

UNIVERSIDADE SANTO AMARO
Curso de Nutrição

Thais Pinho Navarro Ernesto

**DISFAGIA: ASPECTOS NUTRICIONAIS NA DOENÇA DE
ALZHEIMER**

São Paulo
2022

Thais Pinho Navarro Ernesto

**DISFAGIA: ASPECTOS NUTRICIONAIS NA DOENÇA DE
ALZHEIMER**

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado ao Curso de Nutrição da Universidade de Santo Amaro – Unisa, como requisito parcial para obtenção do título Bacharel em Nutrição, sob a orientação da Profª Clara Rodrigues.

São Paulo

2022

E66d Ernesto, Thais Pinho Navarro.

Disfagia: aspectos nutricionais na doença do Alzheimer / Thais Pinho Navarro Ernesto. — São Paulo, 2022.

41 p.: il., color.

Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Nutrição) — Universidade Santo Amaro, 2022.

Orientadora: Prof.^a Me.^a Clara Rodrigues.

Coorientadora: Prof.^a Me.^a Dr.^a Ingridy Carolinne Costa Campos.

Coorientadora: Prof.^a Me.^a Dr.^a Marcela Maria Pandolfi.

1. Doença do Alzheimer. 2. Disfagia. 3. Espessante alimentar.
I. Rodrigues, Clara, orient. II. Campos, Ingridy Carolinne Costa, coorient. III. Pandolfi, Marcela Maria, coorient. IV. Universidade Santo Amaro. V. Título.

Thais Pinho Navarro Ernesto

**DISFAGIA: ASPECTOS NUTRICIONAIS NA DOENÇA DO
ALZHEIMER**

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado ao Curso de Nutrição da Universidade de Santo Amaro – Unisa, como requisito parcial para obtenção do título Bacharel em Nutrição, sob a orientação da Profª Clara Rodrigues.

São Paulo, 14 de junho de 2022

Banca Examinadora

Profª. Clara Rodrigues

Profª. Marcela Maria Pandolfi

Profª. Ingrid Carolinne Costa Campos

Conceito Final: _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho de conclusão de curso a todos que contribuíram e me auxiliaram no meu desenvolvimento e na minha trajetória até aqui. Aos professores que fizeram parte da minha formação. A prof.^a Clara Rodrigues pela orientação segura e aos meus pais por todo apoio e ajuda.

“A alimentação precisa ser prazerosa não apenas no sabor, mas também na segurança em se alimentar!”

- Victor Fonseca

RESUMO

Introdução: A Doença de Alzheimer é enfermidade neurodegenerativa progressiva e que se manifesta através da deterioração da função cognitiva e da memória de curto prazo, dentre os sintomas, o comprometimento da função motora oral com disfunção do processo de deglutição. Afetando assim, o estado nutricional do portador da doença, levando a complicações mais graves e prejudicando o sistema imunológico e respiratório, podendo levar o paciente à óbito. **Objetivo:** Avaliar as alterações no processo de deglutição em paciente com Doença de Alzheimer e disfagia, propondo refeições atrativas. **Metodologia:** Revisão narrativa da literatura através de banco e bases de *Pubmed*, *Scielo*, *Lilacs* e *Medline*, utilizando as palavras chaves, idiomas português e inglês: “disfagia”, “espessante”, “dieta”, “doença de Alzheimer”, “deglutição”, “desnutrição”, com delimitação temporal dos artigos entre 2009 a 2022. **Desenvolvimento:** As pesquisas enfatizam o planejamento nutricional com elaboração de programa terapêutico de reabilitação, bem como o acompanhamento da aceitação das dietas modificadas, sendo assim, o uso de espessantes alimentares, modificação da dieta, bem como adequação dos hábitos alimentares e estilo de vida, melhoram e recuperam o estado nutricional. **Conclusão:** As pessoas portadoras de disfagia, tem seu estado nutricional comprometido de forma drástica, porém, com adaptações na consistência dos alimentos e seguimento de orientações da equipe multidisciplinar e principalmente do nutricionista, conseguem minimizar os efeitos causados pela doença e pelas circunstâncias, evitando a desnutrição e a desidratação, e por fim, melhorando a qualidade de vida.

Palavras-chave: Disfagia, Espessante, Dieta Doença de Alzheimer, Deglutição, Desnutrição.

