

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE EDUCAÇÃO CONTINUADA
PÓS GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA INTERVENTIVA

MELISSA DA SILVA DA CONCEIÇÃO

**CUIDADO NUTRICIONAL EM IDOSAS COM ALZHEIMER:
Orientando o cuidado na ILPI**

São Leopoldo
2015

MELISSA DA SILVA DA CONCEIÇÃO

**CUIDADO NUTRICIONAL EM IDOSAS COM ALZHEIMER:
Orientando o cuidado na ILPI**

Projeto de Intervenção apresentado como requisito final para obtenção do título de Especialista em Gerontologia Interventiva da Educação Continuada da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS

Orientadora: Prof. Dr. Gislaine Bonardi

São Leopoldo
2015

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	4
1.1 Objetivos	6
1.1.1 Objetivo Geral	6
1.1.2 Objetivos Específicos	6
1.2 Justificativa	6
2 REFERENCIAL TEÓRICO	7
2.1 CARACTERÍSTICAS FISIOLÓGICAS DO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO	7
2.1.1 Composição Corporal.....	7
2.1.2 Envelhecimento da cavidade oral.....	7
2.1.3 Gastrointestinal	8
2.1.4 Distúrbio dos sentidos	9
2.2 DOENÇA DE ALZHEIMER	10
2.2.1 Complicações nutricionais relacionadas a doença de Alzheimer	11
2.3 INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS (ILPI)	12
2.4 CUIDADOR DE IDOSOS	13
2.5 SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA	14
2.6 CONTEXTO DO ESTUDO	14
3 METODOLOGIA	15
3.1 Tipo de estudo.....	15
3.2 Sujeitos do estudo	16
3.2.1 Critérios de Inclusão.....	16
3.2.2 Critérios de Exclusão.....	16
3.3 Instrumentos e coletas de dados.....	16
3.4 Considerações éticas	17
3.5 Resultados esperados.....	17
4 CRONOGRAMA	18
5 ORÇAMENTO	18
REFERÊNCIAS	19
APENDICE A – FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS DO PRONTUÁRIO ..	22
APENDICE B – FORMULÁRIO OBSERVAÇÃO DAS REFEIÇÕES	25
APENDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO	27

ANEXO A – MINI AVALIAÇÃO NUTRICIONAL.....	29
ANEXO B – INTERVENÇÕES PRÁTICAS PARA A ALIMENTAÇÃO RELACIONADAS AOS PROBLEMAS COMPORTAMENTAIS	32

1 INTRODUÇÃO

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) define envelhecimento como

um processo seqüencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne o menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte (BRASIL, 2006, p. 8).

Envelhecimento é o conjunto de alterações que ocorrem progressivamente na vida adulta e, com freqüência, mas não sempre, reduzem a viabilidade do indivíduo. Senescência é a perda de função ligada à passagem do tempo, contribuindo decisivamente para o comprometimento da qualidade de vida e da autonomia dos indivíduos idosos. Envelhecimento com fragilidade se caracteriza pela vulnerabilidade e pela baixa capacidade para suportar fatores de estresse, e resultando em uma maior suscetibilidade a doenças e à instalação de síndromes geradoras de dependência (NETO, 2011).

Alterações fisiológicas e anatômicas do próprio envelhecimento têm repercussão na saúde e na nutrição do idoso. Essas mudanças progressivas incluem a redução da capacidade funcional, alterações do paladar, alterações de processos metabólicos do organismo e modificações da composição corporal (PFRIMER & FERRIOLLI, 2008).

Problemas de memória não necessariamente indicam demência, doença de Alzheimer, de Parkinson ou qualquer distúrbio mental. Muitas alterações na memória podem ser atribuídas a fatores ambientais, incluindo estresse, exposição química e dieta deficiente, em vez de particularmente a processos fisiológicos. O comprometimento cognitivo leve, que afeta aproximadamente 20% das pessoas com mais de 70 anos de idade, pode afetar comer, mastigar e engolir, aumentando assim o risco de desnutrição (WELLMAN *et al.*, 2012).

A influência dos aspectos nutricionais no processo de envelhecimento e na demência tem sido estudada desde sua participação protetora até a sua possível ação no retardo das disfunções e alterações degenerativas inerentes à idade (MORIGUTI *et al.*, 2001).

Os idosos com demência apresentam perda ponderal importante e são inúmeras as hipóteses que explicam a perda de peso nesses casos: atrofia de córtex temporal mediano e elevado gasto energético, levando a redução da massa muscular, perda de autonomia e dependência funcional, além de riscos de quedas, úlceras de decúbito e infecções (GILLETE-GUYONNET *et al.*, 2000).

O crescimento da população idosa é um fenômeno mundial e, no Brasil, as modificações ocorrem de forma radical e bastante acelerada. As projeções mais conservadoras indicam que, em 2020, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos, com um contingente superior a 30 milhões de pessoas (CARVALHO, 2003).

A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia sugeriu a adoção da denominação Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI). Entretanto, na literatura e na legislação, encontram-se referências indiscriminadamente a ILPIs, casas de repouso, clínicas geriátricas, abrigos e asilos (CAMARANO, KANSO, 2010).

Para a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), ILPIs são instituições governamentais e não governamentais, de caráter residencial, destinadas a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania.

Porém a falta de conhecimento e/ou orientação do cuidador formal possibilita que as idosas com demência tipo Alzheimer não recebam o esquema alimentar proposto pela nutricionista, colaborando assim para a perda ponderal e a piora do estado nutricional.

Com base nisso e nas observações diárias na rotina de alimentação de moradoras de uma ILPI em Esteio/RS, surgiu à necessidade de um diagnóstico e posteriormente uma intervenção nutricional, possibilitando uma ação individualizada para cada caso.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo Geral

Analisar o efeito de uma intervenção nutricional educativa em Idosas com Doença de Alzheimer.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Avaliar através da Mini Avaliação Nutricional e avaliação antropométrica as idosas com DA;
- Identificar as dificuldades nutricionais encontradas pelos cuidadores das idosas com DA;
- Propor intervenções práticas para a alimentação relacionadas a dificuldades encontradas;

1.2 Justificativa

Este projeto justifica-se a partir da acentuada perda de peso nas idosas com doença de Alzheimer evidenciada também por comprovações científicas que apontam para a diminuição da ingestão alimentar associadas com as alterações comportamentais.

