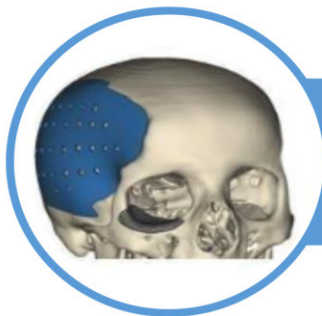




Alimentação de Conforto no Avançar da Demência: Uma Perspectiva Integrada da Fonoaudiologia, Nutrição, Terapia Ocupacional e Psicologia

Denise Alves Pinto de Souza¹; Carlos Henrique Barbosa Rozeira²; Sheila Cristina de Oliveira Silva de Mendonça³; Fernanda Ferreira Ramos⁴; Kathia Aparecida de Souza Coelho⁵; Sandra Tavares da Silva⁶; Letícia Gomes de Carvalho⁷



<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2025v7n6p962-986>

Artigo recebido em 07 de Maio e publicado em 17 de Junho de 2025

ARTIGO ORIGINAL

RESUMO

O processo de envelhecimento, embora marcado por experiências e narrativas singulares, pode ser profundamente afetado pela presença da demência — síndrome neurodegenerativa multifatorial que compromete progressivamente funções cognitivas, emocionais e comportamentais. Entre os inúmeros impactos da doença, destacam-se as alterações alimentares, que vão além das dificuldades motoras e deglutitórias, alcançando dimensões afetivas, sensoriais e relacionais. Neste contexto, emerge o conceito de alimentação de conforto, compreendida como uma estratégia que conjuga nutrição, memória, afeto e bem-estar. Este artigo, por meio de uma revisão integrativa da literatura, analisa as intersecções entre demência, alimentação e cuidado interdisciplinar, com ênfase na atuação de fonoaudiólogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais e psicólogos. A pesquisa foi conduzida em bases científicas como PubMed, SciELO e Google Scholar, considerando publicações dos últimos dez anos que abordam intervenções voltadas à alimentação em pacientes com demência. Os achados indicam que estratégias integradas promovem não apenas segurança alimentar, mas também qualidade de vida e manutenção da subjetividade dos pacientes. A proposta é reforçar uma abordagem humanizada, que respeite os sentidos simbólicos e afetivos do comer, mesmo diante da fragmentação cognitiva imposta pela doença.

Palavras-chave: demência; alimentação de conforto; interdisciplinaridade; fonoaudiologia; nutrição; terapia ocupacional; psicologia.

Comfort Feeding in the Progression of Dementia: An Integrated Approach through Speech-Language Pathology, Nutrition, Occupational Therapy and Psychology

ABSTRACT

Aging is, for many, a process of accumulating stories — but when dementia enters the scene, these narratives begin to unravel, as if pages were silently torn from a book. Dementia is a multifactorial neurodegenerative syndrome that progressively affects cognitive, emotional, and behavioral functions. Among its many impacts, changes in eating behavior stand out, reaching beyond motor or swallowing difficulties to affect emotional, sensory, and relational domains. In this context, the concept of comfort feeding emerges, understood as a strategy that combines nutrition, memory, affect, and well-being. This article presents an integrative literature review analyzing the intersections between dementia, eating practices, and interdisciplinary care, focusing on the contributions of speech-language pathology, nutrition, occupational therapy, and psychology. The review was conducted through academic databases such as PubMed, SciELO, and Google Scholar, including peer-reviewed publications from the last ten years addressing food-related interventions for individuals with dementia. Findings indicate that integrated approaches not only promote safety and adequate nutrition but also help preserve the patient's quality of life and sense of self. The aim is to support a humanized care model that values the symbolic and emotional meanings of eating — even when memory fades and cognitive fragmentation sets in.

Keywords: dementia; comfort feeding; interdisciplinary care; speech-language pathology; nutrition; occupational therapy; psychology.

Instituição afiliada – ¹Fonoaudióloga, Mestre em Gestão de Cuidados da Saúde pela Universidade do Amazonas, Pós Graduação em Disfagia e Assistência Hospitalar pelo Cefac RJ, Pós Graduação em Saúde Hospitalar do Adulto pela Faveni e Pós Graduanda em Desenvolvimento Infantil pelo cbi of Miami; ²Psicólogo, Mestre em Ensino (UFF), Pós Graduado em Psicopatologia, Avaliação Psicológica e Psicologia Hospitalar (FACUMINAS); ³Bacharel em Nutrição (UniRedentor), Pós Graduada em Nutrição Clínica, Hospitalar e Ambulatorial (Faceminas), Mestranda em Gestão de Cuidados da Saúde (Must University); ⁴Nutricionista (Faculdade Redentor), Mestranda em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local (EMESCAM), Pós Graduada em Nutrição Aplicada a Terapia Intensiva (UniVitoria), Pós Graduada em Nutrição Clínica (Unifoa); ⁵Terapeuta Ocupacional pela UFRJ, Pós Graduada em Transtorno do Espectro Autista e Terapia Ocupacional em Neuropediatria (unifagoc) e Certificada em Integração Sensorial de Ayres pela Universidade da Califórnia, Mestranda em Estudos da Ocupação (UFMG); ⁶Nutricionista - Universidade Federal de Viçosa (UFV), Mestre em Ciência da Nutrição – UFV, Especialista em Nutrição Parenteral e Enteral – BRASPEN, Especialista em Nutrição Clínica – ASBRAN, Especialização em Nutrição Clínica e Terapia Nutricional, GANEP, Juiz de Fora, MG; Pós-graduanda em Gestão em Saúde Pública - EMESCAM, Vitória, ES; ⁷Fonoaudióloga pela UniRedentor - Especialista em Perícia Fonoaudiológica - CEFAC/SP

Autor correspondente: Carlos Henrique Barbosa Rozeira, ariezor@hotmail.com

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



INTRODUÇÃO

Desde o instante em que nascemos, o alimento é fundamental para o crescimento e desenvolvimento saudável. Mas, ao adoecermos, ele assume uma missão ainda mais delicada: ajudar na melhora, na manutenção da vida e na qualidade do que vivemos. No modelo biomédico tradicional, comer serve basicamente para suprir nutrientes e sustentar o organismo. Porém, do ponto de vista humano, alimentar-se é também um ritual social, cultural e emocional, associado ao cuidado, ao conforto e à construção de vínculos afetivos — pensar nisso é fundamental para entender o impacto que uma doença grave provoca sobre a alimentação.

