

Graça Melo
Enfermeira - Mestre em Saúde Comunitária

ALIMENTAÇÃO EM DOENTES DE ALZHEIMER - prevenção da dependência

RESUMO

Neste artigo foram abordados os problemas relacionados com a prevenção da dependência na alimentação, em doentes de Alzheimer, e as orientações para uma intervenção específica, nas seguintes vertentes: alimentação como factor crítico dos cuidados, capacidade funcional, comportamentos associados e ambiente envolvente. Finalmente, é referido o papel essencial do cuidador.

Palavras-Chave: Doença de Alzheimer, alimentação, capacidade funcional, comportamentos, ambiente, cuidador.

INTRODUÇÃO

Na maior parte dos países desenvolvidos a Doença da Alzheimer (DA) é responsável por 70% dos casos de demencial, atingindo três milhões de pessoas na Europa². Com base no censo de 1991 e de acordo com a prevalência europeia, estimou-se que haveria em Portugal cerca de 50 000 doentes de DA e, com base numa projecção para 2010, que haverá, então, 75 000 doentes³. Este incremento fica a dever-se ao número crescente de idosos, uma vez que a demência é um dos problemas de saúde de maior incidência nesse sector etário⁴. É possível que neste momento o número de pessoas com doença de Alzheimer seja bem superior ao previsível, visto que o milhão e meio de pessoas com mais de 65 anos previsto para o ano 2000 já foi atingido em 1997 e vai crescer até 2005⁵.

A DA é uma doença neurológica degenerativa e irreversível, tendo uma evolução progressiva e insidiosa⁶. As manifestações que apoiam o diagnóstico de provável DA, de acordo com a classificação semiológica americana DSM-IV, são os défices cognitivos múltiplos manifestados por diminuição da memória (diminuição da capacidade de aprender nova informação ou de recordar informação previamente aprendida) e duas (ou mais) das seguintes perturbações cognitivas: afasia (perturbação da linguagem); apraxia (diminuição da capacidade para desenvolver actividades motoras apesar de a função motora permanecer intacta); agnosia (incapacidade de reconhecer ou identificar objectos apesar de a função cerebral permanecer intacta); perturbação da capacidade de execução (isto é, planeamento, organização, sequencionamento e abstracção)⁷.

Os défices determinam inicialmente perda de capacidade em realizar de forma independente as actividades instrumentais da vida diária, surgindo progressivamente diminuição da capacidade de realização das actividades de vida diária até à completa dependência.

A alteração do estado nutricional é um traço comum frequentemente observado durante o curso do processo demencial. A perda progressiva associada a uma fusão preferencial da massa gorda é assinalada num grande número destes doentes, particularmente em estádios avançados da doença. Poucos dementes são obesos; a maior parte são magros, mesmos caquéticos. Esta deterioração do estado nutricional agrava o estado de saúde destes doentes, pois tornam-se mais frágeis, menos resistentes às infecções e menos independentes e autónomos e aumenta o encargo de quem os acompanha⁸.

1. A alimentação: elemento crítico nos cuidados

Paralelamente ao declínio cognitivo nos indivíduos com DA ocorre o declínio da capacidade em efectuar as Actividades de Vida Diária (AVDs).

A progressão da deterioração intelectual diminui a capacidade para efectuar as actividades de autocuidado. Habitualmente esta evolução tem início em actividades que requerem maior capacidade intelectual, como gerir dinheiro ou conduzir, progredindo para as actividades mais básicas como a higiene e a alimentação⁹.

Para se alimentar, o doente tem que ser capaz de se concentrar, comunicar e desempenhar as actividades necessárias para concretizar as tarefas. Nos estádios iniciais as alterações da memória, julgamento pobre e apraxia predis põem o doente a ter dificuldades em manter a independência na alimentação; nos estádios tardios da doença são as condições neuromusculares e comportamentais que causam mais dificuldades.

A avaliação das alterações na capacidade funcional fornece informação essencial para a área assistencial (planear actividades que previnam a perda de função ou mantenham a capacidade de autocuidado) e para a investigação como forma de monitorizar a progressão da doença. Para os doentes e seus cuidadores, o declínio funcional pode ser um aspecto problemático da DA dado que a perda de capacidade para realizar as AVDs aumenta a necessidade de cuidados.