Através da intervenção individualizada poderemos melhorar e/ou preservar o estado nutricional adequado, diminuir complicações e sintomas relacionados com a alimentação para prevenir ou retardar o avanço da doença, suprimindo as necessidades nutricionais do idoso e melhorando sua qualidade de vida.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Atualmente no Brasil, 15 milhões de pessoas (8,6% da população total) já passaram dos 60 anos de idade, sendo que as estimativas indicam que, em 2025, o país terá mais do que o dobro do número de idosos existentes na atualidade, ou seja, 35.148.000 de pessoas idosas (15,4% da população total) *versus* 16.448.000 (8,8% da população total), em 2005 (SOUZA, 2009).

O envelhecimento pode ser entendido como um processo individual, e também cultural e social influenciado pela interdependência de vidas, que envolve ganhos e perdas, não podendo ser avaliado apenas pela idade, mas sim a partir de uma visão biológica, psicológica e social (GUIMARÃES, 2006).

2.1 CARACTERÍSTICAS FISIOLÓGICAS DO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

2.1.1 Composição Corporal

A composição do corpo muda com o tempo. A massa de gordura e a gordura visceral aumentam, enquanto a massa muscular diminui. Sarcopenia, perda de massa muscular, força e funcionalidade relacionada com a idade, pode significativamente prejudicar a qualidade de vida do idoso ao diminuir a mobilidade, aumentar o risco de quedas e alterar o metabolismo (WELLMAN *et al.*, 2012).

A sarcopenia é uma diminuição da massa muscular com o envelhecimento, diminuição da força muscular em idosos. Duas hipóteses podem explicar este fenômeno: a redução da atividade física e a redução da ingestão alimentar. Isto induz alterações na marcha e equilíbrio e uma fraqueza física geral. A desnutrição protéico-energética apresenta relação direta com este aspecto do envelhecimento, aumentando seus efeitos (MACHADO; COELHO, 2007).

2.1.2 Envelhecimento da cavidade oral

Os idosos têm dentição pobre: 50% têm uma perda total dos dentes, 47%, uma perda parcial de dentes e apenas 3% mantém os dentes saudáveis. A dentição é extremamente importante para a alimentação. A perda de dentes vai condicionar a escolha da alimentação dos idosos, que muitas vezes comem menos carne, frutas e

legumes por dificuldades na mastigação. A perda de dentes, o uso de próteses mal adaptadas, ou ausência delas, provocam alterações na mastigação e contribuem com a perda de apetite dessas pessoas (MACHADO;COELHO, 2007).

Dentes faltando, caindo ou estragados, ou dentaduras que não se ajustam corretamente dificultam a ingestão de determinados alimentos. Pessoas com esses tipos de problemas geralmente preferem alimentos macios, fáceis de mastigar e evitam alguns alimentos de maior densidade nutricional, tais como grãos integrais, frutas frescas, vegetais e carnes (WELLMAN *et al.*, 2012).

A produção de saliva também pode influenciar a perda da sensibilidade gustativa. Xerostomia é o nome técnico à sensação de boca seca. Este sintoma é bastante comum no idoso, mas tem sido relacionado a doenças e ao efeito colateral de medicações como diuréticos e antiinflamatórios, muito usados pelos idosos. A xerostomia está também associada à perda dentária e a infecções gengivais ou de mucosa oral (BUSNELLO,2007).

2.1.3 Gastrointestinal

O envelhecimento não afeta de modo dramático a deglutição, entretanto, alterações nessa função são comuns e muito importantes do ponto de vista clínico. Os engasgos e a sensação de retenção de alimentos na garganta são os principais problemas relacionados (BUSNELLO,2007).

Independente da causa, engasgos devem ser questionados aos idosos, principalmente por propiciarem aspirações de alimentos, ocasionando infecções respiratórias graves. A persistência de alimentos na faringe é observada em idosos, necessitando orientar os mesmos a ingerirem líquidos após a alimentação (BUSNELLO, 2007).

Ocorre atrofia da mucosa gástrica com diminuição da produção de ácido clorídrico e de fator intrínseco. A constipação intestinal também é freqüente , podendo ser causada pela inatividade física, por imobilidade, por diminuição nos movimentos peristálticos; por redução do tônus da musculatura abdominal; pelo baixo consumo de alimentos ricos em fibras e água; por processos patológicos e pelo uso de medicamentos (MACHADO; COELHO, 2007).

2.1.4 Distúrbio dos sentidos

Sabor e cheiro são fatores essenciais na regulação do apetite. Eles desempenham um papel importante nos problemas de anorexia nos idosos. Após os 50 anos, o envelhecimento fisiológico leva a mudanças nos sentidos, afetando assim a detecção de sabores, e diminuindo o prazer de comer. Isso causa uma mudança no comportamento alimentar (falta de apetite e sede), resultando, na maioria dos casos, no fenômeno da desnutrição. Ocorre também um aumento da sensibilidade da mucosa oral a alimentos quentes e frios, devido a uma diminuição na espessura do epitélio bucal e lingual, e também a superfície da mucosa oral torna-se mais lisa. Além do envelhecimento natural dos sentidos, outros fatores também afetam a capacidade sensorial individual: certas drogas, fatores nutricionais (desidratação, vitamina B3 e zinco, cirrose, alcoolismo), fatores localizados (queimaduras, fungos, produtos químicos), além de fatores neurológicos e outros fatores patológicos (MACHADO; COELHO, 2007).

Os limiares do paladar e olfato são mais elevados e por isso os idosos podem ser tentados a temperar demais os alimentos, especialmente adicionar mais sal, o que pode ter um efeito negativo. Uma vez que o paladar e o olfato estimulam as mudanças metabólicas, tais como saliva, ácido gástrico, e secreção pancreática, e aumentam a concentração de insulina no sangue, o estímulo sensorial diminuído pode prejudicar estes processos metabólicos também (WELLMAN *et al.*, 2012).

As disfunções de paladar e olfato tendem a começar ao redor dos 60 anos de idade e se tornam mais graves nas pessoas acima de 70 anos (YEN, 2004). Os distúrbios do paladar podem ser classificados em perda parcial (hipogeusia), perda total (ageusia) e qualquer sensação de alteração no paladar (disgeusia). A hipogeusia no idoso tem sua severidade e duração dependente do estado geral de saúde e atinge áreas de receptores gustativos que geralmente comprometem todo o espectro de sabores (PAULA *et al.*, 2008).

Campos, Monteiro e Ornelas (2000) salientam, ainda, que a alteração da percepção sensorial é uma das disfunções fisiológicas que interferem de maneira mais importante na ingestão alimentar e, por consequência, no estado nutricional dos idosos.

