health & aging*. 2012; 16(3):195-200.
44. Ganzini L. Artificial nutrition and hydration at the end of life: ethics and evidence [Review]. *Palliative & supportive care*. 2006; 4(2):135-43.
45. Statement on artifical nutrition and hydration near the end of life [Internet]. American Academy of Hospice and Palliative Medicine (AAHPM); 2013. Disponível em: <http://aahpm.org/positions/anh>.

46. Pasman HW, Onwuteaka-Philipsen BD, Kriegsman DW, Ooms ME, Ribbe MW, van der Wal G. Discomfort in nursing home patients with severe dementia in whom artificial nutrition and hydration is forgone. *Archives of Internal Medicine*. 2005; 165(15):1729-35.
47. Cicconetti P, Fionda A, Bauco C, Migliori M, Marigliano V. [Nutritional deficiency and Alzheimer's disease: how to identify and prevent]. *Recenti progressi in medicina*. 2000; 91(3):135-40.
48. Candy B, Sampson EL, Jones L. Enteral tube feeding in older people with advanced dementia: findings from a Cochrane systematic review. *International journal of palliative nursing*. 2009; 15(8):396-404.
49. Musgrave CF, Bartal N, Opstad J. The sensation of thirst in dying patients receiving i.v. hydration [Article]. *Journal of palliative care*. 1995; 11(4):17-21.
50. McCann RM, Hall WJ, Groth-Juncker A. Comfort care for terminally ill patients: The appropriate use of nutrition and hydration. *JAMA*. 1994; 272(16):1263-66.
51. Yaffe K, Vittinghoff E, Pletcher MJ, Hoang TD, Launer LJ, Whitmer R, et al. Early adult to midlife cardiovascular risk factors and cognitive function. *Circulation*. 2014; 129(15):1560-7.
52. Instituto da Segurança Social IP. Situação social dos doentes de alzheimer - um estudo exploratório [Internet]. 2005. Disponível em: http://www.seq-social.pt/documents/10152/135898/situacao_social_doentes_alzheimer/ba90aeb2-eb23-4168-9ce6-05e13aa1cf2f.
53. Portugal A. Plano nacional de intervenção alzheimer. 2009
54. Landi F, Picca A, Calvani R, Marzetti E. Anorexia of Aging. *Clinics in geriatric medicine*. 2017; 33(3):315-23.