Para as enfermeiras e cuidadores é especialmente importante a avaliação da capacidade de execução das AVDs. Nos cuidados domiciliários, a avaliação da capacidade funcional, por observação directa, durante a alimentação, higiene, vestir, arranjo pessoal, eliminação, transferência e deslocação fornece a informação necessária para a manutenção das actividades de autocuidado. As enfermeiras efectuam constantemente avaliações do estado funcional, noticiando se o doente não consegue utilizar o garfo ou tem dificuldade na marcha; no entanto, é pouco frequente nos cuidados assistenciais as enfermeiras avaliarem de forma sistemática a capacidade de os doentes executarem as AVDs, tendo por referência o estado funcional basal, dado que a recuperação de uma incapacidade está relacionada com o nível de capacidade prévio.

A avaliação funcional das pessoas com DA, em termos de desempenho nas AVDs, é um elemento crítico dos cuidados. A importância de compreender a relação entre o comportamento, a cognição e AVDs tem sido enfatizada na literatura ^{9, 10} como a forma de ajudar os profissionais e os familiares a planearem as necessidades futuras da pessoa afectada.

A alimentação, um factor crítico para o bem-estar geral

A perda de peso é um problema frequentemente observado nas pessoas que apresentam DA. Já foi descrita por Alöis Alzheimer, em 1910, como uma diminuição lenta e regular ¹². Durante muito tempo este facto foi esquecido e não tratado, mas, nos últimos anos, muitos trabalhos se dedicaram a este problema. A perda de peso significativa é duas vezes mais frequente nas pessoas que sofrem de DA que nos idosos sem demência^{13, 14, 15}. Alguns autores têm demonstrado que a perda de peso afecta os doentes desde as primeiras fases da doença, ^{12, 13} abrangendo quarenta por cento dos doentes desde o início da doença, institucionalizados ou não. ¹⁵

Este acontecimento conduz a um progressivo processo de desnutrição que está associado ao aumento da morbilidade (alteração do sistema imunitário, diminuição da produção de eritrócitos, diminuição de síntese de proteínas, favorecendo o aparecimento de infecções, anemia, úlceras de pressão, traumatismos por quedas e o aumento da dependência por falta de energia para executar outras actividades de vida diária), que aumentam o "fardo" da doença e a mortalidade ^{15, 16}. São referidas relações estreitas entre a perda de peso, duração da evolução e da severidade da demência, o que sugere que a perda de peso se agrava com a evolução da demência e que pode conduzir, numa fase avançada do processo demencial, a um estado de caquexia.¹⁷

Muitos factores podem intervir no curso da doença e reforçar a perda de peso e diminuir os aportes alimentares. Entre os mais importantes citaremos: a perda de autonomia nas actividades de vida diária, agravamento rápido das funções cognitivas, as alterações do comportamento alimentar, as patologias intercorrentes (infecções respiratórias e urinárias que originam hipercatabolismo) e anorexia¹⁶ e diminuição da capacidade de apreciar as qualidades hedónicas dos alimentos. Podendo considerar estes como fundamentais, alguns investigadores realçam que outros factores podem também alterar o equilíbrio energético, como a disponibilidade de alimentos, a agitação, o stress, a deambulação incessante, a actividade física^{8, 18}, as preferências alimentares¹⁹, incapacidade de comer alimentos suficientes e falta de adequada assistência na alimentação²⁰. A memória dos odores alimentares pode estar diminuída influenciando na motivação para a ingestão de alimentos²¹. Igualmente, diversas perturbações endócrinas foram invocadas sem dados verdadeiramente probatórios, no entanto, é referido que em alguns portadores da doença de Alzheimer foi detectada uma diminuição da secreção do neuropéptido Y, o que justificaria a anorexia que se encontra frequentemente nestes doentes na fase final da evolução da doença⁸. Na falta de dados fisiopatológicos precisos, impõe-se uma vigilância especial no acompanhamento nutricional e uma intervenção diferenciada ao nível da alimentação.