2.2 DOENÇA DE ALZHEIMER

Das patologias que acometem os idosos, uma das mais importantes é a demência, especialmente a da doença de Alzheimer (DA), que é caracterizada pelo declínio gradual nas funções cognitivas, mudanças de personalidade e comportamento e diminuição das atividades de vida diária (PAVARINI *et al.*, 2008).

Em 1901, o médico psiquiatra e neuropatologista alemão Alois Alzheimer iniciou o acompanhamento do caso de uma paciente e ao fazer uma autópsia, o mesmo descobriu lesões nos neurônios, os quais apareciam atrofiados em vários locais do cérebro, cheios de placas estranhas e fibras retorcidas, enroscadas umas nas outras (LUZARDO, GORINI, SILVA, 2006).

A doença de Alzheimer (DA) aparece como uma doença crônica degenerativa com prevalência significativa na sociedade. Diante disso, projeções indicam que até o ano de 2025 vão existir cerca de 34 milhões de portadores de DA no mundo (DOMINGUES *et al.*, 2009).

No Brasil, apesar das estatísticas não serem precisas, estima-se que cerca de quinhentas mil pessoas sejam acometidas por essa patologia, o que causa impacto social, em decorrência dos custos diretos envolvidos no cuidado com os portadores (FREITAS *et al.*, 2013).

A DA é classificada em três estágios: inicial (ou leve), intermediário (ou moderado) e grave (ou final), de acordo com a gravidade do comprometimento cognitivo e com o grau de independência do indivíduo, descrito por Thomaz e Viebig (2012):

Estágio Inicial: caracterizado por problemas moderados de memória, tais como esquecimento de nomes e de números de telefone, o que pode levar a uma queda no desempenho de tarefas da vida diária, trabalho, lazer e atividades sociais. Porém o indivíduo ainda é capaz de levar uma vida independente. Nessa fase, observa-se um transtorno da memória recente, ou seja, uma diminuição da capacidade de aprender novas informações e lembrar-se de fatos recentes.

Estágio Intermediário: a dificuldade de nomeação e compreensão se acentua. Ocorre perda marcante da memória e da atividade cognitiva, deterioração das habilidades verbais, alterações de comportamento, como frustração, impaciência, inquietação, agressão verbal e física, alucinações e delírios.

Nessa fase o indivíduo perde a capacidade do convívio social autônomo. Acaba se perdendo com facilidade, tem tendência a fugir ou perambular pela casa. Torna-se mais difícil interpretar os estímulos (tato, paladar, visão e audição), acompanhado de perda de apetite, incapacidade para ler e alucinações visuais e auditivas. Os movimentos passam a ser cada vez menos freqüentes, precisos e coordenados. A insônia pode se tornar um problema, pelo fato de a diferença entre dia e noite ter perdido o significado. A noção de tempo e espaço é afetada. Além disso, inicia-se a perda da função do controle da bexiga.

Estágio grave ou final: as funções cognitivas desaparecem quase completamente. Todas as funções lingüísticas encontram-se comprometidas. Ocorre uma intensa redução da produção oral e da compreensão. O paciente tem perda do controle da bexiga e do intestino, tende a ficar mais sentado ou deitado e ocorre o enrijecimento das articulações. O paciente fica cada vez mais vulnerável a doenças como pneumonia e úlceras de decúbito pelo fato de ficar sentado ou deitado por períodos prolongados.

2.2.1 Complicações nutricionais relacionadas a doença de Alzheimer

Inicialmente, os pacientes com DA desenvolvem uma agnosia visual e tátil para os alimentos. Sendo assim, não faz sentido para o paciente ingerir uma coisa que ele não reconhece como alimento. Com a progressão da doença, o paciente desenvolve uma apraxia, tanto para comer (não sabe como utilizar os talheres, por exemplo) como para deglutir (manipula o alimento na boca por muito tempo sem saber o que fazer ou como deglutir) (THOMAZ; VIEBIG, 2012).

No idoso com Alzheimer o estado nutricional pode estar comprometido devido à dependência de cuidados, dificuldade de se locomover, cozinhar e preparar o seu próprio alimento. Muitas vezes os idosos são distraídos e/ou lentos durante as refeições, passando a vontade de se alimentar (FRANK; SOARES, 2002).

Além disso, as condições nutricionais de idosos portadores do Mal de Alzheimer são afetadas de modo drástico e irreversível, por uma provável incapacidade na aceitação, mastigação, deglutição e assimilação dos alimentos. Para tal, uma alimentação adequada ao longo do curso da doença é essencial na preservação do estado físico, maximizando as funções orgânicas vitais, além de

poder contribuir para a estabilidade e melhorar o perfil nutricional (FRANK; SOARES, 2002).

Perda de memória, desorientação, dificuldades com as atividades da vida diária, inapetência, perda de peso, dificuldades com a fala e a comunicação associam-se fortemente às desordens nutricionais observadas no paciente com DA. À perda de peso leva à redução da massa muscular, da independência e autonomia do doente, aumento de incidência de úlceras de decúbito e infecções sistêmicas, as quais podem agravar o prognóstico da doença (GILLETTE-GUYONNET *et al.*, 2000).

A desnutrição é uma característica que foi incluída na descrição original da DA por Alois Alzheimer em 1901. Mais tarde, no início dos anos 80, Morgan e Hullin em 1982 relataram que o peso dos pacientes hospitalizados com demência era menor do que o de sujeitos idosos saudáveis. Desde então, estudos vêm descrevendo a grande prevalência de desnutrição em idosos com demência do tipo Alzheimer (JESUS *et al.*, 2012;ORSITTO, 2012) e o pior estado nutricional e funcional desses quando comparados aos idosos sem demência (ZEKRY *et al.*, 2008).

Na DA, a perda de peso e a conseqüente desnutrição ocasionam uma série de complicações que levam à infecção, falência respiratória e insuficiência cardíaca, aumentando a mortalidade. Comparativamente, o ganho ponderal parece ter efeito protetor no desenvolvimento dessa doença (MACHADO *et al.*, 2006).

A disfagia é uma grande preocupação na demência, pois pode levar a desnutrição, desidratação, perda de peso, declínio funcional, medo de comer e beber, redução da qualidade de vida e pneumonia aspirativa (ALAGIAKRISHNAM; BHANJI; KURIAN, 2012; SURYA *et al.*,2012).

2.3 INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS (ILPI)

As instituições que fornecem atendimento à terceira idade, o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2012) preconiza que essas entidades deverão ter condições físicas adequadas, fornecer vestuários, alimentação suficiente, proporcionar atividades esportivas, de lazer, culturais e recursos humanos com formação específica para esse atendimento.