Quando a alimentação passa a ser dificultada, seja pela doença ou suas complicações, e a comensalidade — o ato de conviver à mesa, com seus rituais e trocas — se perde, surge um sofrimento emocional profundo. A impossibilidade de compartilhar refeições com quem amamos mexe com as raízes do humano, deixando vulnerabilidades expostas. Nesse cenário, o trabalho integrado de uma equipe multiprofissional se torna essencial para que o binômio paciente-família possa atravessar esse processo com mais dignidade, segurança e acolhimento.

É justamente nesse contexto que as condições neurodegenerativas, como a demência, se revelam desafios ainda mais intrincados. Envelhecer, para muitos, é um lento e precioso acúmulo de histórias — memórias que moldam a identidade e dão sentido à vida. Mas quando a demência entra em cena, essas narrativas começam a se desfazer, como páginas arrancadas silenciosamente de um livro. Trata-se de uma síndrome devastadora que compromete progressivamente funções cognitivas essenciais — memória, linguagem, raciocínio e a própria autonomia cotidiana. As formas mais prevalentes, como a Doença de Alzheimer e a demência vascular, impactam milhões de pessoas globalmente, trazendo não apenas perdas cognitivas, mas também desafios na manutenção de hábitos fundamentais, como a alimentação (Burlá; Azevedo, 2012).

Segundo Burlá e Azevedo (2012), o risco de desenvolver demência dobra a cada cinco anos após os 60 anos de idade. Estima-se que cerca de 50% das pessoas com 85 anos apresentem algum tipo de demência. Esse dado alarmante, somado ao envelhecimento acelerado da população, evidencia a urgência de ampliar o debate

sobre os Cuidados Paliativos nas demências. Diante da projeção de um crescimento exponencial no número de pessoas acometidas, repensar estratégias de cuidado torna-se não apenas necessário, mas ético e socialmente inadiável.

À medida que a doença avança, comer deixa de ser um ato simples para se tornar um território de riscos e frustrações — tanto para quem cuida quanto para quem é cuidado. Nesse cenário, emerge o conceito de alimentação de conforto, que ultrapassa a mera ingestão calórica para tocar em dimensões afetivas, sensoriais e sociais (Thomas; McCoy, 2020). Alimentos familiares, que evocam memórias felizes e criam sensação de acolhimento, podem ser um fio condutor entre o presente nebuloso e lembranças preservadas.

Cuidar da alimentação na demência exige, portanto, mais do que técnica: exige sensibilidade e integração. A atuação conjunta da fonoaudiologia, nutrição, terapia ocupacional e psicologia mostra-se não apenas desejável, mas necessária. A fonoaudiologia oferece suporte diante de alterações na deglutição e comunicação; a nutrição assegura o equilíbrio entre prazer e necessidade nutricional; a terapia ocupacional trabalha para manter a autonomia e o significado das ações cotidianas — inclusive comer; e a psicologia, por sua vez, contribui para compreender e acolher os aspectos emocionais envolvidos no processo de alimentar-se, tanto nos pacientes quanto em seus familiares, promovendo estratégias para lidar com perdas, angústias e resistências.

Este artigo propõe uma reflexão sobre a importância da alimentação de conforto no contexto da demência em estágio avançado, evidenciando as contribuições sinérgicas entre fonoaudiólogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais e psicólogos. Mais do que uma proposta técnica, trata-se de defender um cuidado que respeita o humano onde ele ainda resiste: no sabor da comida, no gesto de levar o garfo à boca, na memória que vive no paladar — e no afeto que sustenta a presença, mesmo quando as palavras começam a faltar.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão da literatura com pesquisa realizada nas bases de dados acadêmicas, como PubMed, Scielo, Google Scholar e outras plataformas relevantes, utilizando palavras-chave como "demência", "alimentação de conforto", "fonoaudiologia", "nutrição", "terapia ocupacional", "intervenções nutricionais" e "intervenções psicológicas". Os critérios de inclusão envolveram a seleção de artigos revisados por pares, estudos de caso, revisões sistemáticas e ensaios clínicos publicados nos últimos 10 anos. Foram excluídos artigos que não abordavam especificamente a interseção entre demência, alimentação de conforto e as três áreas profissionais em questão.

Os materiais selecionados foram analisados norteando pelas seguintes questões: como a demência impacta a alimentação e a nutrição dos pacientes; qual a relevância da alimentação de conforto na experiência do paciente com demência; intervenções fonoaudiológicas que podem facilitar a alimentação em indivíduos com demência; estratégias nutricionais que podem ser utilizadas para atender às necessidades alimentares e emocionais dos pacientes; representação da terapia ocupacional na promoção da autonomia e na realização de atividades alimentares; Propor um modelo de intervenção multidisciplinar que integre fonoaudiologia, nutrição e terapia ocupacional para o manejo da alimentação em pacientes com demência.

Com o intuito de compreender algumas questões e conceitos abordados no texto, optou-se também pela realização de buscas direcionadas por meio do Google, o que permitiu o contato com diferentes fontes de conhecimento. Essa estratégia foi orientada por fundamentos científicos e epistemológicos, possibilitando uma análise mais profunda e crítica dos conteúdos. Conforme discutem Rozeira et al. (2023), esse tipo de abordagem evidencia como o imprevisível, o complexo e o processo de descoberta se entrelaçam de forma instigante. Cada noção incorporada ao percurso investigativo contribuiu como um elemento essencial na construção do entendimento.

Demência e Suas Consequências na Alimentação

O conceito de demência tem sido progressivamente ressignificado nas últimas décadas, à medida que o avanço das neurociências e das ciências humanas amplia a compreensão sobre os múltiplos fatores que atravessam o processo de declínio cognitivo. Longe de se restringir a um quadro exclusivamente neurológico, a demência é hoje entendida como uma condição multifatorial que impacta não apenas a memória e outras funções cognitivas, mas também a dimensão afetiva, relacional, sensorial e existencial do sujeito (World Health Organization, 2021).

É fundamental dedicar atenção especial a pacientes idosos, especialmente àqueles com qualquer grau de demência. Nessas populações, alterações de humor e comportamento podem ser manifestações atípicas de dor e tendem a regredir quando a dor é adequadamente identificada e tratada. De modo geral, idosos costumam apresentar maior lentidão ao descrever seus sintomas, e muitos enfrentam dificuldades para compreender e utilizar escalas de avaliação, o que demanda sensibilidade e estratégias adaptadas por parte da equipe de saúde (Cardoso, 2012).

Estudos recentes indicam que as alterações alimentares em pessoas com demência não se devem apenas à perda de apetite ou à disfunção da deglutição. Elas também se manifestam por meio de comportamentos como hiperalimentação, seletividade alimentar, ingestão de substâncias não comestíveis (pica), perda do senso de saciedade e confusão quanto ao uso de utensílios (Mitchell *et al.*, 2020; Aselage *et al.*, 2011). Tais manifestações estão frequentemente relacionadas a distúrbios de processamento sensorial, desorganização visoespacial, deterioração das funções executivas e, sobretudo, a estados emocionais difíceis de verbalizar, mas que encontram na recusa ou busca alimentar uma forma de expressão.

