



CIÊNCIAS DA SAÚDE (RELATO)

Atuação do Nutricionista no tratamento de paciente com Doença de Alzheimer: relato de caso***Nutritionist's performance in the treatment of patients with Alzheimer's disease: case report***

Mayara Maria Lima Pereira¹, Joyce Lopes Macedo²,
Marcela Figueiredo da Silveira Araujo³, Josiane da Rocha Silva Ferraz⁴

RESUMO

A doença de Alzheimer é a patologia neurodegenerativa mais frequente associada à idade, cujas manifestações cognitivas e neuropsiquiátricas resultam em uma deficiência progressiva e uma eventual incapacitação. O estudo tem por objetivo demonstrar a atuação e a importância do profissional nutricionista, no tratamento à pessoa com doença de Alzheimer. Trata-se de um relato de caso, realizado em um município do estado do Maranhão. Essa pesquisa é uma contribuição para a sociedade, um incentivo para que os profissionais da área procurem abordar ainda mais essa temática, principalmente em função do crescimento da população de idosos. É preciso destacar a importância de ampliar a visão de todo aspecto patológico, assim como, apresentar uma proposta terapêutica.

Palavras-chave: Nutrição; doença de Alzheimer; saúde do idoso.

ABSTRACT

Alzheimer's disease is the most frequent neurodegenerative disorder associated with age, whose cognitive and neuropsychiatric manifestations result in a progressive disability and eventual incapacitation. The aim of the study is to demonstrate the performance and importance of the nutritionist in the treatment of Alzheimer's disease. This is a case report, carried out in a municipality in the state of Maranhão. This research is a contribution to society, an incentive for professionals in the area to seek to address this theme even more, especially as the elderly population grows. It is important to highlight the importance of broadening the vision of every pathological aspect, as well as presenting a therapeutic proposal.

Keywords: Nutrition; Alzheimer's disease; health of the elderly.

¹ Universidade Federal do Piauí – UFPI, Teresina/PI – Brasil. E-mail: hello_mayara@hotmail.com

² Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão – UNIFACEMA, Caxias/MA – Brasil. E-mail: joycelopes385@gmail.com

³ Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão – UNIFACEMA, Caxias/MA – Brasil. E-mail: marcela.nut@hotmail.com

⁴ Universidade Federal do Piauí – UFPI, Teresina/PI – Brasil. E-mail: josianeferraz@gmail.com



1. INTRODUÇÃO

A DA (doença de Alzheimer) é a patologia neurodegenerativa com maior frequência em indivíduos com idade avançada, cujas manifestações cognitivas e neuropsiquiátricas resultam em uma deficiência progressiva e eventual incapacitação. Em geral, o primeiro aspecto clínico é a deficiência da memória recente, enquanto as lembranças remotas são preservadas até certo estágio da doença. Além das dificuldades de atenção e fluência verbal, outras funções cognitivas deterioram à medida que a patologia evolui. (SERENIKI; VITAL, 2008).

Esses sintomas são frequentemente acompanhados por distúrbios comportamentais, tais como: agressividade, alucinações, hiperatividade, irritabilidade e depressão. Transtornos do humor afetam uma porcentagem considerável de indivíduos que desenvolvem doença de Alzheimer, em algum ponto da evolução da síndrome demencial. Outros sintomas, como a apatia (falta de emoção, motivação ou entusiasmo), lentidão (da marcha ou do discurso), dificuldade de concentração, perda de peso, insônia e agitação podem ocorrer como parte da síndrome demencial. (SERENIKI; VITAL, 2008).

Os efeitos da nutrição podem ser tanto benéficos como maléficos em relação a doença de Alzheimer, a ingestão inadequada de nutrientes pode auxiliar na progressão do processo degenerativo, ou de forma contrária ajudar a retardar tal processo. A nutrição adequada é de suma importância, pois evitará que o paciente aumente a vulnerabilidade, irá proporcionar uma melhor qualidade de vida, evitando deficiências nutricionais e outros problemas decorrentes. (LIMA, 2009).