Em 2005 passa a vigorar a Resolução da Diretoria Colegiada, RDC nº 283. A RDC adota o termo ILPI e estabelece normas de funcionamento desta modalidade assistencial. Segundo o documento, ILPIs são "instituições governamentais ou não-governamentais, de caráter residencial, destinadas a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condições de liberdade, dignidade e cidadania". A norma define quais são os graus de dependência e as condições gerais de organização institucional baseada nos direitos dos idosos, incluindo recursos humanos, infra-estrutura, processos operacionais, notificação compulsória, monitoramento e avaliação.

O envelhecimento da população e a redução da capacidade física, cognitiva e mental estão requerendo que os asilos deixem de fazer parte apenas da rede de assistência social e integrem a rede de assistência à saúde, ou seja, ofereçam algo mais que um abrigo (CAMARANO, KANSO, 2010).

2.4 CUIDADOR DE IDOSOS

Inicialmente, o cuidado à pessoa idosa era realizado pela família, representada em sua maioria pela figura feminina. Algumas mudanças na estrutura familiar tais como: a saída da mulher para o mercado de trabalho, as situações de baixa renda da família, as separações, a viuvez e a diminuição do número de filhos muitas vezes impossibilitaram a família de exercer o cuidado ao idoso. Deste modo, essas situações, associadas ao nível de dependência da pessoa idosa, contribuem para um aumento no número desses indivíduos em instituições de longa permanência (DIOGO *et al.*, 2005).

Acredita-se que o cuidador formal do idoso institucionalizado é um profissional com formação especializada devido à variedade de conhecimentos exigidos. Entretanto, pouco se conhece sobre o perfil e a formação do profissional (SALIBA *et al.*, 2007).

Apesar da ocupação cuidador de idosos já ser descrita na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) pelo Ministério do Trabalho, a profissão ainda não teve o destaque necessário. Nas ILPIs encontramos profissionais exercendo as mais diversas atividades, sem uma definição clara da função de cada um na equipe e principalmente sem capacitação definida para atuar com idosos dependentes.

Os cuidadores têm importante papel em auxiliar idoso nas suas adaptações físicas e emocionais necessárias ao autocuidado e, para tanto, devem ser capacitados para isso (RIBEIRO *et al.*, 2008). Diante disso, entende-se ser fundamental trabalhar esses aspectos com os cuidadores que atuam nas ILPIs para que tenham uma prática que respeite o tempo de execução das tarefas pelo idoso, evitando a superproteção e o estímulo a dependência.

2.5 SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA

Diante da crescente demanda da população institucionalizada, se faz necessária a prática do nutricionista dentro das ILPIs, implantando programas alimentares adequados, mediando e promovendo melhor atendimento nas dimensões biológicas, sociais e psicológicas, discutindo todo o envolvimento político que este idoso representa (CREUTZBERG *et al.*, 2007).

Segundo o estudo de Santelle *et al.* (2007), o estado nutricional de idosos institucionalizados poderá ser melhorado por meio de medidas que promovam a adequada ingestão de alimentos, como observado neste estudo em que as modificações dietéticas na alimentação dos institucionalizados podem ser necessárias devido a mudanças fisiológicas que podem afetar a habilidade para digerir e absorver alimentos, contudo, sempre proporcionando a esta população um alimento nutritivo e saboroso.

A resolução CFN nº 380/2005 dispõe sobre as áreas de atuação do Nutricionista e suas atribuições e estabelece parâmetros para as funções que devem ser exercidas, dentre elas, na ILPI com as atividades obrigatórias em nutrição clínica e coordenação da Unidade de Alimentação e Nutrição.

2.6 CONTEXTO DO ESTUDO

A Associação Lar de Idosos Paz e Amor foi fundada em 09 de março de 1986 e constituída com personalidade jurídica em 20 de dezembro de 1988. A ILPI é administrada por diretoria eleita em Assembléia Geral a cada dois anos. O terreno sob o qual foi construído o prédio da Instituição tem uma área de 2.016,00 m².

A área total foi cedida pela Prefeitura Municipal de Esteio, por um período de 20 (vinte) anos, prorrogáveis por igual período, conforme Lei Municipal nº 2.199 de

25 de abril de 1994 e termo de concessão de uso de 09 de novembro de 1994, (2.016,00 m²) e Lei Municipal n° 2.566 de 30 de outubro de 1996 (3.522,00 m²).

O prédio foi projetado e inaugurado em 12 de dezembro de 1999, com uma área de 1.070,66 m² para abrigar 63 leitos. É composto de: sala de recepção, administração, ambulatório/ farmácia, sala Serviço Social e Nutrição, salão de festas, 21 dormitórios, 23 banheiros, cozinha, despensa, área de serviço, espaço ecumênico, refeitório, lavanderia e apartamento para 3 (três) religiosas, composto de: sala, banheiros, dormitórios, cozinha e área de serviços.

A manutenção da Instituição, em funcionamento desde 13 de junho de 2000, é através de mensalidade e doações. Não tem convênio com Órgãos Oficiais. Atualmente, acolhe 52 (cinquenta e duas) idosas.

A ILPI fornece 6 (seis) refeições diárias, em horários fixos, planejados e elaborados pelo Serviço de Nutrição e Dietética. Há também elaboração de dietas e esquemas alimentares especiais de acordo com a necessidade da clientela.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

A pesquisa será qualitativa, a escolha deste método reside no fato de que este pode ser útil para clarear os fatores que sustentam práticas profissionais potencialmente não efetivas, inadequadas ou prejudiciais à saúde (MURPHY *et al.*, 1998).

As metodologias de pesquisa qualitativas são entendidas como aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo estas últimas tomadas, tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas (MINAYO, 1992).

3.2 Sujeitos do estudo

3.2.1 Critérios de Inclusão

A amostra deste estudo será composta por idosas, do sexo feminino, com diagnóstico de demência do tipo Alzheimer, em estágio leve e moderado, residentes na ILPI.

3.2.2 Critérios de Exclusão

Idosas em estágio avançado de doença de Alzheimer e/ou em uso de alimentação enteral.

3.3 Instrumentos e coletas de dados

Para a realização deste estudo iniciaremos com a coleta de dados dos prontuários para preenchimento de um questionário semi-estruturado com os dados de identificação da idosa, patologias, medicações e etc., procurando as Idosas com diagnóstico de demência tipo Alzheimer. Após será realizado contato com o responsável pela idosa solicitando a participação no estudo e será entregue um termo de Consentimento Livre Esclarecido (em anexo) que deverá ser assinado por todos os participantes do grupo, que voluntariamente aceitarem participar deste Projeto de Pesquisa.