Desde os trabalhos iniciais de Alois Alzheimer, no início do século XX, que descreveram não apenas os prejuízos neuroanatômicos, mas também os aspectos psicopatológicos e comportamentais associados à demência, o campo vem se expandindo para abarcar as complexas interações entre cérebro, corpo e ambiente. Hoje, reconhece-se que os hábitos alimentares dos pacientes não são meramente disfuncionais, mas sim atravessados por memórias afetivas, padrões culturais, rotinas familiares e significados subjetivos atribuídos ao ato de comer (Phillips *et al.*, 2010; Keller *et al.*, 2018).

Pacientes com demência em estágio avançado frequentemente apresentam disfagia, perda de peso, recusa alimentar e maior risco de pneumonia por aspiração. Nessas situações, a conduta tradicional costuma incluir a introdução de suporte nutricional por sondas nasoenterais, com o objetivo de garantir a ingestão calórica e prolongar a sobrevida. No entanto, no contexto dos Cuidados Paliativos, essa abordagem é amplamente questionada. Evidências indicam que terapias nutricionais invasivas não trazem benefícios significativos em termos de qualidade de vida, podendo, ao contrário, aumentar o sofrimento, o custo e a complexidade do cuidado (Fernandes, 2012).

Nesse contexto, os comportamentos alimentares alterados não podem ser compreendidos de forma isolada ou como meros sintomas da doença. Eles devem ser lidos à luz da história de vida do sujeito, de seus vínculos, da sua trajetória de perdas e adaptações, e das formas com que sua subjetividade responde ao processo de desorganização psíquica e corporal. Trata-se, portanto, de uma área que exige escuta interdisciplinar e intervenções articuladas entre os diferentes campos do cuidado.

Adotar esse olhar implica repensar o lugar da alimentação no cotidiano das pessoas com demência, não apenas como tarefa de sobrevivência, mas como espaço de presença, vínculo e cuidado.

Impacto da Demência na Alimentação e Nutrição

A demência pode afetar a alimentação de diversas maneiras, incluindo dificuldades na percepção sensorial, problemas de memória e alterações no comportamento alimentar.

As dificuldades cognitivas, como a perda de memória e o comprometimento das funções executivas, podem afetar diretamente a rotina alimentar, dificultando o reconhecimento de alimentos, o entendimento da função da refeição e a percepção do momento adequado para se alimentar. A desorientação temporal e espacial também contribui para que o indivíduo não consiga identificar o horário das refeições, o que pode resultar em omissões alimentares ou rejeição de alimentos previamente aceitos (Dyer; O'Brien, 2018).

A essas alterações somam-se as mudanças no apetite, que se manifestam de forma variada entre os pacientes. Em alguns casos, observa-se uma redução marcante no interesse por alimentos, frequentemente associada a quadros depressivos, enquanto outros indivíduos desenvolvem um apetite exacerbado. Esses extremos podem ser modulados por fatores emocionais, comportamentais e até mesmo neuroquímicos, refletindo a complexidade da relação entre demência e comportamento alimentar (Kearney et al., 2018).

Esse cenário favorece o desenvolvimento de quadros de desnutrição, uma condição prevalente entre idosos com demência. A Diretriz da BRASPEN (Alves et al., 2022) ressalta que a desnutrição pode surgir da ingestão insuficiente de alimentos, tanto em quantidade quanto em qualidade nutricional, especialmente quando não há adequação nas consistências alimentares em casos de disfagia. A falta de intervenções apropriadas, nesse contexto, compromete a ingestão adequada de energia, proteínas e micronutrientes. O estado nutricional tende a se deteriorar na medida em que aumentam a dependência funcional e as demandas de cuidado.

A disfagia, por sua vez, é uma das manifestações clínicas mais relevantes em fases avançadas da demência. A dificuldade em engolir compromete não apenas a eficiência da alimentação, mas também eleva o risco de aspiração e de infecções respiratórias. Esse quadro demanda avaliações periódicas das habilidades de deglutição e, frequentemente, a adaptação da consistência dos alimentos, visando a segurança e a preservação do prazer alimentar (Hsu et al., 2015).

Por fim, as dificuldades de comunicação agravam os desafios alimentares, uma vez que muitos indivíduos com demência perdem a capacidade de expressar suas preferências ou desconfortos durante as refeições. Isso impacta não só a qualidade da alimentação, mas também o aspecto social da refeição, contribuindo para sentimentos de isolamento e frustração, tanto por parte do paciente quanto dos cuidadores, que enfrentam limitações para interpretar sinais não verbais e oferecer suporte adequado (Wiggins et al., 2017).

Alimentação de Conforto

A alimentação de conforto, definida como aquela que proporciona prazer sensorial e satisfação emocional, tem um papel relevante no cuidado de pessoas com demência, especialmente por sua capacidade de integrar dimensões afetivas, nutricionais e sociais da experiência alimentar. A presença de alimentos familiares ou ligados a memórias positivas pode desempenhar uma função reguladora do estado emocional, reduzindo níveis de ansiedade e promovendo bem-estar subjetivo. Esses alimentos evocam lembranças afetivas que frequentemente remetem a contextos de segurança e pertencimento, o que pode oferecer momentos de prazer em meio à vivência desgastante da doença neurodegenerativa (Thomas; McCoy, 2020).

Além de sua dimensão simbólica, os alimentos de conforto podem favorecer a ingestão alimentar ao estimular o apetite, contribuindo para uma melhor aceitação das refeições e auxiliando na prevenção ou no manejo da desnutrição e da perda ponderal, condições comuns entre pessoas com demência (Dyer, 2015). A importância dessa abordagem é ainda mais evidente quando se considera o comprometimento progressivo da autonomia alimentar e o impacto das alterações cognitivas sobre a autorregulação do apetite.

O contexto social das refeições também exerce influência direta sobre o comportamento alimentar. Ambientes acolhedores e afetivamente significativos, nos quais a alimentação é compartilhada com cuidadores ou familiares, favorecem não apenas a ingestão calórica e nutricional adequada, mas também a manutenção dos vínculos afetivos e da comunicação interpessoal. A inclusão de alimentos de conforto nesse cenário pode atuar como facilitadora desses processos, reforçando a experiência relacional e simbólica da alimentação (Van der Veen et al., 2019).

