

DESNUTRIÇÃO E DEMÊNCIA: QUE CUIDADOS?

Odete Vicente de Sousa*

Hospital Magalhães Lemos E.P.E.

luisavice@gmail.com

Margarida Sotto Mayor**

Hospital Magalhães Lemos E.P.E.

mgssottomayor@gmail.com

RESUMO

Os processos demenciais quando se associam a outras comorbilidades podem exercer um impacto negativo no estado nutricional. Apresenta-se um estudo de caso, realizado em janeiro 2013, num Centro de Saúde Mental, Zona Norte do país, com o objetivo de conhecer a associação do estado de desnutrição proteico-energética com a demência, utilizando-se a técnica de análise de conteúdo do processo clínico. Os resultados sugerem que a avaliação e intervenção transdisciplinar tiveram consequências e produziram ganhos em saúde.

Palavras-chave: Desnutrição proteico-energética. Doença *Alzheimer*. Cuidados saúde.

ABSTRACT

Dementia processes when associated with other comorbidities may have a negative impact on nutritional status. We present a case study conducted in January 2013, in a Mental Health Center, North of Portugal, with the aim of understanding the association of malnutrition with dementia, using the technique of content analysis of the clinical file. The results suggest that the assessment and multidisciplinary intervention produced consequences and health gains.

Keywords: Undernutrition. Alzheimer's disease. Health care.

1. INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais mais comuns na terceira idade são a depressão e a demência, sendo esta fortemente associada com a idade¹. A demência é um síndrome cerebral orgânico crónico caracterizado por um defeito global das funções nervosas superiores, podendo ocorrer em qualquer idade, de causa conhecida ou desconhecida. Afeta várias funções corticais superiores resultando em dependência física e psicológica². A prevalência aumenta rapidamente com a idade parecendo estabilizar por volta dos 95 anos, ampliando progressivamente em cerca de 1% nas idades compreendidas entre os 65 e os 69 anos, e mais de 30% até aos 90 anos, sendo a regra, o dobro do risco para cada 5 anos. Existe maior risco para as mulheres, relacionando-se com a maior esperança de vida e vários estudos consideram que os números da demência são comparáveis a uma epidemia podendo esperar-se 40 milhões de pessoas no mundo com este diagnóstico até 2020^{3,4}. Estima-se que 80% das pessoas que padecem de demência tenham ao longo da sua vida alterações psicológicas e de comportamento e outros diagnósticos ser-lhe-ão associados. Esta evidência deixa claro a interdependência transdisciplinar e a necessidade de se trabalhar em rede para uma melhor assistência psicogeriátrica.

Geriatras e neurologistas de diferentes países são unâimes em referir que este diagnóstico, particularmente as alterações psicológicas e comportamentais que caracterizam os processos demenciais, contribuem para internamentos frequentes e para a institucionalização precoce^{2,5}. Vários autores referem a agitação, o comportamento de oposição, os episódios de agressão verbal e física, o comportamento social inadequado, os delírios, as alucinações, a apatia, a ansiedade, os distúrbios do sono e a deambulação sem sentido, como um amplo espetro de alterações não cognitivas que caracterizam a demência⁶. Os delírios, quadros confusionais de início rápido, atenção flutuante, pensamento desorganizado, que podem durar de horas até alguns dias, que são frequentemente reversíveis e de causa multifatorial, são muitas vezes ignorados e subdiagnosticados, sendo o primeiro sinal de uma grave doença física^{7,8,9}. São exemplo as reações negativas à administração de alimentos líquidos ou sólidos, em que as refeições podem protagonizar verdadeiros momentos de desprazer e conflito familiar contribuindo para o aparecimento de estados de desidratação e desnutrição proteico-energética associados à doença e consequentemente custos acrescidos no sistema de saúde e absentismo dos cuidadores¹⁰. A desnutrição proteico-energética é uma das comorbilidades mais