No entanto, a desnutrição não é necessariamente consequência do avanço da demência. Um estado nutricional satisfatório pode ser mantido por ajustamento da ingestão à energia dispendida, com assistência adequada durante as refeições no sentido de manter durante o máximo tempo possível a capacidade funcional e minimizar comportamentos disruptivos, e ainda, com treino específico do cuidador para alimentar quando surge compromisso da deglutição ou recusa alimentar, sem recurso à utilização da alimentação por via invasiva.

1.1. Capacidade funcional na alimentação

A avaliação funcional é um método de descrever as competências e limitações a fim de medir o uso individual de variadas capacidades que incluem o desempenho das tarefas necessárias à vida diária e tem como objectivo determinar o estado físico funcional, documentar as necessidades de intervenções e serviços, traçar um plano de tratamento e avaliar e monitorizar os resultados.

Em contraste com muitas condições de incapacidade, o maior problema não é a capacidade física de realizar a tarefa, mas a necessidade de supervisão ou de orientação na tarefa. No entanto, esta forma de ajudar requer mais tempo e habilidade dos cuidadores, do que estes executarem as tarefas por eles próprios. Alimentar uma pessoa dependente torna-se muitas vezes um gesto mecânico e repetitivo que se executa rapidamente e termina bruscamente. O prazer associado ao acto de comer está totalmente ausente. Nestes casos, o doente não tem mais de 10 a 15 minutos para as refeições, o que é nitidamente grave e representa uma agressão, e, pelo menos, deveriam ter 30 minutos, para comer com tranquilidade.

Os estudos efectuados por Norbeg e Athlin²², os primeiros a estudar as dificuldades das pessoas demenciadas na alimentação, reportam os problemas na alimentação dos dementes na Suécia, referiram que nas instituições de internamento prolongado, a demência era a maior causa de dependência na alimentação. Cerca de 40% dos dementes internados dependiam na alimentação, ao invés, os não dementes dependentes eram apenas 2%.

Alimentar-se é uma actividade complexa que requer atenção, iniciação, conceptualização, capacidade visuo-espacial e de planeamento²³. A deterioração cognitiva que ocorre na DA afecta todos os aspectos das

AVDs, todavia na área da alimentação diariamente surge exemplos da perda cognitiva. A perda de capacidades intelectuais que incluem diminuição da capacidade de atenção (sendo frequente encontrar doentes com um tempo de atenção igual ou inferior 1 minuto), de julgamento, compromisso das competências do raciocínio e lógica, falta de capacidade para planear e organizar tarefas complexas comprometem a independência na alimentação²⁴. As alterações da visão espacial, a dificuldade em localizar os alimentos, a baixa capacidade de atenção e de concentração aliada a agitação nas horas da refeição perturbam a capacidade para iniciar ou efectuar uma refeição completa. Frequentemente verificamos que se esquece que é tempo de comer ou não reconhece o sinal de fome ou, ainda, que não reconhece os alimentos.

A capacidade para a realização das AVDs pode estar alterada pela perturbação das capacidades de processamento visuoespacial, como são as relações espaciais e de contraste, detecção de movimento e discriminação do fundo/figuras. A ausência de alterações da função espacial é um pré requisito para uma eficiente utilização dos utensílios num ambiente dinâmico. Além deste aspecto, o domínio cognitivo que mostra maior relação com os scores médios das AVDs e scores das capacidades de autocuidado nas AVDs é a memória semântica - conhecimento relativo ao significado da palavra e objecto⁹.

O desempenho funcional tem uma forte correlação com a função executiva/atenção. Estas pessoas têm diminuição da capacidade de atenção e concentração e distraem-se com qualquer estímulo, interrompendo a refeição ou mesmo abandonando o local sem terminar a refeição, quer com o ruído, quer com actividades que aconteçam em simultâneo ou perante escolhas que tenham de efectuar, tendo muita dificuldade em se manterem focalizados na tarefa de se alimentarem. Algumas vezes não conseguem iniciar a refeição perante um prato com diferentes alimentos, porque têm dificuldade em escolher. Neste caso, e se a orientação verbal ou gestual não for eficaz, é necessário diminuir a escolha colocando um alimento de cada vez.