Do ponto de vista nutricional, embora não existam evidências robustas que sustentem o uso de nutrientes específicos como tratamento para a demência, alguns padrões alimentares, como a dieta do Mediterrâneo e a dieta DASH, têm sido associados à preservação da saúde cerebral. Ambas priorizam a ingestão de alimentos in natura, com baixo teor de gordura saturada, e elevada densidade de nutrientes antioxidantes e anti-inflamatórios — como frutas, hortaliças, peixes, azeite de oliva extravirgem e oleaginosas — e podem exercer um efeito neuroprotetor indireto ao favorecer a saúde cardiovascular e metabólica (Alves et al., 2022).

As recomendações dietéticas específicas para idosos com demência sugerem uma ingestão calórica entre 30 e 35 kcal por quilo de peso corporal, associada a um consumo proteico que varia de 1 a 1,5 g/kg, ajustado ao nível de atividade física e ao estresse metabólico imposto pela doença. Além disso, a ingestão diária de 25 g de fibras é indicada como parte de um suporte nutricional adequado (Gonçalves et al., 2019). Entretanto, atingir essas metas, sobretudo no que se refere ao consumo de proteínas e fibras, representa um desafio significativo nesse grupo populacional, exigindo monitoramento frequente, adaptações culinárias e estratégias que preservem tanto o valor nutricional quanto a aceitabilidade dos alimentos ofertados.

Essa abordagem integradora, que combina nutrição baseada em evidências com atenção às dimensões afetiva e relacional da alimentação, constitui uma ferramenta terapêutica potente no manejo multidimensional da demência.

Estratégias Nutricionais

Cuidar da alimentação de alguém com demência vai muito além de calcular calorias ou distribuir nutrientes: trata-se de respeitar memórias, adaptar rotinas e, muitas vezes, reinventar o ato de comer como um gesto de cuidado e dignidade. O desafio não está apenas no que se coloca no prato, mas em como tornar esse momento possível, prazeroso e funcional, mesmo quando a autonomia e a cognição estão comprometidas. Pensar em nutrição nesse contexto é, portanto, pensar em estratégias criativas, sensíveis e individualizadas — e isso exige um olhar ampliado que envolva escuta, paciência e muito afeto. A seguir, destacam-se algumas intervenções nutricionais fundamentais para esse processo:

1. Avaliação Nutricional: Um nutricionista deve realizar uma avaliação nutricional abrangente, considerando as necessidades dietéticas do paciente, as intervenções necessárias para prevenir a desnutrição e a adequação da ingestão calórica. Isso pode envolver a coleta de dados sobre o histórico alimentar, peso corporal, medidas antropométricas e avaliação da sarcopenia.

2. Planejamento de Refeições: O desenvolvimento de um plano alimentar que inclua alimentos de conforto e que sejam nutricionalmente ricos pode ajudar a estimular o apetite e garantir a ingestão adequada de nutrientes. É importante que as refeições sejam equilibradas, atendendo às necessidades específicas de energia e nutrientes, como proteínas, vitaminas e minerais. Os pratos devem ser coloridos, atraentes e segundo as preferências alimentares dos indivíduos. Aumentar o fracionamento das refeições, com 6 a 8 ofertas de alimentos ao dia, em porções pequenas, contribui para melhorar a ingestão. A adesão a programas de entrega de refeições é indicado para idosos com dificuldades no preparo e na obtenção dos alimentos (Gonçalves et al., 2019) e pode ser uma estratégia para idosos com demência. A análise da saúde bucal é um importante item que pode interferir negativamente na aceitação alimentar.

3. Uso de Suplementos Nutricionais: É possível enriquecer as preparações com alimentos, considerando as demais patologias que poderão estar presentes, como diabetes mellitus e dislipidemias. Mas algumas intervenções podem ser utilizadas como: adicionar azeite, óleo vegetal, creme de leite ou gema de ovo em sopas, purês e mingaus; adicionar cereais em mingaus (aveia, amido de milho, fubá, etc.); nas sopas: variar vegetais e adicionar macarrão, carne, frango e ovo; adicionar nas preparações óleo vegetal, azeite de oliva, óleo de soja, milho, canola ou girassol; preparar sucos compostos de duas frutas ou de uma fruta com um vegetal; nos pães, torradas e biscoitos adicionar queijo, requeijão, geleia de fruta ou mel; opções de sobremesa: frutas em calda ou sorvetes (Gonçalves et al., 2019). Em casos de manutenção da dificuldade em manter uma ingestão adequada de alimentos, pode ser necessário o uso de suplementos nutricionais orais para assegurar que o paciente receba os nutrientes essenciais. Esses suplementos podem ser formulados para atender às necessidades específicas, ajudando a prevenir a perda de peso e a desnutrição. Podem ser utilizados suplementos líquidos, prontos para consumo que, muitas vezes, apresentam sabores agradáveis, como baunilha, capuccino, morango, avelã, dentre outros. A indústria tem investido em sabores diferentes para facilitar a adesão dos indivíduos aos tratamentos. Além disso, há suplementos em pó, com e sem sabor, que podem ser ingeridos isoladamente, mas, também, adicionados a alimentos de consumo comum, como no café com leite, vitaminas, mingaus, sopas, dentre outros.

4. Promoção da Hidratação: A desidratação é uma preocupação comum em pacientes com demência, especialmente devido à redução do apetite e à dificuldade em comunicar a sede. A percepção da sede já se reduz com a idade, o que se torna um desafio ainda maior em casos de demência. Portanto, estratégias para promover a ingestão de líquidos devem ser implementadas, como a oferta de bebidas em consistências variadas, água com gás, saborizadas/aromatizadas e a utilização de copos ou canudos que facilitem a ingestão. A recomendação geral é de cerca de 25 mL de líquidos por kg de peso, incluindo água, bebidas e alimentos. No entanto, o cuidado deve ser contínuo e individualizado (Carvalho; Parson, 2012).

5. Educação e Apoio Familiar: A educação dos cuidadores e familiares sobre a importância da alimentação de conforto e das necessidades nutricionais dos pacientes é essencial. Isso pode incluir orientações sobre como fazer dos horários de refeições, momentos agradáveis, calmos, bem como a melhor forma de oferecer os alimentos, a apresentação dos alimentos e como adaptar as refeições para torná-las mais agradáveis e adequadas ao indivíduo com demência. Alimentar-se com companhia estimula a ingestão alimentar e trata-se de uma estratégia nutricional (Gonçalves et al., 2019), mas também de apoio e carinho familiar. Mesmo utilizando todas as estratégias, se a ingestão alimentar permanecer insuficiente, também poderá ser recomendada a alimentação por vias alternativas, como a sonda enteral ou gastrostomia, deixando a via oral para oferta de prazer, do que o indivíduo quiser e quando quiser, reservando a oferta de nutrientes para a via alternativa. A família deverá ser adequadamente orientada para o manejo dessa modalidade de nutrição.