ABSTRACT

Introduction: Alzheimer's disease is a progressive neurodegenerative disease that manifests itself through the deterioration of cognitive function and short-term memory, among the symptoms, the impairment of oral motor function with dysfunction of the swallowing process. Thus affecting the nutritional status of the carrier of the disease, leading to more serious complications and harming the immune and respiratory system, which can lead the patient to death. **Objective:** To evaluate changes in the swallowing process in a patient with Alzheimer's disease and dysphagia, proposing attractive meals. **Methodology:** Narrative review of the literature using Pubmed, Scielo, Lilacs and Medline databases, using the keywords, Portuguese and English: "dysphagia", "thickening", "diet", "Alzheimer's disease", "swallowing", "malnutrition", with temporal delimitation of the articles between 2009 and 2022. **Development:** Research emphasizes nutritional planning with the elaboration of a therapeutic rehabilitation program, as well as monitoring the acceptance of modified diets, thus, the use of food thickeners, diet modification, as well as adaptation of eating habits and lifestyle, improve and restore nutritional status. **Conclusion:** People with dysphagia have their nutritional status drastically compromised, however, with adaptations in food consistency and following the guidelines of the multidisciplinary team and especially the nutritionist, they manage to minimize the effects caused by the disease and circumstances, avoiding malnutrition and dehydration, and finally, improving the quality of life.

Keywords: Dysphagia, Thickener, Diet, Alzheimer's Disease, Swallowing, Malnutrition

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Fases da Deglutição

FIGURA 2: Fases da Deglutição

FIGURA 3: Tipos de consistência dos Líquidos espessados

FIGURA 4: Espessante caseiro com amido para água

FIGURA 5: Espessante caseiro com fécula de batata para água

FIGURA 6: Espessante caseiro com goma xantana para água

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Espessante caseiro para água com amido ou fécula de batata:

QUADRO 2: Espessante caseiro para água com goma xantana:

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Informação nutricional dos espessantes alimentares comerciais e das preparações líquidas

Tabela 2. Recomendação para espessamento de líquidos finos com espessantes alimentares comerciais.

Sumário

1. INTRODUÇÃO	12
2. OBJETIVOS	14
3. METODOLOGIA.....	15
4. DESENVOLVIMENTO	16
4.1 DEFINIÇÃO CLÍNICA DO ALZHEIMER.....	16
4.2 FISIOPATOLOGIA DA DOENÇA	16
4.3 DEGLUTIÇÃO	18
4.4 DISFAGIA.....	20
4.4.1 CLASSIFICAÇÃO DA DISFAGIA	21
4.4.2 GRAU DE COMPROMETIMENTO DA DISFAGIA.....	21
4.4.3 DISFAGIA NO ALZHEIMER.....	22
5. ASPECTOS PSICOLÓGICOS DO CONSUMO ALIMENTAR.....	23
6. ATUAÇÃO DO NUTRICIONISTA.....	23
6.1 ESTADO NUTRICIONAL	25
6.2 SEGURANÇA ALIMENTAR	Erro! Indicador não definido.
6.3 USO DE ESPESSANTES	27
6.4 ESPESSANTES ALIMENTARES.....	28
6.4.1 ESPESSANTES INDUSTRIALIZADOS.....	29
6.4.2 ESPESSANTES CASEIROS.....	29
6.4.3 HIDRATAÇÃO.....	33
7. ORIENTAÇÕES GERAIS PARA DISFAGIA	33
7.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PREPARAÇÕES LÍQUIDAS E DOS ESPESSANTES ALIMENTARES COMERCIAIS.....	34
8. CONCLUSÃO.....	37
REFERÊNCIAS.....	39

1. INTRODUÇÃO

A doença de Alzheimer (DA) foi diagnosticada pela primeira vez pelo neurologista alemão *Alois Alzheimer*, em 1907, quando publicou o caso de paciente que havia perdido suas faculdades mentais gradualmente em quatro anos, fato que foi evidenciado pela autópsia mostrando anomalias no cérebro (placas emaranhadas neuro fibrilares dentro de amiloide e os neurônios). Desde então, ocorreu rápida proliferação de estudos e investigações sobre a doença. (CORREA, 1996)

O Alzheimer é considerado transtorno neurodegenerativo progressivo e fatal que se manifesta por deterioração cognitiva da memória, comprometimento progressivo das atividades de vida diária e uma variedade de sintomas neuropsiquiátricos e de alterações comportamentais. (FIGUEIREDO, FRANCISCO; FIREMAN, MARCO, 2020)

Os primeiros sintomas apresentados pelos pacientes com DA, são dificuldade de raciocínio, confundem-se facilmente e possuem esquecimentos de fatos recentes. Com a progressão da doença o indivíduo começa a ter dificuldade para realizar algumas atividades diárias como: se vestir, realizar sua própria higienização e alimentar-se. Já quando a doença está nos estágios terminais, o portador perde a capacidade de ser independente, desenvolvendo sintomas psicóticos e apresentando alterações comportamentais. (MOLARI, FRANCIELLE, 2011).