Frequentemente a agnosia visual manifesta-se no facto de a pessoa não comer porque é incapaz de reconhecer os alimentos; bem como não utilizar os utensílios porque não sabe o que fazer com eles, mas respondem correctamente quando o cuidador orienta verbalmente ou imita o gesto. A apraxia pode surgir desde o estágio inicial. Os doentes podem ter necessidade de ajuda de mão-na-mão para iniciar ou completar as tarefas. Por exemplo, o talher deve ser colocado na mão e se o doente não inicia o procedimento, o cuidador deverá com a sua mão-na-mão guiar o movimento. Quando a acção está a decorrer, o cuidador pode retirar a sua mão e orientar dando uma ordem verbal. A perda da capacidade para utilizar utensílios surge em consequência de alteração cognitiva e alteração motora. Quando sentado à mesa para comer, pode ter dificuldade em reconhecer os utensílios e lembrar-se como usá-los. O doente com apraxia pode não conseguir efectuar os movimentos necessários para comer, como por exemplo encher a colher no prato e conduzi-la à boca e poderá ser mais fácil utilizar os dedos. Nestas situações é importante que o doente tenha a possibilidade de o fazer para se alimentar de forma independente. Frequentemente não reconhecem quando é que terminam de comer. A pessoa esquece-se que está a comer e abandona a refeição antes de a terminar. Quando a apraxia se agrava, os pacientes progressivamente deixam de se alimentar a si próprios e requerem ajuda de outros. Numa fase mais avançada, os reflexos primitivos podem interferir com o acto de comer, provocando a sucção da colher, progredindo para a dificuldade em mastigar e deglutir podendo a pessoa engasgar-se com alimentos líquidos ou sólidos e há risco de aspiração.

A orientação verbal, utilizando frases curtas e simples, ou não verbal são fundamentais para a realização das tarefas nas pessoas dementes. Está documentado que quando surge compromisso da linguagem verbal, a utilização da linguagem não verbal e mesmo da pantomina, do toque e contacto do olhar podem ser estratégias e constituir elementos eficazes na comunicação com a pessoa demente durante as refeições^{25, 26}. Os doentes poderão terminar a refeição muito rapidamente ou muito lentamente, havendo uma correlação inversa entre a capacidade funcional e a duração da refeição²³.

Quando a apraxia se agrava, os pacientes progressivamente deixam de se alimentar a si próprios e requerem ajuda de outros. Numa fase mais avançada, os reflexos primitivos podem interferir com o acto de comer, provocando a sucção da colher, progredindo para a dificuldade em mastigar e deglutir, podendo a pessoa engasgar-se com alimentos líquidos ou sólidos com risco de aspiração pulmonar. Um estado nutricional satisfatório pode ser mantido por ajustamento da ingestão à energia dispendida, às dificuldades em se alimentar, modificando a consistência dos alimentos de acordo com a necessidade, utilizando as formas de confecção e condimentos do agrado do doente e ensinando ao cuidador técnicas de alimentação assistida (quer para doentes com perturbação da mastigação e ou deglutição, quer para doentes com recusa alimentar). Desta forma, a utilização da alimentação por via invasiva poderá ser um acontecimento raro.

1.2. Comportamentos associados à alimentação

Alterações de hábitos na alimentação são factos muito frequentes nos doentes de Alzheimer. Os menos dementes exibem apenas alterações mínimas nos hábitos alimentares, especialmente relacionadas com as regras sociais da alimentação em que os modos, aceites socialmente, de estar à mesa se deterioram.

A resistência em se alimentar manifestada por recusa verbal, voltar a cara à colher, empurrar os alimentos ou o cuidador, tapar a boca, cuspir os alimentos e recusa em ir para o local onde é habitualmente alimentado podem ser consequência de vários factores como a anorexia, o não reconhecimento da fome, resistência aos cuidados ou não interpretação correcta da situação ou ainda, sinal de depressão.

Em consequência de juízo crítico pobre e alteração do raciocínio e pensamento lógico, estes doentes podem comer produtos não comestíveis, beber líquidos perigosos ou serem incapazes de distinguir alimentos que se encontrem impróprios para comer.

A apraxia e a agnosia determinam que os doentes por vezes tenham que ser mimados para comer, misturem e brinquem com os alimentos e falem continuamente durante as refeições de modo que não comem.