frequentemente associada ao diagnóstico de doença tipo Demência de *Alzheimer* (DA) provável e a perda de peso é um dos critérios de diagnóstico do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV-Text Revision* (DSM-IV-TR). A perda de peso pode ser progressiva (> 4% por ano) ou grave (5Kg em 6 meses), sendo determinante da morbilidade e mortalidade^{11,12}. Pode ocorrer antes da manifestação clínica de DA e, se superior a 5% em relação ao peso do ano anterior, é considerada um indicador de mau prognóstico^{13,14}. A inadequada ingestão alimentar, associada às alterações do apetite, preferências e hábitos alimentares, exercem um efeito negativo no estado nutricional, conduzindo ao estado de desnutrição proteico-energética, com carências específicas em macronutrientes (e.g. proteínas) e micronutrientes (e.g. vitamina B12, D e ácido fólico)^{15,16}. Pessoas idosas desnutridas e com DA podem apresentar, num curto período de tempo, uma diminuição rápida do score do *Mini Mental State Examination* (MMSE) de 3 ou mais pontos por ano¹⁷. A rotina clínica de avaliação do estado nutricional pode ter um efeito protetor na saúde e melhorar a qualidade de vida. Através do instrumento de avaliação do estado nutricional Mini Nutritional Assessment (MNA), validado para as pessoas idosas com doença tipo DA, é possível detetar atempadamente o risco nutricional¹⁸. Inserida numa abordagem clínica transdisciplinar, a intervenção nutricional pode minimizar e ou corrigir um estado de risco nutricional ou de desnutrição. O objetivo deste estudo foi compreender os processos subjacentes ao adoecer de uma pessoa com diagnóstico de desnutrição associado ao processo demencial.

2. METODOLOGIA

Baseado na prática clínica, apresenta-se um estudo de caso que envolve uma família, com o objetivo de elucidar como o processo demencial pode contribuir para protagonizar episódios de urgência com forte componente orgânica. Utilizou-se uma metodologia qualitativa com recurso a um caso clínico como estudo de caso e, através da aplicação da técnica de análise de conteúdo, elaboraram-se indicadores que nos permitiram conhecer e compreender o processo subjacente ao adoecer. Com uma abordagem multidimensional integrada compreende-se a intervenção/avaliação de uma equipa transdisciplinar no contexto do adoecer de uma pessoa idosa. As fontes de informação para elaborar e discutir o diagnóstico foram: o processo clínico, os relatos informais da equipa assistente e extratos de excertos de entrevistas não estruturadas com os vizinhos, figuras de suporte e elementos da rede social que

contribuíram para agilizar o serviço da equipa técnica, de um Centro de Saúde Mental da Zona Norte do país.

3. RESULTADOS (CASO CLÍNICO)

Homem de 86 anos de idade (a quem chamaremos de Sr. JP), viúvo, reformado, era acompanhado regularmente por uma equipa especializada em saúde mental e psiquiatria, em ambulatório, por apresentar demência de provável etiologia neurodegenerativa num estadio moderado. Residia perto dos dois filhos, com os quais tinha bom relacionamento e que não tinham por hábito interferir nas suas decisões. Tinha a terceira classe e durante 40 anos trabalhou nos caminhos-de-ferro como maquinista. Foi transportado ao serviço de urgência pela filha, que referia que "...havia dias que não conseguia que o pai aceitasse a alimentação..." e esta sentia que "...estava a ficar muito fraco...", "...gritava de noite e de dia...", estando mais inquieto que o habitual, não conseguindo comunicar com ele e "...parecia-lhe muito doente..." (sic). Reparou que o pai estava a urinar pouco, às vezes tinha dificuldade de entrar no quarto por causa "...do cheiro que dele saía..."(sic). Estas indicações, a pele seca e descamativa, a desnutrição, a queilite angular, as têmporas salientes, a atenção não captável, "os queixumes" sobre a agressividade verbal e física que o Sr. JP tinha protagonizado levou a que se percebesse a instalação de um quadro confusional, excretado num processo demencial. Após observação médica e realização de análises clínicas marcadoras do estado nutricional (proteínas totais, albumina, pré-albumina, vitamina B12, ácido fólico e vitamina D) detetou-se um estado de desnutrição proteico-energética associada à doença. Os dados antropométricos revelaram uma perda de peso superior a 5% em relação ao peso do ano anterior e o MNA apresentou a pontuação de 10/30 pontos (desnutrição).