Alimentação na fase terminal da demência

Manter o estado nutricional na fase final da demência é um desafio complexo, pois diversos fatores interferem na aceitação alimentar. Nesse estágio, o paciente torna-se intensamente catabólico, o que dificulta a manutenção do peso e o fornecimento adequado de nutrientes. Além disso, é importante evitar a prescrição de medicamentos anorexígenos, como a fluoxetina — contraindicado em idosos — ou fármacos com efeito anticolinérgico, como a amitriptilina, pois eles podem agravar a perda de apetite e impactar negativamente a qualidade de vida do paciente. Da mesma forma, a adaptação

correta das próteses dentárias exerce papel fundamental, facilitando a alimentação ao permitir uma mastigação mais eficiente (Burlá, Azevedo, 2012).

A consistência e a composição dos alimentos devem ser ajustadas conforme a capacidade de mastigação e deglutição do paciente, que frequentemente apresentam dificuldades progressivas para essas funções. Por isso, o acompanhamento fonoaudiológico deve ser introduzido precocemente, com o objetivo de monitorar e manejar a disfagia, reduzindo o risco de broncoaspiração, uma complicação comum e grave nessa população. Paralelamente, a fisioterapia contribui para retardar a perda da mobilidade, prevenir rigidez articular e otimizar a função respiratória, prevenindo complicações como atelectasias e promovendo maior conforto na fase avançada da doença (Burlá, Azevedo, 2012).

Diante da recusa alimentar, que é uma manifestação frequente e esperada na evolução da demência, surge um dilema importante para familiares e profissionais: a indicação ou não da alimentação artificial. A progressiva disfagia, a anorexia e a sarcopenia não devem ser vistas como intercorrências a serem revertidas, mas sim como parte natural do processo de adoecimento. O ato de deixar de se alimentar oralmente, apesar de angustiante, pode representar uma forma mais tranquila e confortável do processo de morrer. Pacientes com cognição preservada, em situações terminais por outras causas, frequentemente perdem o apetite e a sede, pois o organismo diminui gradualmente suas funções, reduzindo a necessidade de ingestão de alimentos e líquidos. Por isso, orientar a família sobre essa realidade é fundamental para o cuidado humanizado (Burlá, Azevedo, 2012).

Embora a gastrostomia endoscópica tenha se tornado um procedimento comum para garantir a nutrição, as evidências científicas indicam que ela não prolonga a sobrevida, não melhora o estado nutricional, nem previne a broncoaspiração causada por secreções orais. Além disso, pode causar desconforto e infecções locais, afetando negativamente a qualidade de vida. Dessa forma, respeitar a recusa alimentar do paciente com demência avançada é um posicionamento razoável, permitindo que ele controle a quantidade e o momento da alimentação, consumindo preferencialmente os alimentos de sua escolha, sem restrições (Burlá, Azevedo, 2012).

Por fim, é importante atentar para a hidratação da mucosa oral, que tende a ressecar pela diminuição da ingestão de líquidos ou pelo efeito de medicamentos. A

utilização de gaze umedecida em água ou gelo picado é uma medida simples, porém eficaz, para garantir conforto e evitar lesões (Burlá, Azevedo, 2012).

Intervenções Fonoaudiológicas

Quando comer vira um desafio — por medo de engasgar, por não conseguir nomear o que se quer, ou por não saber mais como usar um talher — entra em cena a arte cuidadosa da Fonoaudiologia. Longe de ser apenas uma questão de técnica, o trabalho fonoaudiológico com pessoas com demência exige sensibilidade para perceber sinais muitas vezes sutis de sofrimento, desconforto ou desconexão. Trata-se de devolver segurança à deglutição, mas também de preservar a dignidade na hora da refeição e a possibilidade de comunicação, ainda que em outras formas que não as palavras (Pinto, 2012). A seguir, algumas estratégias fundamentais que podem fazer toda a diferença no cotidiano alimentar desses pacientes:

1. Avaliação de Deglutição: A fonoaudióloga deve realizar uma avaliação detalhada das habilidades de deglutição do paciente, identificando sinais de disfagia. Isso pode incluir exames clínicos e, em alguns casos, exames de imagem, como a videofluoroscopia (Sutherland; Young, 2018). Esse processo é fundamental para determinar a consistência dos alimentos que podem ser oferecidos de forma segura.

2. Adaptações Alimentares: Com base na avaliação, a fonoaudióloga pode recomendar adaptações nos alimentos, como alteração da consistência (liquificado, pastoso ou sólido) e a forma de apresentação. Essas adaptações ajudam a facilitar a mastigação e a deglutição, aumentando a segurança alimentar (Henneman et al., 2012). Por exemplo, alimentos que são mais fáceis de mastigar e engolir podem ser mais bem aceitos.

3. Estimulação da Comunicação: A fonoaudióloga deve trabalhar para que o paciente se sinta confortável em expressar suas preferências e necessidades. Técnicas de comunicação aumentativa e alternativa (CAA) podem ser utilizadas para ajudar os pacientes a se expressarem durante as refeições (Roberts et al., 2017). Isso pode envolver o uso de cartões com imagens de alimentos ou a utilização de dispositivos de comunicação.

4. Criação de um Ambiente Confortável: A fonoaudióloga deve colaborar com a equipe de cuidados e familiares para criar um ambiente de refeição calmo e acolhedor. Isso inclui minimizar distrações, garantir uma boa iluminação e proporcionar um ambiente que estimule a interação social durante as refeições (Faber; Ruskowski, 2013). Um ambiente positivo pode melhorar a experiência alimentar e aumentar a aceitação dos alimentos.

Papel da Terapia Ocupacional

Quando a autonomia se esconde em cada garfada, a Terapia Ocupacional chega para desenrolar o nó e devolver o prazer da alimentação como ato de independência e sentido. Não se trata só de ajudar a levar a comida à boca, mas de mapear os desafios físicos, cognitivos e emocionais que complicam esse momento tão cotidiano e, ao mesmo tempo, tão complexo para quem tem demência (Carvalho; Parson, 2012). Com estratégias criativas, utensílios adaptados e treino específico, o terapeuta ocupacional estimula não só a habilidade, mas a autoestima e o engajamento emocional — porque comer bem é também estar vivo no presente, com todos os sentidos ligados. Aqui estão algumas das abordagens que podem transformar a rotina alimentar e, de quebra, a qualidade de vida (Carvalho; Parson, 2012):

1. Avaliação da Atividade Alimentar: O terapeuta ocupacional deve avaliar a capacidade do paciente de realizar atividades relacionadas à alimentação, considerando aspectos físicos, cognitivos e emocionais que possam impactar o processo (Santos et al., 2018). Essa avaliação é fundamental para identificar as dificuldades específicas que o paciente enfrenta.