Após a aceitação de participação, será aplicada a Mini avaliação nutricional (MAN), instrumento validado para avaliar risco nutricional em idosos (GUIGOZ, VELLAS, GARRY, 1999). A soma dos escores da MAN permite diferenciar os seguintes grupos de idosos: os que têm estado nutricional adequado (> 24); os que apresentam risco de desnutrição ($17 - 23,5$); e os desnutridos (< 17).

Em seguida iniciaremos a observação durante as refeições procurando identificar habilidade para alimentação, aceitação, mastigação, deglutição dos alimentos; os sentidos do olfato e paladar e noção quanto à importância da alimentação utilizando o formulário observação das refeições (anexo B).

Após as etapas citadas anteriormente serão propostas intervenções práticas para problemas comportamentais comuns relacionados à alimentação em indivíduos com demência sugeridos por Valentim (2012) (anexo C).

3.4 Considerações éticas

O presente projeto será submetido ao Comitê de Ética da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS para apreciação.

No ato da entrevista os participantes (responsáveis pelas idosas) receberão todas as informações referentes à pesquisa, objetivos e justificativas e esclarecimentos sobre qualquer dúvida que ainda persista. Após será apresentada ao participante o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) . A utilização do TCLE é uma proteção legal e moral do pesquisador e do pesquisado, visto que ambos estarão assumindo responsabilidades com a garantia do sigilo e proteção de sua identidade. O Termo de Consentimento Livre Esclarecido foi formulado tomando por base a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e a Resolução RDC 39/2008 da ANVISA. Baseia-se no princípio de que o participante tem o direito de escolher se quer ou não participar da pesquisa. Além de proteger a liberdade de escolha e autonomia do indivíduo.

Após estas etapas o participante poderá optar por contribuir ou não com a referida pesquisa.

3.5 Resultados esperados

Através da assistência nutricional individualizada, esperamos minimizar e/ou prevenir graves prejuízos nutricionais, que possam implicar em quadros de desnutrição e auxiliar a assistência prestada por cuidadores nas tarefas que compõem a alimentação do idoso.

4 CRONOGRAMA

Atividades	Meses					
	Abr.	Maio	Jun.	Jul.	Ago.	Set.
Escolha do assunto do projeto	X					
Elaboração da estrutura do projeto		X				
Seleção e leitura das obras para elaboração do projeto	X	X	X	X		
Elaboração dos objetivos, delimitação do tema, definição do problema, etc.		X	X			
Elaboração da pesquisa bibliográfica		X	X			
Coleta de dados				X	X	
Análise dos dados				X	X	X
Revisão final do texto			X			
Data limite de entrega do Projeto de Pesquisa				20/07/2015		

5 ORÇAMENTO

Material	Valor R\$
Papel (folha A4)	R\$10,00
Canetas	R\$5,00
Cartucho impressora	R\$50,00
TOTAL	R\$65,00

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Resolução da Diretoria Colegiada - RDC/ANVISA nº 283, de 26 de setembro de 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2005/res028326092005.html>

ALAGIAKRISHNAN, K.; BHANJI, R. A.; KURIAN, M. *Evaluation and management of oropharyngeal dysphagia in different types of dementia: a systematic review*. *Arch Gerontol Geriatr*, 2012. <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2012.04.011>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estatuto do idoso. 3. ed. Brasília, DF, 2012.

BUSNELLO, F. M. Aspectos nutricionais no processo do envelhecimento. São Paulo: Atheneu, 2007.

CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange. R. bras. Est. Pop., Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 233-235 jan./jun. 2010.

CAMPOS MTF, MONTEIRO JBR, ORNELAS APRC. Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. *Rev. Nutr.* 2000; 13(3):157-65.

CARVALHO JAM, Garcia RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cad Saude Publica.* 2003;19(3):725-33.

CREUTZBERG, *Marion et al. Long-Term Care Institutions for Elders and the health system.* *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 15, n. 6, p. 1144-1149, Nov./Dec. 2007.

DIOGO MJD, Ceolim MF, Cintra FA. Orientações para idosas que cuidam de idosos no domicílio. *Rev Esc Enferm USP [Internet].*2005.

DOMINGUES M., SANTOS CF, QUINTANS JR. Doença de Alzheimer: o perfil dos cuidadores que utilizam o serviço de apoio telefônico da ABRAZ – Associação Brasileira de Alzheimer. *Mundo Saúde.* 2009;33(1):161-9.

FRANK,A.A; SOARES, E.A. *Nutrição no Envelhecer.*São Paulo:Atheneu,2002.

FREITAS ICC, PAULA KCC, SOARES JL, PARENTE ACM. Convivendo com o portador de Alzheimer: perspectivas do cuidador. *Rev Bras Enferm [Internet].*2008 jul-ago.

GILLETTE-GUYONNET, Sophie *et al. Weight Loss in Alzheimer Disease.* *American Journal of Clinical Nutrition, Bethesda,* v. 71, n. 2, p. 637-642, feb. 2000.

GUIGOZ, Y.; VELLAS, B.; GARRY, P. J. *Mini nutritional assessment: a practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. Fact and Research in Gerontology*, v. 2, p. 15-59, 1994.

GUIMARÃES, R.M. O envelhecimento: um processo pessoal? In: FREITAS, E.V. *et al.* Tratado de Gerontologia e Geriatria, Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2006.

JESUS, P. *et al.* *Nutritional assessment and follow-up of residents with and without dementia in nursing homes in the Limousin region of France: a health network initiative. J Nutr Health Aging*, v. 16, n. 5, p. 504-508, 2012.

LUZARDO AR, GORINI MIPC, SILVA APS. Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. *Texto Contexto Enferm. Florianópolis*, 2006;15(4): 587-94.

MACHADO, JS; FRANK, AA; SOARES, EA. Fatores Dietéticos relacionados à doença de alzheimer. *Revista Brasileira de Nutrição Clínica*, São Paulo, V.21, n.3. p.252-257, jul/set.2006.

MACHADO, R.S.P; COELHO, M.A.S.C. Antropometria e composição corporal. In.: FRANK, A. A.; SOARES, Nutrição no envelhecer. São Paulo: Atheneu, 2004.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec/ABRASCO, 1992.