Os diagnósticos que motivaram o internamento (síndrome demencial e desnutrição associada à doença) foram tornados conhecidos para a filha que permanecia junto do doente. Quando alguém se aproximava, o doente reagia com medo e agressividade. Os ruídos dos monitores tornavam-no mais inquieto. Tinha uma Infeção do Trato Urinário (ITU), estava desnutrido, desidratado e o tratamento obrigava a que permanecesse internado pelo menos enquanto estivesse a fazer antibioterapia. A doença mental de base, a demência, ditava o seguimento e continuidade de tratamento em psiquiatria. A história da doença atual era conhecida da equipa assistente. Havia já algumas semanas que não terminava as refeições, tinha pouco

apetite, engasgava-se com a água, começava a tossir com aflição, estava com aspeto mais triste e menos reativo às conversas da filha durante a receção de cuidados. Iniciou períodos de gritos intensos: "...acordava toda a gente, gritava e não queria nada, não sabíamos o que fazer...", "...piorou muito quando deixou de beber..." (sic). Em menos de três dias começou a ficar muito agitado, dizia "...coisas estranhas...", "...os vizinhos andavam ali a tirar-lhe as flores...", "...já tinham entrado no quarto dele durante a noite...", "...tinham conseguido contaminar a água, não era seguro beber qualquer líquido..."(sic). Os familiares aceitaram o internamento, a equipa fez a sua avaliação e traçou um plano de intervenção.

O exame mental à entrada do internamento indicava um homem normolíneo, idade aparente coincidente com a real, vestuário adequado à sua condição social, uso de prótese ocular, prótese dentária desajustada, cabelo rarefeito e despigmentado. No contacto era evasivo, tinha flutuações da atenção, sem crítica para a sua situação clínica e completamente desorientado. Por vezes parecia ter atividade alucinatória visual. Estava muito confuso e a avaliação nestas condições era pouco credível. A memória estava muito deficitária. O discurso era pobre e apresentava bradipsiquismo.

A avaliação neuropsicológica inicial foi problemática. O estado confusional não permitia boa colaboração. Tinha défices na orientação Temporal/Espacial, na atenção e cálculo, na memória recente (de evocação 1 em 3 pontos) e na linguagem (cumprimento de ordens simples). Não conseguiu fazer a Prova do Relógio (PR). Após quinze dias de internamento melhorou dois pontos no MMSE ficando com 15/30 pontos. Nesta fase na PR conseguiu fazer um círculo. Mantinha competências de nomeação e reconhecimento de objetos e compreendia e executava ordens verbais simples. Verificou-se alexia, agraphia e acalculia, bem como grande incapacidade visuo--construtiva. Ao nível da funcionalidade foi progressivamente melhorando tornando-se mais autónomo requerendo ajuda de terceira pessoa.

Apresentava como antecedentes pessoais hipertensão arterial, anemia ferropriva e aos 20 anos tuberculose pulmonar. Desconheciam-se os antecedentes familiares. A personalidade pré-mórbida sugeria um homem com boa capacidade de lidar com as emoções, estabelecia bom contacto interpessoal, dava-se bem com os vizinhos, passava muito tempo nas viagens de trabalho. A filha contava que quando era pequena gostava de ver "...o pai a arranjar o baú com os alimentos que levava para as viagens mais longas, era muito certinho..." (sic). Tinha padrões morais e religiosos elevados. Ensinara os filhos a frequentar a igreja desde muito cedo e pedia à esposa para os orientar na catequese. Da história marital sabemos que esteve casado durante

40 anos, namoraram durante três anos, apenas aos domingos, e nunca tiveram qualquer contacto corporal até ao dia do casamento.

Durante o internamento, em concomitância com a antibioterapia, monitorização do balanço hídrico, cumprimento do plano alimentar personalizado com suplementação de nutrição entérica, aceitou com agrado participar nas sessões de estimulação cognitiva. Inicialmente muito confuso conseguiu integrar um grupo de Terapia da Validação, com sessões de 15 minutos diários mas nem sempre aguentava ficar sentado. Progressivamente aumentou a permanência no tempo mas neste período nunca tolerou mais de 30 minutos ficando mais agressivo se insistissem em fazê-lo permanecer em grupo. À medida que reduziu o quadro confusional e terminava a antibioterapia começou a frequentar outro grupo de estimulação cognitiva, a Terapia das Reminiscências. Neste grupo, falou da sua experiência como maquinista e com forte motivação foi participante ativo no reconhecimento de algumas regiões do país. Apesar da estimulação quotidiana, nunca tomou a iniciativa para interagir sendo motivado diariamente para o fazer. O resumo clínico indicava um doente com 86 anos de idade, viúvo, com personalidade pré-mórbida flexível, padrão de funcionamento familiar funcional, que vivia só mas que tinha o apoio dos filhos, tendo iniciado o processo demencial há pelo menos seis anos, seguido num Centro de Saúde Mental, com agravamento na última semana, na sequência de quadro infecioso (ITU), desidratação e desnutrição, alterações de comportamento e insónia. Apresentava um grau de dependência de 55/100 pontos na escala de *Barthel*.