A disfagia neurogênica é a dificuldade de deglutição causada por um transtorno de comprometimento neurológico, doença ou trauma, que afeta a ação muscular responsável pelo transporte do alimento da boca para o estômago. Diante do quadro clínico de Alzheimer está caracterizada pela alteração da movimentação das estruturas orais, reflexo de deglutição retardado, reflexo de tosse enfraquecido e sinais de penetração laríngea como engasgos frequentes. (CARDOSO, MARIA; 2012; pág. 34).

Devido a este quadro, o portador do mal de Alzheimer que tenha disfagia, tem seu estado nutricional afetado de forma drástica, possivelmente por uma provável incapacidade de aceitação, mastigação, deglutição e assimilação dos alimentos. A perda de apetite, o desinteresse pela alimentação e a falta de consciência da importância da nutrição, aumentam os riscos de desidratação e

desnutrição, influenciando no quadro de saúde geral. (TAVARES, THAÍZA; CARVALHO, CECÍLIA; 2012).

De acordo com LOPES, JAQUELINE; et all (2020; pág. 44). Identificar o risco nutricional é o primeiro passo para a assistência e acompanhamento do nutricionista. Cuidar da alimentação dessas pessoas é uma ação muito importante pois não se trata apenas de saúde nutricional do corpo, mas também de uma saúde mental e qualidade de vida. É necessário que os familiares entendam a situação e que ajam sempre com paciência, a fim de proporcionar a melhor qualidade de vida possível à pessoa portadora de Alzheimer.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar as alterações no processo de deglutição em paciente com Doença do Alzheimer e Disfagia, propondo refeições atrativas.

2.2 Objetivos Específicos

- Definir a fisiopatologia da doença do Alzheimer;
- Apresentar as principais características e consequências da disfagia no Alzheimer;
- Demonstrar a importância da atuação do nutricionista frente a essa doença e este sintoma, identificando competências na recuperação da alimentação.

3. METODOLOGIA

Revisão narrativa da literatura que teve como objetivo realizar um levantamento de dados sobre a doença de Alzheimer e as consequências da disfagia em meio à esta doença.

Para a realização do estudo, foram seguidas as seguintes etapas: identificação do tema e formulação da questão de pesquisa, estabelecimento do objetivo da revisão, estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão de artigos, definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados, avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa e interpretação deles.

Foi realizado levantamento nas bases de dados, PUBMED, SCIELO, LILACS e MEDLINE, utilizando as palavras chaves: Disfagia, Doença de Alzheimer, Espessantes alimentares, Dificuldades de deglutição em portadores de Alzheimer, Recuperação nutricional em casos de disfagia, Orientações para pessoas com disfagia, no período de agosto de 2021 a maio de 2022.

Os idiomas utilizados foram português e inglês com delimitação temporal dos artigos entre 2009 a 2022.

4. DESENVOLVIMENTO

4.1 DEFINIÇÃO CLÍNICA DO ALZHEIMER

Aloysius Alzheimer nasceu em 1864, na Baviera, Alemanha. Depois de se tornar financeiramente independente por meio do casamento, pôde se dedicar à pesquisa clínica neuropatológica. Em 1907, Alzheimer, membro do produtivo e criativo grupo capitaneado por Kraepelin (o “pai” da nosologia psiquiátrica), publica um interessante caso de demência pré-senil. (CAIXETA, LEONARDO; 2012; pág. 19).

Segundo Caixeta et all (2012), Alzheimer reconhece a originalidade de sua descoberta ao afirmar que clinicamente, a paciente apresentava um quadro clínico tão diferente que o caso não pôde ser categorizado como qualquer doença conhecida. Ele relata que com 51 anos de idade, uma mulher apresentou ciúmes do marido como primeiro sintoma evidente de sua doença. Logo, uma rápida deterioração progressiva da memória tornou-se aparente, ela não conseguia orientar-se na própria casa, mudava objetos de lugar e os escondia. Algumas vezes, acreditava que alguém queria matá-lá e gritava. No hospital psiquiátrico, estava totalmente desorientada, dizia que não conseguia compreender coisa alguma e nada lhe era familiar. Algumas vezes, estava totalmente delirante, carregando a roupa de cama, chamando seu marido e sua filha e parecia ter alucinações auditivas. Sua capacidade de memória estava profundamente prejudicada. Se alguém lhe mostrava objetos, ela em geral era capaz de nomeá-los corretamente, mas logo depois esquecia tudo. Após quatro anos e meio de doença, a paciente veio a falecer.