A má nutrição pode acarretar perda de peso e déficit nutricional, especialmente em pacientes com distúrbios cognitivos e comportamentais, devido as dificuldades de alimentação dos pacientes, como problemas de mastigação, deglutição, no deslocamento para preparação e realização das refeições, essas distúrbios tornam o idoso lento e distraído, comprometendo os hábitos alimentares já instalados. (MACHADO *et al.*, 2009).

A cada etapa da doença, profissionais especializados devem ser indicados para minimizar problemas e orientar a família, no intuito de favorecer a superação de perdas e enfrentamento do processo de adoecimento, mantendo a qualidade de contato e relacionamento. Além dos médicos, há a atuação de outros profissionais de saúde: psicólogos, enfermeiros, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, nutricionistas. Segundo a Associação Brasileira de Alzheimer no Brasil cerca de 1,5 milhões de pessoas são acometidas por esta patologia. (ABRAZ, 2016).

Por ser um tema ainda restrito em questão de materiais, tanto na questão da nutrição como na parte de estudos referentes ao diagnóstico, tratamento e cuidado, este é um instrumento a mais para a ampliação de fontes de pesquisa. A elaboração deste estudo de caso tem como objetivo demonstrar a atuação do profissional nutricionista, no tratamento à pessoa com doença de Alzheimer.



2. METODOLOGIA

A pesquisa caracteriza-se como descritiva, devido à preocupação com a prática nutricional, no acompanhamento do paciente portador de DA, com descrição das características do caso, e identificação da evolução do paciente, uma vez iniciado o acompanhamento nutricional. Quanto ao método de procedimento adotado para a coleta de dados foi o estudo de caso, com análise qualitativa e quantitativa do prontuário do paciente com diagnóstico de doença de Alzheimer, atendido e acompanhado por quatro anos, em *home care*, por nutricionista, que descrevia a evolução clínica, bem como a evolução da doença nesse período de tempo.

Dentro do prontuário, foram coletadas informações, como dados antropométricos (peso, altura, circunferência da cintura, pregas cutâneas tricípital e bicipital), e evolução dos sintomas apresentados pelo paciente no decorrer do tratamento.

A pesquisa foi realizada em um município do estado do Maranhão, entre o período de 2013.2 a 2016.1.

O estudo de caso tem origem na pesquisa médica e pesquisa psicológica, com a análise de modo detalhado de um caso individual que explica a dinâmica e a patologia de uma doença dada. Com este procedimento se supõe que se pode adquirir conhecimento do fenômeno estudado a partir da exploração intensa de um único caso. (VENTURA, 2007).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Realizou-se a avaliação e acompanhamento nutricional do paciente B. V. S., 90 anos, sexo masculino, peso usual 90kg, peso no início do tratamento 61,4 kg, IMC 22,9 kg/m², circunferência da cintura 90 cm, percentual de pregas cutâneas tricípital e bicipital (66,4% e 88,0%) respectivamente, cor parda, viúvo, comerciante aposentado, atendido na sua residência em um município do Maranhão no período de 2013 a 2016. O paciente era visitado sempre que solicitado pela família, nos dois primeiros anos eram visitas mensais, nos anos seguintes em intervalo de 3 a 4 meses. A cada reavaliação, anexavam-se novas informações que serviram de base para a manutenção do paciente. O paciente morava com uma filha, que se organizava em plantões com três cuidadores, demonstrando todos os cuidados necessários.

As primeiras queixas foram referentes a perda de peso excessiva, 30 kg em seis meses, bem como a falta de apetite, produção exagerada de gases que causavam dores abdominais intensas; dificuldade de deglutição de alimentos e líquidos (paciente não possuía prótese dentária), edema nos membros inferiores, falta de regulação nos horários para alimentação, a família relatava não possuir controle sobre o horário de dormida do paciente. Encontrava-se debilitado, contudo, conseguia expressar o que sentia, entre episódios de rápida lucidez e dificuldade de fala. Ainda reconhecia a filha, relatava dores, vontade de ir ao banheiro, preferia se alimentar sozinho, dormia com dificuldade, passava a noite entre episódios de agressividade, agitação e insônia.

No quadro 1 é possível verificar os dados antropométricos coletados do paciente estudado.