O plano de intervenção pós alta integrou a vigilância regular pela médica de medicina geral e familiar, com a continuação da estimulação cognitiva e física. Continuação da dieta específica com suplementação de nutrição entérica e suplemento vitamínico-mineral. Manutenção dos vínculos socioafetivos, sugerindo a reavaliação em visita domiciliária, na semana seguinte ao dia da alta.

4. DISCUSSÃO

Tratou-se de uma situação motivada pela desnutrição proteico-energética associada à doença e estado de desidratação concomitantes com as alterações de comportamento. Não obstante, a etiologia da perda de peso ser multifatorial, a promoção de um programa de intervenção nutricional em pessoas idosas com DA adaptado às características e estadios da demência, centrado na prevenção e no tratamento da desnutrição, na preservação da função cognitiva e da capacidade

funcional e na atividade física, poderá ter efeitos benéficos no estado geral destes doentes e na melhoria da sua qualidade de vida, como se verificou no nosso estudo. Tem sido descrito que pessoas idosas com DA apresentam alterações quantitativas e qualitativas da ingestão alimentar¹⁵. Outros estudos têm demonstrado que ocorrem alterações do apetite, das preferências e dos hábitos alimentares¹⁶. Neste estudo de caso, a situação confusional, o processo infecioso e a ideia de “água contaminada” agravaram o quadro clínico da desnutrição. Tal como outros estudos, a intervenção nutricional teve sucesso ao recorrer à suplementação oral entérica, contribuindo para a melhoria do estado nutricional, sugerindo uma relação entre o estado de desnutrição e as alterações da capacidade funcional e da função cognitiva^{19,20}. Embora haja grande resistência em relação aos efeitos da estimulação cognitiva, estas terapias realizadas em pequenas sessões diárias, adaptadas a cada caso pessoal, permitem melhorar a sensação de controlo e de autoestima por parte da pessoa que está doente, dando-lhe a possibilidade de sentir a experiência de ser único, apesar dos seus períodos confusionais e da fragilidade do seu estado de saúde². Por outro lado a continuidade das sessões planeadas proporcionaram uma melhor e maior comunicação no seio da família transformando-se em momentos de satisfação recíproca.

Algumas vezes, a associação de terapias farmacológicas com terapias de estimulação poderão funcionar como redutoras do comportamento perturbador e consequentemente diminuir os episódios de urgência, provocados pelas comorbilidades, neste caso, da desnutrição. Segundo Azermair *et al.* e, de acordo com as orientações clínicas internacionais, as intervenções não farmacológicas devem ser a estratégia de tratamento de primeira escolha para os sintomas psicológicos e comportamentais da demência².

5. CONCLUSÃO

De acordo com a complexidade do processo de adoecer e de tudo que envolve as pessoas mais velhas com processos demenciais, a intervenção nesta faixa etária terá de ser multifacetada e contemplar a intervenção dos vários quadros de referência profissionais. A flexibilidade e apetência profissional para agilizar as diferentes fases permitiu o sucesso da intervenção nutricional. Com a avaliação e intervenção da equipa multidisciplinar foi estabilizada e compensada a situação clínica que deu origem à emergência médica. Prioritariamente foram atendidos os aspectos relacionados com o desequilíbrio hidro-eletrolítico e infecioso. Planearam-se

intervenções de suporte analgésico, cognitivo, nutricional, social e familiar. Produziram-se ganhos em saúde. Interveio-se a coberto da afetividade e da aprovação familiar, visando a sua contribuição após a alta.