4.2 FISIOPATOLOGIA DA DOENÇA

O mal de Alzheimer é uma doença que ataca inicialmente o cérebro, a memória, o raciocínio e a comunicação da pessoa, levando a uma deterioração mental das funções intelectivas, caracterizando assim a demência. Nesse caso, essa demência está ligada a duas categorias de lesões cerebrais. Uma delas

são as grandes placas (placas senis) de uma proteína chamada beta-amiloide intracelular, que tem efeitos tóxicos sobre os neurônios. A outra categoria de danos são os microtúbulos, verdadeiros nós em estruturas essenciais dos neurônios. Eles ficam retorcidos e emaranhados, prejudicando seu funcionamento. (PETRY; 2016).

Segundo Caixeta et all (2012; pág. 26), até por volta de 1968, a DA era considerada uma forma de demência pré-senil rara. A partir da publicação do trabalho seminal de Blessed, Tomlinson e Roth (1968), tornou-se evidente a correlação entre a gravidade da demência da idade avançada e os achados neuropatológicos característicos do Alzheimer. Além disso, foi-se percebendo de maneira gradual que a antiga demência senil e a DA pré-senil partilhavam o mesmo quadro clínico e, como já dito, as mesmas características histopatológicas. Por essa razão, optou-se por aglutinar os dois conceitos em um só, a partir de 1976, com o termo “demência senil do tipo Alzheimer”. A DA migrou, portanto, de um extremo ao outro quando saiu de uma condição em que era considerada doença rara para transformar-se em uma epidemia atualmente, atraindo para si quase todos os diagnósticos que se encaixam em um quadro degenerativo primário a partir de então.

Segundo Caixeta et all (2012; pág. 30-31-32), além do comprometimento da memória, a demência deve apresentar o desenvolvimento de outra perturbação cognitiva, como afasia (diminuição das funções de linguagem), apraxia (prejuízo na capacidade de executar atividades motoras) ou agnosia (dificuldade para reconhecer ou identificar objetos). Os déficits cognitivos devem prejudicar o funcionamento ocupacional e/ ou social e representar um declínio em relação a um nível anteriormente superior de funcionamento. O declínio em geral é de natureza crônica e progressiva. O esquecimento costuma ser o primeiro sintoma, mas pode ser difícil de detectar nos estágios iniciais da doença. Nesses estágios, a memória para eventos recentes apresenta-se mais comprometida do que a memória para eventos remotos. Outras dificuldades cognitivas incluem prejuízo da atenção e concentração. São observadas possíveis perturbações motoras da marcha, levando a quedas.

Segundo Leite et all (2020), de acordo com dados obtidos pela World Health Organization (WHO), cerca de 50 milhões de pessoas vivem com

demência em todo o mundo e o número de pessoas com demência chegará à 82 milhões em 2030 e à 152 milhões em 2050.

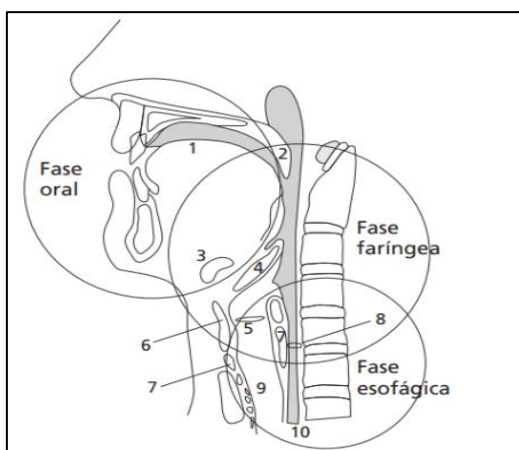
4.3 DEGLUTIÇÃO

De acordo com Cardoso et al (2012; pág. 13-14-15-16), a função de deglutição é vital ao nosso organismo e é resultante de um complexo mecanismo neuro motor, cujo objetivo é o transporte do alimento da boca ao estômago. As funções orgânicas estão relacionadas com a diversificação da faringe, que estabelece duas rotas para a realização das funções de respiração e alimentação. A função posicional é desencadeada por reflexos de proteção orgânica das vias respiratórias, o que favorece o encaminhamento do ar nasal para a glote, resultando na função de respiração. Já a função de alimentação se dá pelo fechamento da via respiratória, para o encaminhamento do alimento para o esôfago, com o funcionamento eficiente das estruturas orofaciais, como válvulas, por meio da constrição muscular e dos movimentos peristálticos. O processo da deglutição pode ser dividido em quatro etapas sucessivas, dependendo da localização do alimento na cavidade oral (Figuras 1 e 2). São elas:

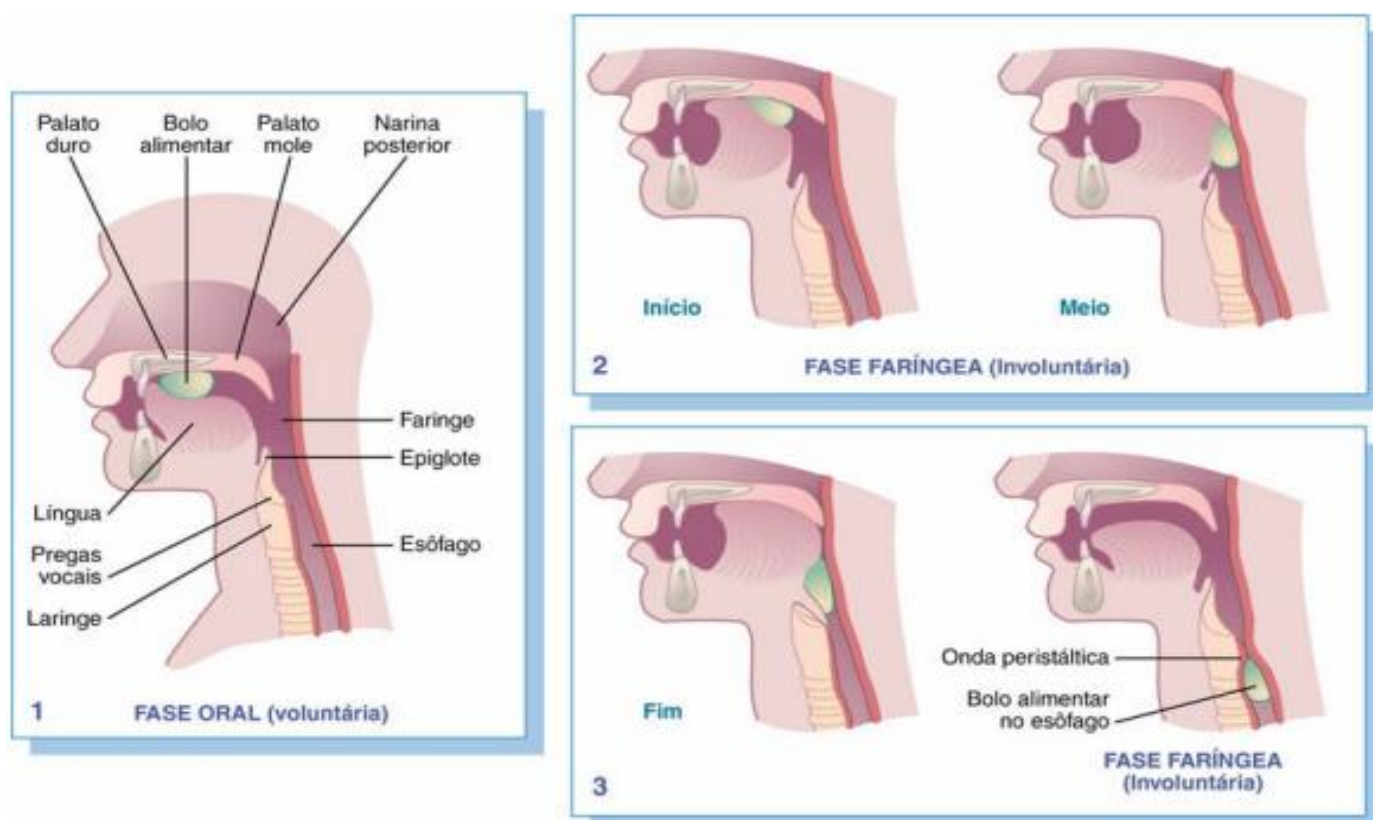
- Fase antecipatória: Caracterizada por ser voluntária, é iniciada pela vontade e pelo prazer em se alimentar. Nesta etapa estão envolvidas a escolha e as características do alimento, como cor, temperatura e odor, o que facilitará o recebimento do alimento pela boca, por meio do estabelecimento do ritmo a ser utilizado (a velocidade do processo da deglutição) e a quantidade da ingestão (do seu volume):
- Fase oral: caracterizada por ser voluntária e englobar duas etapas:
 - Fase oral preparatória: responsável por preparar o alimento para ser deglutido, envolve as fases de incisão, trituração e pulverização da função de mastigação e a formação do bolo alimentar, pela mistura do alimento à saliva, até a formação de um bolo coeso. Nesta etapa, há o fechamento labial, o bolo alimentar se encontra entre o dorso da língua e o palato duro, o palato mole está alongado, em posição mais baixa, a faringe e a laringe estão em repouso e a respiração nasal continua sendo possibilitada;