MORIGUTI, J.C., *et al.* *Involuntary weight loss in elderly individuals: assessment and treatment. Rev Paul Med.* Vol 119, N° 2 (2001), pp.72-7

MURPHY, MK, BLACK NA; LAMPING DL *et al.* *Consensus development methods, and their use in clinical guideline development. Health Technology Assessment* 1998;2(3):1-88.

NETO, N.C. Envelhecimento Bem-sucedido e Envelhecimento com fragilidade. In: RAMOS. L.R., CENDOROGLO, M.S. Guia de geriatria e gerontologia. 2ª Ed. Barueri, SP: Manole, 2011.

ORSITTO, G. *Different components of nutritional status in older inpatients with cognitive impairment. J Nutr Health Aging*, v. 16, n. 5, p. 468-471, 2012.

PAULA, Roberta S. *et al.* Alterações gustativas no envelhecimento. *Revista Kairós*, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 217-235, jun. 2008

PAVARINI, S.C.I., ET al., Cuidando de Idosos com Alzheimer: a vivência de cuidadores familiares. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v.10, n.3, 0. 580-90, 2008.

PFRIMER K, FERRIOLLI E. Avaliação Nutricional do Idoso. In: Vitolo MR. Nutrição: da gestação ao envelhecimento. Rio de Janeiro. Rubio;2008.p.435-449.

RESOLUÇÃO CFN N° 380/2005. Disponível em:
<http://www.cfn.org.br/novosite/pdf/res/2005/res380.pdf> acessado em 13.07.2015.

RIBEIRO MTF, Ferreira RC, Ferreira EF, Magalhães CS, Moreira AN. Perfil dos cuidadores de idosos nas instituições de longa permanência de Belo Horizonte, MG. *Cien Saude Colet*. 2008;13(4):1285-92.

SALIBA NA, Moimaz SAS, Marques JAM, Prado RL. Perfil de cuidadores de idosos e percepção sobre saúde bucal. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2007.

SANTELLE, Odete; LEFÈVRE, Ana Maria Cavalcanti; CERVATO, Ana Maria. Alimentação institucionalizada e suas representações sociais entre moradores de instituições de longa permanência para idosos em São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, p. 3061-3065, dez. 2007.

SOUZA VMCC, GUARIENTO ME. Avaliação do Idoso desnutrido. *Ver Bras Clin Med*. 2009; 7; 46-49.

THOMAZ, FS; VIEBIG, Renata Furlan. *Nutrição para Doença de Alzheimer – Como utilizar a nutrição para melhoria da qualidade de vida dos portadores desta doença*. São Paulo.M.Books do Brasil Editora LTDA. 2012.

VALENTIM, Andrea Abdala Frank. *Nutrição no Envelhecer.2ª Edição Rev. E atual*. São Paulo: Editora Atheneu,2012.

WELLMAN, Nancy S.; WELLMAN et al., Barbara J. *Nutrição e Envelhecimento*.In: Mahan, L. Kathleen *et al*. Krause: alimentos, nutrição e dietoterapia. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

YEN, P. K. *Nutrition and sensory loss*. *Geriatric Nursing*, v. 25, n. 2, p. 118-9, 2004.

ZEKRY *et al*. *Demented versus non-demented very old inpatients: the same comorbidities but poorer functional and nutritional status*. *Age ageing*, v. 37, p. 83-89, 2008.

APENDICE A – FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS DO PRONTUÁRIO

COLETA DE DADOS

Data: ____/____/____

1 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA IDOSA MORADORA DA ILPI

a) Nome: _____

b) Nome da mãe: _____

c) Responsável: _____

d) Telefone (s) para contato: _____

e) Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____ anos

f) Cidade de origem: _____

g) Estado civil: () casado(a) () solteiro(a) () divorciado(a) () viúvo(a)

h) Grau de escolaridade: () Analfabeto () Ensino fundamental incompleto

() Ensino fundamental completo () Ensino médio incompleto () Ensino

médio completo () Ensino superior incompleto () Ensino superior

completo

i) Número de anos de estudo: _____

2 HISTÓRIA CLÍNICA

a) Cirurgias prévias: _____

b) Comorbidades: () Diabetes () Hipertensão () Hipercolesterolemia

() Hipertrigliceridemia () Osteoporose () Gastrite () Cardiopatia ____

() Outros _____

c) Tem feridas abertas? () sim () não Obs.: _____

d) Sintomas gastrointestinais:

() problemas de mastigação

Faz uso de prótese dentária? () sim () não

Se sim, qual o tipo? () parcial () total

() xerostomia () gosto amargo na boca

() disfagia

() tosse ou afogamentos ao se alimentar

() odinofagia () refluxo () náuseas () vômitos

() epigastralgia () pirose () flatulência () dor ao evacuar

() sangramento ao evacuar () outros _____

Função intestinal: Frequência: _____

Vai ao banheiro Faz uso de fraldas

Consistência das fezes: dura pastosa semi pastosa líquida

Obs.: _____

e) Medicamentos: _____

f) Outros: _____

HÁBITOS DE VIDA

a) É fumante: sim não Obs.: _____

b) Pratica atividade física? sim não

Se sim, qual? _____

Quantas vezes por semana? _____

c) Coeficiente de atividade física (para cálculo do GET):

Nível de atividade física Mulher

Sedentário	1,00
Pouco ativo	1,14
Ativo	1,27
Muito ativo	1,45

4 ALIMENTAÇÃO

a) Qual a via de acesso para alimentação: oral sonda mista

b) Qual a consistência da dieta: normal branda pastosa líquida

c) Tem alergias ou intolerâncias alimentares? sim não

Se sim, qual? _____

d) Teve mudanças recentes no apetite: sim não

Se sim, como? aumentou diminuiu

e) Teve mudanças no tipo de alimentos que aceita após a evolução da DA?

sim não

Se sim, quais mudanças?

Aceita alimentos que não gostava antes.

Não aceita alimentos que antes consumia.

f) Utiliza algum tipo de suplemento alimentar? sim não

Se sim, qual? _____ Quem indicou? _____

g) Ingere bebidas alcoólicas? sim não

Se sim, qual, quanto e com que frequência? _____

- h) Quantas refeições o(a) paciente faz por dia? _____
- i) Preparo do prato: () paciente serve-se sozinho(a) () alguém prepara seu prato
- j) Alimentação: () paciente alimenta-se sozinho(a) () alguém auxilia-o(a), dando os alimentos na boca
- k) O(A) paciente se alimenta quando fica sozinho(a) ou quando o alimento não é oferecido pelo(a) cuidador? () Alimenta-se normalmente. () Alimenta-se menos que o usual. () Alimenta-se muito pouco. () Não se alimenta.