**Quadro 1** – Média de avaliação antropométrica por ano.

Medidas	2013	2014	2015	2016
Peso	63,8 kg	66,8 kg	63,3 kg	55 kg
Altura	1,67 cm	-	-	-
%PCT ⁵	75,7 %	77 %	66,4%	-
%PCB ⁶	93,15 %	90,6 %	94,7 %	-
CC ⁷	93 cm	95 cm	93 cm	-
IMC ⁸	24,05 kg/m ²	24,96 kg/m ²	24,25 kg/m ²	-

Fonte: Dados da pesquisa.

No quadro 2 observa-se a evolução dos sintomas relacionados a alimentação e nutrição do paciente em estudo.

Quadro 2 – Evolução dos sintomas relacionados a alimentação e nutrição.

Variáveis	2013	2014	2015	2016
Funcionamento intestinal	Presença de gases alta / intestino funciona sozinho	Presença de gases moderada/ intestino funciona sozinho	Presença de gases baixa / intestino funciona com ajuda	Intestino não funciona sozinho
Apetite	Baixo	Bom	Moderado	Paciente inconsciente
Deglutição	Normal	Normal	Regular	Somente com ajuda
Textura da refeição	Pastosa	Pastosa	Semi-Pastosa	Líquida
Horário da refeição	Horário foi regularizado aos poucos	Regularizado	Regularizado	Regularizada
Sono	Conturbado	Tranquilo	Tranquilo	Paciente inconsciente

Fonte: Dados da pesquisa.

A Doença de Alzheimer é caracterizada pela piora progressiva dos sintomas. Entretanto, muitos pacientes podem apresentar períodos de maior estabilidade. A evolução dos sintomas da Doença de Alzheimer pode ser dividida em três fases: leve, moderada e grave.

Segundo a sintomatologia do paciente, nos anos de 2013 e 2014, foi possível classificá-lo na fase moderada (Quadro 2).

Na fase moderada, são comuns dificuldades mais evidentes com atividades diárias, com prejuízo de memória, esquecimento de fatos importantes, nomes de pessoas próximas, incapacidade de viver sozinho, dependência de outras pessoas, necessidade de ajuda com a higiene pessoal e autocuidados, maior dificuldade de fala e de expressar com clareza, além de alterações comportamentais. (ABRAZ, 2016).

Através da avaliação do quadro 1, foi possível observar que houve oscilações de valores em relação aos dados antropométricos do paciente, contudo não houve uma melhora significativa, com exceção do % de PCB e IMC, que se mantiveram adequados durante todo o período de acompanhamento.

Nos anos posteriores, com a evolução da doença, mesmo com a continuidade do tratamento nutricional, e os cuidados familiares, observou-se que no ano de 2015 ele regrediu em relação a

⁵ Prega cutânea tricípita.

⁶ Prega cutânea bicípita.

⁷ Circunferência da cintura.

⁸ Índice de massa corporal.



2014, mesmo não apresentado prejuízos em seu estado nutricional, que permanecia entre padrões de normalidade para idade e doença de base.

Em relação à evolução dos sintomas decorrentes da doença e da alimentação, ele evoluiu no início do tratamento, ainda em estágio moderado; porém foi regredindo conforme evolução da doença para estágio grave (Quadro 2).

É possível observar (Quadro 1), que o paciente ao passar dos anos, não teve tantos prejuízos nutricionais e físicos, bem como orientado pela nutricionista em todos os encontros; porém a doença foi o incapacitando gradualmente. No último ano (2016) ele se encontrava na fase grave, se tornando inviável a aferição das medidas necessárias para o acompanhamento antropométrico, somente foi possível aferição do peso pelo método de compleição corporal, realizada pela relação (r) entre a circunferência do punho (cm) do braço não dominante e a altura (cm), notou-se grande redução de peso, relacionada ao estado clínico do paciente, que permanecia acamado e inconsciente.

Na fase grave, observa-se prejuízo grave da memória, com incapacidade de registro de dados e extrema dificuldade na recuperação de informações antigas, como reconhecimento de parentes, amigos, locais conhecidos, dificuldade para alimentar-se associada a prejuízos na deglutição, dificuldade de entender o que se passa em sua volta, de orientar-se dentro de casa. Pode haver incontinência urinária e fecal e intensificação de comportamento inadequado. (ABRAZ, 2016).