6. REFERÊNCIAS

1. Gutzmann, H. (2013). The health care situation of the mentally ill elderly in Germany. *Geriatric Mental Health Care*, 1(1), 20-25.
2. Azermi, M., et al. (2013). Management of behavioural and psychological symptoms of dementia: Belgium, Greece, Italy, United Kingdom. *European Geriatric Medicine* (0).
3. Ferri, C. P., et al. (2005). Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet*, 366 (9503), 2112-2117.
4. Petrovic, M., et al. (2007). Clustering of behavioural and psychological symptoms in dementia (BPSD): a European Alzheimer's disease consortium (EADC) study. *Acta Clin Belg*, 62(6), 426-432.
5. Aalten, P., et al. (2007). Neuropsychiatric Syndromes in Dementia. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 24(6), 457-463.
6. Finkel, S. I., et al. (2002). Behavioral and psychological symptoms of dementia. Assisting the caregiver and managing the patient. *Geriatrics*, 57(11), 44-46.
7. Anand, A., MacLullich, A. M. J. (2013). Delirium in hospitalized older adults. *Medicine*, 41(1), 39-42.
8. McCrow, J., Beattie, E., Sullivan, K., Fick, D. M. (2013). Development and review of vignettes representing older people with cognitive impairment. *Geriatric Nursing* (0).
9. Hewer, W., Drach, L. M., Thomas, C. (2009). Das Delir beim alten Menschen. *Der Neurologe und Psychiater*, 10, 47-54.
10. Scarmeas, N., et al. (2007). Disruptive behaviour as a predictor in Alzheimer disease. *Arch Neurol*, 64 (12), 1755-1761.
11. Vellas, B., et al. (2009). Characteristics of Alzheimer's disease patients with a rapid weight loss during a six-year follow-up. *Clinical Nutrition*, 28, 141-146.
12. Vellas, B., et al. (2005). Different modes of weight loss in Alzheimer disease: a prospective study of 395 patients. *American Journal of Clinical Nutrition*, 82, 435-41.
13. Barrett-Connor et. al. (1996). Weight loss precedes dementia in community-dwelling older adults. *Journal American Geriatric Society*, 44, 1147-52.

14. David K., *et al.* (2006). Accelerated weight loss may precede diagnosis in Alzheimer disease. *Archives of Neurology*, 63(Sep), 1312-17.
15. Greenwood C., *et al.* (2005). Behavioural disturbances, not cognitive deterioration, are associated with altered food selection in seniors with Alzheimer disease. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 60A(4), 499-505.
16. Ikeda M., *et al.* (2002). Changes in appetite, food preference, and eating habits in frontotemporal dementia and Alzheimer disease. *Journal of Neurology and Neurosurgery Psychiatry*, 73, 371-376.
17. Dumont C., *et al.* (2005). Predictive factors for rapid loss on the mini-mental state examination in Alzheimer's disease. *Journal of Nutrition Health and Aging*, 9(3), 163 -167.
18. Vellas B., *et al.* (2007). The Mini Nutritional Assessment (MNA) after 20 years of research and clinical practice. *Review in Clinical Gerontology*, 293-310.
19. Vellas B., *et al.* (2004). Improvement of weight and fat-free mass with oral nutritional supplementation in patients with Alzheimer's disease at risk of malnutrition: A prospective randomised study. *Journal American Geriatrics Society*, 52:1702-1707.
20. Spaccavento S., *et al.* (2009). Influence of nutritional status on cognitive, functional and neuropsychiatric deficits in Alzheimer's disease. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 48:356-360.

(*) Nutricionista, Mestre em Nutrição Clínica, Doutoranda em Gerontologia e Geriatria UNIFAI-ICBAS-FCNAUP. Exerce atividade profissional no Hospital de Magalhães Lemos E.P.E. Tem por interesse o estado nutricional das pessoas idosas com demência.

(**) Enfermeira Especialista em Saúde Mental. Mestre em Psiquiatria, Doutorada em Ciências Biomédicas. Formadora, Membro da UNIFAI. Exerce atividade profissional no

Serviço de Psicogeriatria no Hospital de Magalhães de Lemos E.P.E. Tem por interesse a saúde mental e física dos cuidadores informais de pessoas idosas com demência.