- Fase oral propriamente dita: responsável pelo encaminhamento do bolo alimentar para a faringe. Os lábios encontram-se vedados, a porção anterior da língua apoiada nas bordas do alvéolo maxilar, propulsando o bolo alimentar em direção à faringe.
- Fase faríngea: Etapa involuntária que realiza o encaminhamento do bolo alimentar através da faringe em direção ao esôfago por meio de movimentos constritivos dos músculos da faringe (transição faringoesofágica). A função orgânica de proteção está evidenciada nesta etapa pelo fechamento completo do esfíncter velofaríngeo, de forma a prevenir a regurgitação do alimento para a rinofaringe e, também, para o fechamento glótico, ou seja, a adução das pregas vocais bandas ventriculares e o abaixamento da epiglote, evitando a aspiração do alimento. (CARDOSO, MARIA; 2012; pág. 24-29).
- Fase esofágica: etapa involuntária, caracterizada pelo encaminhamento do bolo alimentar da boca do esôfago ao estômago, por meio de movimentos peristálticos, desencadeados pela propulsão do alimento realizada pela movimentação constritora dos músculos da faringe. O bolo alimentar é, então, encaminhado em direção ao esfíncter esofágico inferior, que se relaxa e permite a passagem do bolo para o estômago, encerrando o processo da deglutição. (CARDOSO, MARIA; 2012; pág. 24-29).

FIGURA 1: Fases da Deglutição



Fonte: CARDOSO, MARIA, 2012.

FIGURA 2: Fases da Deglutição

Fonte: CARDOSO, MARIA 2012

4.4 DISFAGIA

A disfagia pode ser classificada como leve, moderada e grave. É tida, por alguns autores, como um sintoma, e não como uma patologia, pois está relacionada aos problemas de afetação de origem neurológica ou mecânica. É caracterizada pela dificuldade de deglutir ou de realizar a transferência do bolo alimentar da boca ao estômago. Ela se caracteriza por lentidão, imprecisão dos movimentos ou por mal direcionamento na transferência do bolo alimentar (resultando em um refluxo nasal ou uma aspiração traqueal), podendo ser congênita ou adquirida. Essa dificuldade pode ocorrer em qualquer etapa da deglutição oral, faríngea ou esofágica. Alguns sinais de disfagia observados são pneumonia por aspiração, perda de peso e déficit nutricional. Esses sinais podem ocorrer combinados à dificuldade na preparação do bolo alimentar, com salivação em excesso, sensação de sufocamento, regurgitação nasal ou

gástrica, aderência do alimento em qualquer parte do trato alimentar ou dor ao deglutir. (CARDOSO, MARIA; 2012; pág. 24-29).

4.4.1 CLASSIFICAÇÃO DA DISFAGIA

Disfagia oral: Caracteriza-se pela dificuldade nas etapas preparatória oral da deglutição e na qual se observa dificuldade de retirar o alimento do utensílio utilizado, falta de vedamento labial, mobilidade da língua ineficiente para a preparação do bolo alimentar, evidenciada pela descoordenação dos movimentos de língua. (CARDOSO, MARIA; 2012; pág. 24-29).

Disfagia faríngea: Caracteriza-se pela dificuldade em direcionar o bolo alimentar para a fase faríngea da deglutição e observa-se atraso ou ausência do reflexo da deglutição, mobilidade ineficiente ou ausência na elevação da laringe. (CARDOSO, MARIA; 2012; pág. 24-29).

Disfagia esofágica: Caracteriza-se pela dificuldade na fase esofágica da deglutição, na qual se tem como sintoma a sensação de haver um corpo estranho na faringe ou mais abaixo, entre uma e outra deglutição. (CARDOSO, MARIA; 2012; pág. 24-29).