2. Intervenções para Facilitar a Alimentação: O terapeuta ocupacional pode implementar estratégias que ajudem o paciente a realizar as atividades de alimentação de maneira mais independente. Isso pode incluir o uso de utensílios adaptados, como talheres com cabos mais grossos ou copos com bicos, que ajudam na coordenação e na estabilidade durante as refeições (Hsu et al., 2015).

3. Treinamento de Habilidades: O terapeuta pode trabalhar com o paciente para desenvolver ou reabilitar habilidades relacionadas à alimentação, como o uso de talheres, a mastigação e a deglutição. O treinamento pode incluir simulações de refeições e prática de técnicas que promovam a segurança e eficácia durante a alimentação (Karp et al., 2006).

4. Promoção de Atividades Significativas: É importante que a terapia ocupacional promova atividades que sejam significativas e prazerosas para o paciente. Isso pode incluir a participação em atividades culinárias, como preparar alimentos simples, que não apenas estimulam o apetite, mas também promovem a interação social e o envolvimento emocional (Henneman et al., 2012).

5. Criação de Rotinas: O terapeuta ocupacional pode ajudar na criação de rotinas de alimentação que sejam consistentes e ajustadas às preferências do paciente. A regularidade nas refeições pode proporcionar uma sensação de segurança e previsibilidade, o que é especialmente importante para indivíduos com demência (Dyer; O'Brien, 2018).

Contribuições da Psicologia no Cuidado Nutricional de Pacientes com Demência

No contexto do cuidado de pessoas com demência, compreender o impacto dos aspectos emocionais, comportamentais e cognitivos sobre a alimentação é tão relevante quanto garantir a presença de nutrientes no prato. Muito além de uma questão metabólica, comer envolve afetos, memórias e vínculos — dimensões que frequentemente se desorganizam com o avanço da doença. Nesse cenário, o olhar psicológico oferece à equipe de saúde ferramentas para decifrar o que muitas vezes se manifesta como recusa alimentar, desinteresse ou agitação, mas que, na verdade, pode ser expressão de sofrimento psíquico, desorientação identitária ou até luto pela perda de si. Integrar esse entendimento às práticas de cuidado permite intervenções mais

sensíveis, que respeitam a subjetividade e favorecem o engajamento do paciente com a experiência alimentar (Carvalho; Parson, 2012).

As alterações de comportamento alimentar frequentemente observadas nesse grupo — como recusa alimentar, agitação, apatia ou irritabilidade — não devem ser compreendidas apenas como manifestações da doença neurodegenerativa, mas também como expressões psíquicas relacionadas à vivência da perda de autonomia e de identidade. Uma avaliação psicológica cuidadosa possibilita à equipe interpretar esses sinais com maior sensibilidade, evitando intervenções exclusivamente medicamentosas e possibilitando estratégias de manejo mais humanas e respeitosas (Tappen *et al.*, 2013).

Além disso, muitos idosos com demência experienciam um luto antecipatório, marcado pelo sofrimento frente ao declínio funcional e à crescente dependência. Esse processo subjetivo pode afetar negativamente o apetite e a motivação para se alimentar, sendo muitas vezes confundido com desinteresse ou obstinação. A psicoterapia breve, com foco no suporte emocional e na reorganização das rotinas, pode resgatar sentimentos de pertencimento, autoestima e sentido, reativando o vínculo com a alimentação (Shin *et al.*, 2015).

Apesar das limitações cognitivas impostas pela doença, abordagens adaptadas da Terapia Cognitivo-Comportamental, bem como estratégias de reminiscência, validação e estimulação sensorial, têm demonstrado eficácia na promoção do engajamento com a alimentação. O uso de estímulos que evocam memórias afetivas — como aromas familiares, músicas associadas a refeições do passado ou imagens de contextos familiares — pode auxiliar no reconhecimento dos alimentos, favorecendo a aceitação das refeições (Chung *et al.*, 2016). A Psicologia pode orientar cuidadores e familiares no uso cotidiano dessas ferramentas, capacitando-os a transformar o momento da refeição em uma experiência afetivamente significativa.

A relação entre o paciente e seus cuidadores também exerce influência decisiva sobre a alimentação. Atitudes de impaciência, correções constantes ou interações emocionalmente tensas durante as refeições podem desencadear respostas como

recusa alimentar, agressividade ou retraimento. A escuta ativa e o trabalho psicoeducacional com os cuidadores, promovidos por profissionais da Psicologia, contribuem para o desenvolvimento de uma comunicação mais empática e respeitosa, impactando diretamente a qualidade da experiência alimentar (Volicer et al., 2010).

O cuidado psicológico se estende também à saúde mental dos próprios cuidadores, sejam eles familiares ou profissionais. A sobrecarga emocional, quando não manejada, pode comprometer o cuidado nutricional, favorecendo práticas negligentes ou desmotivação. Intervenções voltadas para o suporte emocional, como grupos de apoio e estratégias de enfrentamento ao estresse, auxiliam na prevenção do burnout e promovem a continuidade do cuidado com qualidade (Zarit et al., 2014).

Por fim, a Psicologia contribui para a ressignificação da alimentação como um ato simbólico e relacional, que vai além de suas funções fisiológicas. A construção de ambientes que respeitem a história de vida do paciente, valorizando rituais, utensílios e alimentos com significados pessoais, favorece a manutenção do vínculo com a comida, mesmo nos estágios avançados da demência. Trata-se de uma intervenção que resgata o sentido subjetivo da alimentação, transformando-a em uma expressão de continuidade psíquica diante do processo de perda progressiva.

Integração de Saberes no Cuidado

A atuação conjunta de fonoaudiólogos, nutricionistas, psicólogos e terapeutas ocupacionais revela-se essencial na construção de um cuidado verdadeiramente integral voltado a pessoas com demência. A articulação entre essas áreas permite uma abordagem ampliada, contemplando não apenas as dimensões nutricionais, mas também as dificuldades relacionadas à deglutição, à comunicação e à autonomia nas atividades cotidianas. Essa integração favorece intervenções mais eficazes e sensíveis às particularidades clínicas e subjetivas de cada paciente.

A realização de encontros regulares entre os profissionais envolvidos possibilita uma troca contínua de informações, reflexões e estratégias, o que enriquece a compreensão sobre o paciente e orienta decisões mais alinhadas às suas necessidades e preferências. Esses momentos coletivos fortalecem a coesão da equipe e asseguram uma condução mais coesa das condutas terapêuticas.