Os cuidadores frequentemente afirmam que observam nos seus familiares aumento da preferência por alimentos doces e que por vezes são forçados a restringir o acesso aos doces e açúcar. A descrição das preferências alimentares é matéria pouco referida na literatura e alguns investigadores^{19, 27, 28} avaliaram as preferências alimentares a partir de depoimentos dos cuidadores e concluíram que os doentes de Alzheimer preferem os alimentos doces; este facto é acompanhado de aumento do apetite, mas não com aumento do peso. ¹⁹ Verifica-se em alguns doentes a preferência/selecção de um grupo alimentar e a recusa de outros ou apenas a ingestão de alimentos líquidos.

Os doentes agitados, frequentemente por estímulos exteriores, que interrompem a refeição para deambular não conseguem estar sentados mais que alguns minutos. Continuamente iniciam e param de comer, requerendo muito esforço do cuidador para o fazer tomar uma refeição completa. Estes doentes, que deambulam constantemente, estão exaustos na hora da refeição

podendo ser esta a razão da falta de apetite; por outro lado, a agitação pode estar associada à refeição como consequência da simultaneidade de estímulos visuais, acústicos (actividade inerente à refeição) e olfactivos, que a diminuição de capacidades dificulta a interpretação. A deterioração extensa dos lobos parietal, temporal e occipital provoca alterações no input sensorial, resultando em percepções distorcidas do ambiente envolvente, admitindo-se deste modo que, muitos dos comportamentos anormais observados são respostas às suas percepções.

1.3. Ambiente durante a refeição

Os factores ambientais estão ligados aos cuidados e dependem fundamentalmente das pessoas que os prestam. O ambiente durante a refeição tem influência na independência funcional e na motivação do doente em se alimentar, podendo constituir um factor positivo/negativo na manutenção do estado nutricional satisfatório.

Sendo a distração uma característica, é importante manter no local o nível de ruído de fundo baixo, evitar interrupções durante as refeições e o cuidador estar atento às necessidades do doente. A iluminação adequada deverá estar assegurada dado que a eventual existência de dificuldade discriminação do fundo - figura e percepção do contraste da cor será agravada num ambiente em penumbra ou com luz que provoque encandeamento. O posicionamento deverá ser facilitador da tarefa pelo que o doente, a refeição e a superfície de apoio devem estar posicionadas correctamente, ou seja em frente e perto da pessoa.

O sucesso de uma refeição completa depende em boa parte da qualidade da relação do cuidador com o doente. A partilha da refeição, o toque, o tom afável da fala, o sorriso e o posicionamento do cuidador face a face com o doente promovem a interacção e favorecem a ingestão.

A dificuldade em reconhecer e utilizar adequadamente os utensílios faz com que os doentes utilizem as mãos para comer, o que constitui ainda uma forma de autonomia e fonte de prazer que não deve ser coartada. A adaptação dos utensílios e da forma de apresentação dos alimentos permite evitar a dependência.

O tempo para a execução da tarefa deve respeitar o ritmo do doente e este não deve ser apressado ou substituído na tarefa, que conduz frequentemente ao insucesso de uma refeição e, se ocorre sistematicamente, à perda de independência.

2. O cuidador: elemento chave

Nos Estados Unidos cerca de três quartos dos doentes permanecem em casa e são cuidados pelos seus familiares.²⁹ O cuidador é tradicionalmente uma mulher. Com maior frequência é uma filha ou a esposa e com menor frequência é um filho ou o marido.³⁰

Cuidar é o acto de assistir alguém quando este necessita. É uma actividade complexa, com dimensões éticas, psicológicas, sociais e culturais. O acto de cuidar de alguém, embora nobre, reveste-se de um risco de desenvolvimento de doença física ou mental para o cuidador, e é para este que são destinadas as maiores responsabilidades, principalmente diante do pequeno apoio social que dispõe no nosso país. O construto do encargo do cuidador da pessoa com incapacidade tem sido desenvolvido em torno das consequências financeiras, físicas e emocionais. Em se tratando de pessoas com demência os problemas de saúde são mais graves. Vários estudos encontraram índices mais elevados de ansiedade e depressão nos cuidadores de dementes comparados com controlos, cuidadores de não dementes, emparelhados para a idade e sexo. ^{29, 30, 31} A perturbação cognitiva, a incapacidade funcional e as alterações do comportamento requerem da parte do cuidador constante supervisão ou melhor um estado de

hipervigilância permanente, o que poderá explicar o aumento do encargo nestes cuidadores.