4.4.2 GRAU DE COMPROMETIMENTO DA DISFAGIA

Disfagia leve: É a dificuldade no transporte do bolo alimentar na fase oral, caracterizada por transporte atrasado ou lento, ocorrência de parada de pequena quantidade de alimento (estase) nos recessos faríngeos. Podem ser ainda observado alterações de fechamento de esfíncter labial, descoordenação de movimentos da língua, atraso no desencadeamento do reflexo de deglutição e ausência do reflexo de tosse. (CARDOSO, MARIA; 2012; pág. 24-29).

Disfagia moderada: Caracteriza-se por dificuldade no transporte oral do bolo alimentar, atraso ou lentidão no transporte do bolo alimentar, ocorrência de parada de pequena quantidade de alimento (estase) nos recessos faríngeos com sinais de penetração laríngea e aspiração de pequena quantidade de alimento – ou risco de aspiração –, história de pneumonias esporádicas, déficit nutricional e alteração quanto ao prazer em se alimentar. Há também a presença de tosse antes, durante ou após a deglutição, redução na elevação da laringe, alteração

no comportamento vocal após a deglutição e ausculta cervical alterada. (CARDOSO, MARIA; 2012; pág. 24-29).

Disfagia grave: Caracteriza-se por grande quantidade de estase em recessos faríngeos, sinais sugestivos de penetração laríngea, aspiração de grande quantidade de alimento e ausência ou falha na deglutição completa do bolo alimentar. Há dados referentes à ocorrência de pneumonias de repetição, desnutrição e alteração do prazer em se alimentar, ausência ou atraso do reflexo de deglutição, redução na elevação da laringe, ausência do reflexo de tosse, presença de tosse durante ou após a deglutição, alteração do comportamento vocal após a deglutição, evidente alteração respiratória, ausculta cervical alterada e deglutição incompleta. (CARDOSO, MARIA; 2012; pág. 24-29).

4.4.3 DISFAGIA NO ALZHEIMER

Com o crescente aumento da população geriátrica no mundo, a incidência de doenças neurodegenerativas é cada vez maior, destacando-se entre elas a doença de Alzheimer, que representa 70% do conjunto de patologias que afetam essa população. Essa demência causa declínio considerável no funcionamento intelectual e interfere nas atividades do dia a dia, como higiene pessoal, vestimenta e alimentação, principalmente a deglutição, que se denomina disfagia. (PETRY; 2016).

A mais difundida das causas de demência é a doença de Alzheimer, e em função da diminuição das capacidades cognitivas, os pacientes demenciados tornam-se dependentes de outros e observa-se alterações específicas quanto à alimentação que são caracterizadas por resistência para comer, brincar com a comida, mastigar sem parar, comer depressa ou devagar e esquecer-se de engolir. A disfagia diante do quadro clínico da demência está caracterizada pela alteração da movimentação das estruturas orais, alteração do vedamento labial, reflexo de deglutição retardado, reflexo de tosse enfraquecido e sinais de penetração laríngea como engasgos frequentes. (CARDOSO, MARIA; 2012; pág. 35).

A fase oral da deglutição é a mais afetada em idosos com demência moderada e grave. As principais alterações da deglutição são disfunção motora lingual (movimento de língua discinético, fraco ou lento), atraso no disparo do

reflexo da deglutição, falha no controle motor oral do bolo, pela qual pode ocorrer o seu escape para a faringe ou a laringe durante a manipulação na fase oral, retenção do alimento, penetração e aspiração, principalmente de líquidos, e mastigação ausente. Os distúrbios de alimentação podem manifestar-se por meio de uma série de sintomas, como desordem na mastigação, dificuldade de iniciar a deglutição, regurgitação nasal, controle da saliva diminuído, tosse e engasgos durante as refeições, dor no peito, sensação de alimento parado na garganta, podendo também apresentar desidratação, perda de peso, tempo da refeição prolongado, diminuição de apetite e pneumonia aspirativa ou quaisquer outros problemas pulmonares. (PETRY; 2016).

5. ASPECTOS PSICOLÓGICOS DO CONSUMO ALIMENTAR

De acordo com LOPES, JAQUELINE; et all (2020; pág. 45). Uma doença como o Alzheimer assusta, mas não há outra saída a não ser aprender a conviver com suas demandas e particularidades. A doença passa por muitas fases e cada estágio do problema deve ser encarado de uma forma.