5 AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

a) Avaliação antropométrica

Peso usual há 6 meses: _____ kg Peso atual real: _____ kg

Altura real: _____ cm / IMC = _____ kg/m² Altura do joelho: _____ cm

Circunferências: CB: _____ cm / CP: _____ cm /

Pregas cutâneas: PCT: _____ mm / PCSE: _____ mm /CMB: _____ cm

Alteração de peso nas últimas duas semanas: () aumento ____ kg / () sem alteração / () diminuição ____ kg

APENDICE B – FORMULÁRIO OBSERVAÇÃO DAS REFEIÇÕES

a) Distúrbios de comportamento observados no idoso.

() Agitação (o(a) paciente não consegue ficar parado, havendo movimentos em excesso).

() Agressividade (o(a) paciente agride física ou verbalmente, não cooperando com o(a) cuidador).

() Alucinações (o(a) paciente enxerga ou fala com pessoas e objetos que não estão presentes).

() Delírios (o(a) paciente tem falsas crenças; ex.: acreditar que os outros estão lhe roubando).

() Disforia (o(a) paciente fala ou age como se estivesse triste ou deprimido)

() Apatia (o(a) paciente parece menos ativo, sem motivação, não demonstrando sentimentos).

() Desinibição (o(a) paciente faz comentários grosseiros ou indelicados que normalmente não faria).

() Ansiedade (o(a) paciente diz estar preocupado com coisas que deve fazer).

() Irritabilidade (o(a) paciente tem acessos de raiva).

() Nenhum.

b) Alterações comportamentais relacionadas à alimentação

() O(a) paciente não reconhece os alimentos.

() O(a) paciente quer comer com as mãos.

() O(a) paciente come muito rápido.

() O(a) paciente não sabe o que fazer com os talheres.

() O(a) paciente não abre a boca ou cerra os dentes para ingerir os alimentos.

() O(a) paciente esquece de mastigar ou de engolir os alimentos.

() O(a) paciente cospe os alimentos.

() O(a) paciente come itens não comestíveis (ex.: guardanapos, flores, etc.).

() O(a) paciente arremessa alimentos.

() O(a) paciente fica agressivo(a) com a pessoa que está alimentando-o(a).

() O(a) paciente fica agitado(a) durante as refeições.

() O(a) paciente fica emotivo(a) durante as refeições.

- O(a) paciente quer brincar com a comida.
- O(a) paciente quer comer apenas um tipo de alimento (ex.: bolachas).
- O(a) paciente esquece que já comeu e quer fazer nova refeição na sequência.
- O(a) paciente não quer comer porque acha que já fez a refeição.
- Outros _____
- Nenhum.

APENDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO

Vocês (idosa e responsável (a)) estão sendo convidados (as) a participar, como voluntários (as), de um estudo intitulado: CUIDADO NUTRICIONAL EM IDOSAS COM ALZHEIMER: ORIENTANDO O CUIDADO NA ILPI. Para poder participar, é necessário que vocês leiam este documento com atenção. Por favor, peçam aos responsáveis pelo estudo para explicar qualquer palavra ou procedimento que você não entenda claramente.

O objetivo principal deste estudo é Analisar o efeito de uma intervenção nutricional educativa em Idosas com Doença de Alzheimer.

Para participar deste estudo, serão selecionadas idosas com diagnóstico de doença de Alzheimer que sejam moradoras da Associação Lar de Idosos Paz e Amor. É necessário que o idoso tenha idade igual ou maior a 60 anos.

Aceitando a participação do estudo e os dados coletados será aplicado a Mini Avaliação Nutricional que inclui a aferição de algumas medidas corporais (como peso, circunferências, pregas etc.), realização de registros escritos sobre a alimentação da idosa,

A participação nesta pesquisa não apresenta nenhum risco ou prejuízo a vocês. A decisão de vocês sobre participar deste estudo é voluntária. Uma vez que decidam participar, vocês podem retirar seus consentimentos e participações a qualquer momento, sem prejuízo ao atendimento prestado nesta Instituição.

Não haverá nenhum custo a vocês, relacionado aos procedimentos previstos no estudo. Vocês não serão pagos por sua participação neste estudo.

Todos os dados coletados sobre vocês serão mantidos de forma confidencial. Seus dados também podem ser usados em publicações científicas sobre o assunto pesquisado, porém o seu nome nunca será citado.

Este estudo está sendo realizado sob a orientação da Prof.Dra. Gislaine Bonardi .A nutricionista Melissa da Silva da Conceição é responsável pelo estudo, e em caso de dúvidas poderá ser contatada pelo telefone (51) 9646-5388.

Eu, _____
(IDOSA),estou ciente da natureza e dos objetivos do estudo do qual fui convidado a participar. Entendo que sou livre para aceitar ou recusar, e que posso

interromper minha participação a qualquer momento sem dar uma razão. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Eu, _____

(RESPONSÁVEL (A)),estou ciente da natureza e dos objetivos do estudo do qual fui convidado a participar. Entendo que sou livre para aceitar ou recusar, e que posso interromper minha participação a qualquer momento sem dar uma razão. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

ANEXO A – MINI AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

FONTE: GUIGOZ; VELLAS; GARRY, 1994

Nome da idosa: _____ Data: ___/___/___

TRIAGEM

A) Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido à perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir?

0 = diminuição grave da ingestão

1 = diminuição moderada da ingestão

2 = sem diminuição da ingestão

B) Perda de peso nos últimos 3 meses

0 = superior a três quilos

1 = não sabe informar

2 = entre um e três quilos

3 = sem perda de peso

C) Mobilidade

0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas

1 = deambula, mas não é capaz de sair de casa

2 = normal

D) Passou por algum estresse psicológico ou doença aguda nos últimos três meses?

0 = sim

2 = não

E) Problemas neuropsicológicos

0 = demência ou depressão graves

1 = demência leve

2 = sem problemas psicológicos

F) Índice de Massa Corporal (IMC = peso[kg] / estatura[m])

0 = IMC < 19

1 = $19 \leq \text{IMC} < 21$

2 = $21 \leq \text{IMC} < 23$

3 = IMC ≥ 23

AVALIAÇÃO GLOBAL

G) O paciente vive em sua própria casa (não em casa geriátrica ou hospital)

1 = sim 0 = não

H) Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia?

0 = sim 1 = não

I) Lesões de pele ou escaras?

0 = sim 1 = não

J) Quantas refeições faz por dia?