O paciente já se apresentava inconsciente, não conseguia mais realizar atividades sozinho, como comer, defecar, urinar, deglutir; não conseguia mais se movimentar. Permanecia acamado, com dificuldades respiratórias, e já havia sido internado com diagnóstico de pneumonia por conta de broncoaspiração. Foi evidenciada a necessidade de ostomia (procedimento cirúrgico), por conta da disfagia (dificuldade de deglutição/engolir alimentos e líquidos), mas pela idade avançada e a evolução da doença, o paciente veio a óbito em decorrência de pneumonia e insuficiência cardíaca.

Neste estudo descritivo de um idoso com DA, que durante o acompanhamento passou pelas fases moderada e grave, esteve em grande parte com estado nutricional adequado. Esses resultados coincidem com o encontrado por um estudo colombiano que avaliou 77 idosos com DA, que evidenciou que a presença de disfagia tanto de líquidos como sólidos aumenta com o avanço da doença. Nos pacientes com DA, tais alterações têm consequências importantes, como desidratação, asfixia (dificuldade na respiração), desnutrição, infecções recorrentes do trato respiratório, pneumonia por aspiração até a morte. (MUÑOZ, 2006).

O estudo demonstra que com a progressão da doença, os pacientes recebem sem dificuldade o que é ofertado, para alcançar a exigência positiva de calorias e nutrientes e prevenir deficiência nutricional. De fato, há evidências de que os pacientes podem manter o peso se eles possuem uma dieta com calorias e nutrientes adequados. (MUÑOZ, 2006).

4. CONCLUSÃO

Não foi possível estimar o tempo que a doença leva para se desenvolver e nem a individualidade de cada sintoma, pois o paciente já iniciou o acompanhamento na fase moderada da doença. Observou-se que o apoio e assistência familiar é de suma importância, visto que o paciente



apresentava uma constância em relação ao seu estado nutricional, a evolução apresentou piora significativa somente no último ano de tratamento, quando o paciente já estava bem debilitado.

O paciente apresentava ainda diversos sintomas, como disfagia, asfixia, dificuldade de concentração, incapacidade de realizar atividades rotineiras, entre outras. Sintomas comumente encontrados em pacientes com doença de Alzheimer, de acordo com os dados dispostos na literatura.

Dessa maneira, viu-se a importância do profissional nutricionista no tratamento do paciente com DA, além da necessidade do aumento de estudos científicos que aproximem de forma mais direta, para contribuir com o tratamento, não somente em relação ao estado nutricional do paciente, mas também a melhora dos sintomas específicos da doença.

Essa pesquisa é mais uma contribuição para a sociedade, e um incentivo para que os profissionais da área procurem abordar ainda mais essa temática, principalmente em função do crescimento da população de idosos. É preciso que se destaque a importância de ampliar a visão de todo aspecto patológico, assim como, apresentar uma proposta terapêutica.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAZ. Associação Brasileira de Alzheimer. Disponível em: <<http://www.abraz.com.br>>. Acesso em: 22 set. 2018.

LIMA, Mariana Fonseca. **Implicações nutricionais na doença de Alzheimer em idosos**. Disponível em: <http://www.programapostural.com.br/-artigos/implic_nutric_idoso.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2018.

MACHADO, Jacqueline *et al.* Estado nutricional na doença de Alzheimer. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.55, n.2, p.188-191, 2009.

MUÑOZ, Angelica Maria; AGUDELO, Gloria María; LOPERA, Francisco Javier. Diagnóstico del estado nutricional de los pacientes con demencia tipo Alzheimer registrados en el Grupo de Neurociencias, Medellín, 2004. **Biomédica**, v.26, n.1, p.113-125, 2006.

SERENIKI, Adriana; VITAL, Maria Aparecida Barbato Frazão. A doença de Alzheimer: aspectos fisiopatológicos e farmacológicos. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v.30, n.1, 2008.

VENTURA, Magna Maria. O estudo de caso como modalidade de pesquisa. **Revista da SOCERJ**, v.20, n.5, p.383-386, set./out. 2007.

Submetido em: **15/03/2019**

Aceito em: **29/07/2019**