A formalização de protocolos assistenciais que contemplem diretrizes específicas para avaliação e acompanhamento nas diferentes áreas envolvidas contribui para uma maior coerência e qualidade nas ações clínicas. Esses documentos norteadores funcionam como instrumentos que favorecem o alinhamento das práticas, minimizando lacunas e redundâncias no cuidado.

O acompanhamento longitudinal do paciente, com revisões periódicas das intervenções propostas, permite o reconhecimento precoce de alterações nas funções de deglutição, no estado nutricional e nas habilidades funcionais, aspectos frequentemente afetados com a progressão do quadro demencial. Essa vigilância contínua oferece subsídios para ajustes terapêuticos oportunos, mantendo o foco na preservação da qualidade de vida.

A presença e participação da família, por sua vez, assumem uma posição estratégico nesse processo. É fundamental que os cuidadores recebam orientações claras sobre como colaborar com o cuidado alimentar, desde adaptações no ambiente das refeições até estratégias comunicacionais mais empáticas. Tal envolvimento contribui para um ambiente mais acolhedor e responsivo às necessidades do idoso.

Por fim, a qualificação constante da equipe de saúde é indispensável. Capacitações voltadas às especificidades da alimentação em quadros de demência, incluindo abordagens centradas no conforto alimentar e no respeito à história de vida do paciente, reforçam o compromisso ético com um cuidado humanizado e sensível às múltiplas dimensões do adoecimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Alimentar-se, para além de uma necessidade fisiológica, é um ato profundamente humano — atravessado por memórias, afetos, vínculos e identidades. Em contextos de demência, onde os territórios da linguagem, do corpo e da subjetividade se fragmentam lentamente, a alimentação permanece como uma das últimas fronteiras de contato com o mundo e consigo mesmo.

Nesse cenário, não se trata apenas de garantir ingestão calórica ou evitar perdas nutricionais. Trata-se de preservar dignidade, escutar silêncios, decifrar gestos e sustentar, na rotina das refeições, o que ainda resiste da pessoa por trás do diagnóstico. A alimentação de conforto é, nesse sentido, mais do que uma técnica: é um gesto ético.

A prática clínica exige, portanto, um olhar atento às singularidades — às vezes tênues, quase imperceptíveis — que indicam caminhos para o cuidado. O desafio não está apenas em intervir, mas em estar com: com o corpo que hesita, com a memória que escapa, com o afeto que insiste. É nesse entrelaçamento de saberes, escuta e presença que emerge uma clínica realmente comprometida com a vida, mesmo em seus contornos mais frágeis.

A fase final da demência é marcada por uma fragilidade profunda, declínio funcional acentuado e falência progressiva dos órgãos. Nessa etapa, qualquer tentativa terapêutica se mostra irreversível, e o paciente perde sua autonomia para tomar decisões sobre o próprio cuidado. Com isso, familiares e equipe enfrentam dilemas éticos complexos, que exigem clareza sobre o real objetivo do tratamento. O foco deixa de ser a busca pela cura ou a intervenção em órgãos isolados — que já apresentam falência evidente — e passa a ser o cuidado integral da pessoa como um todo.

Uma pessoa é um ser integral, física e espiritualmente, e a atitude para com ela deve ser de respeito. Cuidar de quem está morrendo é, antes de tudo, agir com respeito. Nessa fase, o profissional precisa combinar competência técnica para o manejo eficaz dos sintomas com sensibilidade na comunicação, acolhendo as dúvidas e angústias dos familiares, transmitindo segurança e conforto.

Além disso, dada a extrema vulnerabilidade dos pacientes, o profissional deve estar atento para protegê-los de possíveis iatrogenias, evitando intervenções desnecessárias que possam causar mais sofrimento. O cuidado ético e humanizado, portanto, se torna a prioridade máxima, valorizando o conforto, a dignidade e a qualidade de vida até o fim.

Assim, o cuidado à pessoa com demência precisa ser compreendido como uma travessia coletiva: nenhuma especialidade, isoladamente, é capaz de sustentar esse percurso. Fonoaudiólogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, psicólogos e familiares não atuam em paralelo, mas em sincronia, construindo redes de apoio onde o humano ainda pulsa — mesmo quando as palavras já não vêm.

REFERÊNCIAS

- ALVES, J. T. M.; GONÇALVES, T. J. M.; RIBEIRO, P. C. et al. Diretriz BRASPEN de terapia nutricional no paciente com doenças neurodegenerativas. **BRASPEN Journal**, São Paulo, v. 37, supl. 2, p. 2–34, 2022.
- ALZHEIMER'S ASSOCIATION. 2021 Alzheimer's disease facts and figures. **Alzheimer's & Dementia**, [S. l.], v. 17, n. 3, p. 327–406, 2021. DOI: 10.1002/alz.12328.
- ASELAGE, M. B.; AMELT, A. J.; STRUMP, R. S. Dificuldades durante as refeições em idosos com demência: uma revisão sistemática. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 67, n. 11, p. 2101–2110, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05681.x>.
- BURLÁ, Cláudia; AZEVEDO, Daniel Lima. Cuidados paliativos nas demências. In: **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012. p. 474-482. Disponível em: https://dms.ufpel.edu.br/static/bib/manual_de_cuidados_paliativos_ancp.pdf.
- CARDOSO, Mirlane Guimarães de Melo. Classificação, fisiopatologia e avaliação da dor. In: **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012. p. 113-122. Disponível em: https://dms.ufpel.edu.br/static/bib/manual_de_cuidados_paliativos_ancp.pdf.
- CARVALHO, Ricardo Tavares de; PARSON, Henrique Afonseca. **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012. Disponível em: https://dms.ufpel.edu.br/static/bib/manual_de_cuidados_paliativos_ancp.pdf.
- CHUNG, J. C. C. et al. Comparison of the effects of multisensory stimulation and reminiscence therapy on cognition and mood in older adults with dementia: a randomized controlled trial. **American Journal of Geriatric Psychiatry**, [S. l.], v. 24, n. 10, p. 957–965, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2016.06.007>.