0 = uma refeição

1 = duas refeições

2 = três refeições

K) O paciente consome:

- pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (leite, queijo, iogurte)?

() sim () não

- duas ou mais porções semanais de leguminosas ou ovos? () sim () não

- carne, peixe ou aves todos os dias? () sim () não

0,0 = nenhuma ou uma resposta <sim>

0,5 = duas respostas <sim>

1,0 = três respostas <sim>

L) O paciente consome duas ou mais porções diárias de frutas ou vegetais?

0 = não 1 = sim

M) Quantos copos de líquidos (água, suco, café, chá, leite) o paciente consome por dia?

0,0 = menos de três copos

0,5 = três a cinco copos

1,0 = mais de 5 copos

N) Modo de se alimentar

0 = não é capaz de se alimentar sozinho

1 = alimenta-se sozinho, porém com dificuldade

2 = alimenta-se sozinho sem dificuldade

O) O paciente acredita ter algum problema nutricional?

0 = acredita estar desnutrido

1 = não sabe dizer

2 = acredita não ter um problema nutricional

Paciente = _____ / Cuidador = _____

P) Em comparação a outras pessoas da mesma idade, como o paciente considera a sua própria saúde?

0,0 = pior

0,5 = não sabe

1,0 = igual

2,0 = melhor

Paciente = _____ / Cuidador = _____

Q) Circunferência do braço (CB) em cm

0,0 = CB < 21

0,5 = $21 \leq \text{CB} \leq 22$

1,0 = CB > 22

R) Circunferência da panturrilha (CP) em cm

0 = CP < 31

1 = CP \geq 31

Pontuação total (máximo 30 pontos)

Paciente = _____ / Cuidador = _____

Avaliação do estado nutricional:

() >23,5 pontos - eutrofia

() \geq 17 e \leq 23,5 pontos – risco de desnutrição

() < 17 pontos – desnutrição

**ANEXO B – INTERVENÇÕES PRÁTICAS PARA A ALIMENTAÇÃO
RELACIONADAS AOS PROBLEMAS COMPORTAMENTAIS**

ALTERAÇÃO COMPORTAMENTAL	INTERVENÇÕES
Falta de concentração	<ul style="list-style-type: none"> - Colocar o utensílio nas mãos do paciente para que tente ainda comer sozinho. - Ser verbalmente direto em cada passo do processo de alimentação ajuda-o a alimentar-se corretamente e seguro de si.
Mastigação constante	<ul style="list-style-type: none"> - Lembrar ao paciente quando parar de mastigar após engolir cada pedaço, pois é comum que continue. - Servir alimentos que reduzirão a necessidade de mastigar, amassando-os, passando em peneira ou cortando em pequenos pedaços.
Quando estiver combativo; arremessando alimentos	<ul style="list-style-type: none"> - Identifique o agente provocador e tente removê-lo. - Coloque-se do lado não dominante do paciente ao alimentá-lo, para evitar agressões. - Utilizar louças inquebráveis e com asas ajuda-o a se alimentar, sem maiores acidentes. - Oferecer um alimento por vez, deixa-o mais calmo e atencioso à alimentação. - Recompensá-lo pelo comportamento apropriado na hora das refeições pode ser um estímulo para que a atitude se repita.
Quando o paciente como objetos não comestíveis	<ul style="list-style-type: none"> - Remover os objetos não comestíveis do alcance evita que o paciente os confunda; - Fornecer alimentos que sejam fáceis de pegar com as mãos (finger foods) é apropriado para ele ter algo em suas mãos.
Quando o paciente come muito rápido	<ul style="list-style-type: none"> - Utilizar colher infantil ou xícara, de modo a oferecer pequenas quantidades por vez; - Oferecer alimentos sólidos para mantê-lo mastigando ao invés dele “engoli” o alimento por inteiro.
Quando o paciente come muito devagar	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorar cada passo da alimentação usando palavras como “mastigue”, “coma mais um pedaço” o estimula a comer um pouco mais rápido. - Alimentar-se primeiro para que possa dedicar mais tempo ao paciente; - Utilizar louças térmicas para manter a temperatura adequada. - Simplificar a rotina de suas tarefas diárias para ajudá-lo a se lembrar depois.

<p>Se o paciente apresentar freqüente esquecimento e/ou desorientação</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Lembrá-lo do seu lugar à mesa. - Minimizar distrações no ato da alimentação. - Limitar escolhas alimentares para que não fique exigente no momento da alimentação e comer de todos os alimentos.
<p>Quando o paciente esquecer-se de engolir</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dizer ao paciente para engolir após cada mastigação. - Perceber se o paciente engoliu antes de oferecer o próximo pedaço para que não haja engasgos. - Observar sua garganta para se certificar de que realmente está engolindo.
<p>Quando o paciente expressar emoção inapropriada</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Comece uma conversa para distraí-lo. - Ignorar a exibição emocional pode fazer com que desista de continuar. - Manter o ambiente tranquilo ajuda-o a ser mais tranquilo.
<p>Quando o paciente apresentar-se bastante agitado</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sentar-se ao lado do paciente à mesa para lhe transmitir segurança. - Mudar o local da refeição pode ser adequado, levando-o a um lugar mais tranquilo. - Fazer exercícios antes das refeições deixa-o mais cansado e calmo para receber os alimentos. - A utilização de finger foods torna mais prática a alimentação do paciente. - Utilizar xícaras com tampas evita que se suje no momento da agitação.
<p>Quando o paciente brinca com os alimentos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Servir um alimento por vez, reduzindo a empolgação. - encher somente a metade do prato, limitando o objeto visto pelo idoso como de brincar.
<p>Quando o paciente é propenso a apresentar mania de cuspir o alimento</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a habilidade de mastigação e deglutição, pois o paciente pode estar apresentando comprometimento na deglutição. - Em algumas situações, dizer ao paciente para não cuspir ajuda a lembrá-lo de não fazê-lo. - Supervisionar as refeições, a fim de certificar-se que o paciente esteja saciado. - Supervisionar horários certos de oferecer as refeições.
<p>Não querer ir ao local das refeições</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Perguntar o motivo para tentar resolver o problema. - Mudar o local das refeições pode ser apropriado para tranquilizá-lo e convencê-lo a comer toda a comida. - Experimentar uma refeição em grupo e

	uma sozinha para comparar a reação do paciente em cada uma delas e manter a situação mais agradável pra ele pode ser interessante.
--	--

Fonte: Andréa Abdala Frank Valentim, Nutrição no envelhecer. 2012