Recentemente reconheceu-se que o cuidador tem importância e influência no curso da doença, particularmente na frequência e gravidade dos problemas comportamentais e deterioração das capacidades funcionais. A sobrecarga de tempo do cuidador poderá constituir um factor que potencie deteriorações funcionais e mentais nos doentes quando os primeiros optarem por poupar o seu tempo ao efectuarem eles, ou ao ajudarem desnecessariamente, determinadas tarefas para as quais os segundos manifestem dificuldade.³²

O progressivo declínio da capacidade para realizar as actividades de vida diária cria grandes problemas ao cuidador. A institucionalização acontece quando os cuidadores não conseguem lidar com a deterioração funcional e as alterações comportamentais. Alguns estudos têm focado a atenção na assistência aos cuidadores para lidarem com a dependência nas AVDs e as alterações comportamentais, desenvolvendo intervenções para melhorar ou otimizar a capacidade do autocuidado ou proporcionar ao cuidador um suporte informativo e de habilidades técnicas que contribuam para reduzir o peso de cuidar e previnam ou atrasem a institucionalização do doente. A educação do cuidador é a chave para melhorar o bem-estar destes e dos doentes.

A formação de cuidadores informais é ainda uma experiência incipiente em Portugal, mas começa a ser uma realidade que deve ser ampliada.

CONCLUSÃO

Nas pessoas que sofrem de Doença de Alzheimer há elevada prevalência de desnutrição, que pode surgir bastante precocemente e agravar a situação de saúde, favorecendo o aparecimento de complicações de intercorrentes e potenciando a deterioração da capacidade em desempenhar as AVDs de forma independente. Como referimos, a desnutrição tem implicações graves na qualidade de vida das pessoas demenciadas e dos próprios cuidadores, ao aumentar, nestes, o encargo de cuidar.

Ficou patente que a abordagem global da actividade de vida diária "Alimentação" em doentes de Alzheimer deverá incluir: capacidade funcional para o desempenho da tarefa, comportamentos que se manifestam durante a refeição e aspectos relacionados com o ambiente físico e afectivo que envolvem a refeição. Finalmente, importa sublinhar a importância de avaliar e intervir junto dos cuidadores, visto que a desnutrição do doente está, também, fortemente relacionada com a depressão e alterações nutricionais do próprio cuidador.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

7 American Psychiatric Association. DSM-IV: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. Ed. João Cabral Fernandes. 4ª ed. Lisboa: Climepsi 1996; 145-148.

17 Berlinger W, Potter J. Low body mass index in demented outpatients. Journal American Geriatric Society 1991; 39: 973-978.

32 Botelho MA. Resumo e comentário do artigo de Zanetti O, Geroldi C, Frisconi GB et al. Contrasting results between caregiver's report and assessment of activities of daily living in patients affected by mild and very mild dementia: the contribution of the caregiver's personal characteristics. [JAGS 1999; 47: 196- 202]. Actualização em Geriatria 2000; 2- 2: 11- 12.