- CUMMINGS, J. L. Alzheimer's disease. **New England Journal of Medicine**, [S. l.], v. 351, n. 1, p. 56–67, 2004. DOI: 10.1056/NEJMra040031.
- DYER, A. H. The role of nutrition in the management of dementia. **Geriatric Nursing**, [S. l.], v. 36, n. 1, p. 53–60, 2015. DOI: 10.1016/j.gerinurse.2014.07.001.
- DYER, A. H.; O'BRIEN, J. T. Nutrition and dementia: A review of the evidence. **British Journal of Community Nursing**, [S. l.], v. 23, n. 6, p. 286–292, 2018. DOI: 10.12968/bjcn.2018.23.6.286.
- FABER, M. J.; RUSKOWSKI, J. The role of nutrition in dementia care: A review. **Journal of Nutrition, Health & Aging**, [S. l.], v. 17, n. 2, p. 130–138, 2013. DOI: 10.1007/s12603-012-0426-7.
- FERNANDES, Elci Almeida. O papel do nutricionista na equipe. In: **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012. p. 345-352. Disponível em: https://dms.ufpel.edu.br/static/bib/manual_de_cuidados_paliativos_ancp.pdf.
- GONÇALVES, T. J. M.; HORIE, L. M.; GONÇALVES, S. E. A. B. et al. Diretriz BRASPEN de terapia nutricional no envelhecimento. **BRASPEN Journal**, São Paulo, v. 34, supl. 3, p. 2–58, 2019.
- HENNEMAN, P. L. et al. The influence of nutrition and hydration on the health of older adults with dementia. **Dementia & Neuropsychologia**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 53–58, 2012. DOI: 10.1590/S1980-57642012DN60100009.
- HSU, Y. H. et al. The impact of food texture on swallowing in elderly patients with dementia. **Nutritional Neuroscience**, [S. l.], v. 18, n. 1, p. 46–53, 2015. DOI: 10.1179/1476830514Y.00000000148.
- KARP, A. et al. Relation between dietary patterns and cognitive function in older adults. **American Journal of Epidemiology**, [S. l.], v. 164, n. 11, p. 1107–1114, 2006. DOI: 10.1093/aje/kwj299.
- KEARNEY, P. M. et al. The importance of nutrition in dementia care. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, [S. l.], v. 33, n. 7, p. 924–931, 2018. DOI: 10.1002/gps.4899.
- KELLER, H. et al. The Integrated Nutrition Pathway for Acute Care (INPAC): building consensus with a modified Delphi. **Journal of Nutrition, Health & Aging**, Paris, v. 22, n. 8, p. 1017–1025, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12603-017-1032-y>.
- LETENNEUR, L. et al. Nutrition and dementia: A review of the literature. **European Journal of Clinical Nutrition**, [S. l.], v. 54, n. 12, p. 927–934, 2000. DOI: 10.1038/sj.ejcn.1601078.
- LICHTENSTEIN, A. H. et al. Diet and lifestyle recommendations revision 2006: A scientific statement from the American Heart Association Nutrition Committee. **Circulation**, [S. l.], v. 114, n. 1, p. 82–96, 2016. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.106.176158.
- MCCULLOUGH, M. L. et al. Diet and cognitive decline: A review of the literature. **Nutrition Reviews**, [S. l.], v. 75, n. 6, p. 418–428, 2017. DOI: 10.1093/nutrit/nux016.

MITCHELL, S. L. et al. Advanced dementia: state of the art and priorities for the next decade. **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, v. 173, n. 9, p. 729–736, 2020. DOI: <https://doi.org/10.7326/M20-0676>.

PHILLIPS, C. D. et al. Feeding assistance needs of nursing home residents and staff perceptions of time to provide care. **Journal of Nutrition for the Elderly**, New York, v. 29, n. 2, p. 170–185, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1080/01639361003772379>.

PINTO, Adriana Colombani. O papel do fonoaudiólogo na equipe. In: **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012. p. 358-360. Disponível em: https://dms.ufpel.edu.br/static/bib/manual_de_cuidados_paliativos_ancp.pdf.

ROBERTS, R. O. et al. The role of nutrition in the prevention of dementia: A review. **BMC Geriatrics**, [S. l.], v. 17, p. 1–9, 2017. DOI: 10.1186/s12877-017-0482-7.

ROZEIRA, C. H. B.; ROZEIRA, C. F. B.; SILVA, M. F. da. Trama epistemológica: entretecendo o conhecimento científico. **Zenodo**, [S. l.], 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.5281/zenodo.10002060>. Acesso em: 20 maio 2025.

SANTOS, M. R. et al. The importance of multidisciplinary care for patients with dementia: A review of the literature. **Dementia & Neuropsychologia**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 71–77, 2018. DOI: 10.1590/1980-57642018dn12-010010.

SHIN, H. Y. et al. Prevalence and associated factors of depressive symptoms among elderly Koreans with subjective memory complaints: a nationwide survey. **Journal of Affective Disorders**, [S. l.], v. 179, p. 198–202, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.03.034>.

SUTHERLAND, J. J.; YOUNG, J. The role of the occupational therapist in dementia care: A systematic review. **American Journal of Occupational Therapy**, [S. l.], v. 72, n. 5, p. 7205205010p1–7205205010p10, 2018. DOI: 10.5014/ajot.2018.028303.

TAPPEN, R. M. et al. Communication intervention for nursing home residents with dementia: Use of behavior change theory to increase effect. **Journal of Gerontological Nursing**, [S. l.], v. 39, n. 2, p. 16–25, 2013. DOI: <https://doi.org/10.3928/00989134-20121204-03>.

THOMAS, J. L.; MCCOY, L. The impact of food on quality of life in dementia: A systematic review. **Nutritional Neuroscience**, [S. l.], v. 23, n. 4, p. 287–297, 2020. DOI: 10.1080/1028415X.2018.1507886.

VAN DER LINDE, R. M. et al. Lifestyle factors and dementia risk: A systematic review. **Journal of Alzheimer's Disease**, [S. l.], v. 47, n. 1, p. 1–17, 2015. DOI: 10.3233/JAD-150954.

VAN DER VEEN, D. C. et al. The influence of social factors on food intake among older adults living with dementia: A systematic review. **Journal of Nutrition, Health & Aging**, [S. l.], v. 23, n. 6, p. 583–592, 2019. DOI: 10.1007/s12603-018-1041-2.

VOLICER, L.; HURLEY, A. C.; BLISS, D. An individualized approach to feeding persons with advanced dementia. **Journal of Nutrition, Health & Aging**, [S. l.], v. 14, n. 2, p. 136–140, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12603-010-0047-8>.



WIGGINS, A. T. et al. Food and fluid intake in people with dementia: A systematic review. **Nursing Standard**, [S. l.], v. 31, n. 39, p. 41–53, 2017. DOI: 10.7748/ns.2017.e10390.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Risk reduction of cognitive decline and dementia: WHO guidelines. Geneva: **World Health Organization**, 2019. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550543>. Acesso em: 20 maio 2025.

ZANELLA, A. L. F. et al. A atuação do psicólogo com pessoas idosas em Instituições de Longa Permanência. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 30, n. 1, p. 58–71, 2010. DOI: 10.1590/S1414-98932010000100006.