6 Bocker P. Maladie d'Alzheimer: maladie Physique, maladie de la personne. Révue de l'infirmière 1995 ; 17 : 20-22

- 26 Burgener S, Bakas T, Dunahee J, Tossey S. Effective Caregiving Approaches for Patients with Alzheimer's Disease. *Geriatric Nursing* 1997; 19-3: 121-126.
- 31 Chang B. Cognitive-Behaviour Intervention for Homebound Caregivers of Persons with dementia. *Nursing Research* 1999; 48-3:173-182.
- 28 Cullen P, Abid F, Patel A et al. Eating Disorders in Dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatric* 1997; 12: 559-567.
- 29 Dunkin J e Anderson-Hanley C. Dementia caregiver burden: a review of the literature and guidelines for assessment and intervention. *Neurology* 1998; 51(Suppl1): S53-S60.
- 20 Durnbaugh T, Haley B, Roberts S. Assessing Problem Feeding Behaviours in Mild-stage Alzheimer's Disease. *Geriatric Nursing* 1996; 17: 63-67.
- 2 European Comission Direction. General V, Employment, Industrial Relations and Social Affairs Public Health and Safety at Work - Nutrição, doença de Alzheimer e promoção da saúde. *Geriatrics* 1999; 115: 5-14.
- 8 Ferry M, Alix E, Bocker P, et. al. . A Nutrição da pessoa idosa - Aspectos fundamentais, clínicos e psicossociais. Loures: Lusociência 2004.
- 24 Finley B. Nutritional needs of the person with Alzheimer's disease: Practical approaches to quality care. *Journal of the American Dietetic Association*. 1997; 10: S177-S180.
- 16 Franzoni S, Frissoni G, Boffelli S et al. Good Nutritional Oral Intake is Associated with Equal Survival in Demented and Nodemented Very Old Patients. *Journal American Geriatric Society* 1996; 44: 1366- 1370
- 3 Garcia C, Costa C, Guerreiro M et al. Estimativa da Prevalência da demência e da Doença de Alzheimer em Portugal. *Acta Médica Portuguesa* 1994; 7: 487-491.
- 4 Garcia C. Doença de Alzheimer. *Mundo Médico* 2000; Jan-Fev: 20-21
- 1 Geldmacher D e Whitehouse P. Evaluation of Dementia. *New England Journal of Medicine* 1996; 335: 330-336
- 10 Green C, Mohs R, Schmeidler J. et al. Functional Decline in Alzheimer's disease: A longitudinal Study. *Journal American Geriatric Society* 1997; 41:654-661.
- 12 Guyonnet S, Nourhashemi F, Ousset P et al. La perte de poids chez les sujets présentant une démence de type Alzheimer. *Revue Médecine Interne* 1997; 18:776-785.
- 15 Guyonnet S, Nourhashemi F, Ousset P et al. Maladie d'Alzheimer et nutrition. *Revue de Neurologie* 1999; 155: 343-349
- Ham R J. Evolving Standards in Patients and Caregiver Support. *Alzheimer Disease and Associated Disorders* 1999; 13-S2: S27-S35.
- 30 Hardwood D, Barker W, Cantillon M et al. Depressive Symptomatology in first-degree Family Caregivers of Alzheimer Disease Patients: A Cross-Ethnic Comparison. *Alzheimer Disease and Associated Disorders* 1998; 12: 340-346.
- 25 Kelly M. Social Interaction Among People with Dementia. *Journal of Gerontological Nursing* 1997; 4: 16-20.
- 21 Lauzon S. e Adam E. La personne âgée et ses besoins. Québec: Renouveau Pédagogique 1996; 529-577
- 5 Leitão O. Números à volta do envelhecimento e da demência. *Geriatrics* 1999; 12: 5-11.
- 27 Morris C, Hope R, Fairburn C. Eating Habits in Dementia: a descriptive study. *British Journal of Psychiatry* 1989; 154: 801-806.
- 19 Mungas D, Cooper J, Weiler P et al. Dietary Preference for Sweet Foods in Patients with Dementia. *Journal American Geriatric Society* 1990; 38: 999-1007.
- 22 Norbeg A e Athlin E - Eating Problems in Severely Demented Patients. *Nursing Clinics of North America* 1989; 3: 781-789

9 Perry J e Hodges J. Relationship Between Functional and Neuropsychological Performance in Early Alzheimer Disease. *Alzheimer Disease and Associated Disorders* 2000; 14: 1-10.

23 Tully M, Matrakas K, Muir J et al. The Eating Behavior Scale: a simple method of assessing functional ability in patients with Alzheimer's disease. *Journal of Gerontological Nursing* 1997; 9: 9-15.

18 Volicer L e Hurley A. Physical Status and Complications with Alzheimer Disease: Implications for Outcomes Studies. *Alzheimer Disease and Associated Disorders* 1997; 6: 60-67.

13 White H, Pieper C, Schmader K, Fillenbaum G - Weight Change in Alzheimer's Disease. *Journal American Geriatric Society* 1996; 44: 265-272.