A alimentação para o ser humano não envolve apenas o aspecto de manutenção do aporte energético necessário para a sobrevivência, mas é também uma fonte de prazer, caracterizando-se muitas vezes, como um ato social e facilitador da interação entre pessoas. (CLARA, 2009).

A definição de disfagia é vista como uma condição que resulta na interrupção no prazer de se alimentar ou em manter uma hidratação e nutrição adequada, que também implica na mudança de hábitos e conseqüente declínio da qualidade de vida. (GASPAR, 2015).

Conviver com disfagia em longo prazo impõe alterações tanto na linguagem corporal como na alteração do estilo de vida, onde a impossibilidade de alimentação segura leva a sofrimentos e impacto negativo na recuperação do paciente. (GASPAR, 2015).

6. ATUAÇÃO DO NUTRICIONISTA

Perda de massa corporal e desidratação são preocupações trazidas com a disfagia. A alteração da consistência dos alimentos servidos pode ser benéfica; manter uma dieta palatável e nutricionalmente adequada também é

importante. Uma consistência macia, homogênea ou em forma de purê pode reduzir a necessidade da manipulação oral e conservar a energia da refeição. (KRAUSE; 2018).

Segundo PETRY et all (2016), nos idosos que apresentam disfagia, há um aumento na prevalência de desnutrição de 36,8% e de risco nutricional de 55,3%, sendo esta significativamente mais elevada quando estes idosos são comparados àqueles sem disfagia. Pacientes disfágicos apresentam redução da ingestão alimentar e conseqüentemente baixa ingestão energético-proteica em relação às necessidades nutricionais. A desnutrição secundária à redução do consumo de alimentos provoca perda de peso progressiva e depleção de massa muscular, com diminuição da força dos músculos responsáveis pelo processo de deglutição, aumentando assim a gravidade da disfagia. A desidratação também é um problema que pode ocorrer durante o tratamento pela necessidade de espessamento dos líquidos e suspensão de líquidos ralos a fim de reduzir o risco de aspiração. Os pacientes idosos são mais propensos para ocorrência de aspiração como resultado de uma debilidade causada por alterações musculares ou neurológicas. Além disso, a xerostomia, alterações do paladar e do olfato relacionadas à idade também podem interferir negativamente sobre a deglutição.

O tratamento da disfagia requer a atuação de uma equipe transdisciplinar, tendo em vista que a disfagia afeta a qualidade de vida e o bem-estar global do indivíduo. O fonoaudiólogo é o profissional habilitado para avaliar, definir e alterar as condutas terapêuticas na disfagia, sendo responsável por permitir ao paciente a capacidade de se alimentar de acordo com sua condição, devendo atuar em parceria com o nutricionista, que é o profissional responsável por assegurar a oferta adequada de energia e nutrientes com o objetivo de recuperar e/ou manter o estado nutricional a partir da dieta adaptada às condições e necessidades do paciente, prevenindo a ocorrência de aspiração e considerando o aporte adequado de líquidos para evitar a desidratação (PETRY; 2016).

Tendo em conta, as necessidades específicas do indivíduo e o elevado risco de desnutrição associado a disfagia, surge o acompanhamento por parte do nutricionista de modo a diminuir o impacto e adequar o estado nutricional. A intervenção do nutricionista em disfagia deverá conjugar ações de minimização da disfagia e suas conseqüências nutricionais (desidratação e desnutrição). A

gestão da disfagia pretende maximizar a aptidão e o prazer da alimentação, promovendo a independência do indivíduo. (CODARIN; PRADA; 2020).

O papel do nutricionista é de suma importância dentro da equipe de tratamento, devendo ser considerado uma ferramenta de auxílio na prevenção de problemas associados com a desnutrição através da identificação de fatores de predisposição, implementando estratégias apropriadas de prover os nutrientes necessários, bem como a monitorização e avaliação de todo o processo em questão. (CLARA, 2009).

O reconhecimento precoce dos sinais e sintomas, a implementação de um plano de cuidados apropriado para alcançar as necessidades nutricionais do indivíduo e o aconselhamento para o paciente e os membros da família nas escolhas dietéticas são essenciais. A avaliação regular do estado nutricional e da gestão doença do paciente é prioridade, com o objetivo final de melhorar os resultados e a qualidade de vida do paciente. (KRAUSE; 2018).

6.1 ESTADO NUTRICIONAL

Segundo Clara et all (2009), muitos métodos têm sido propostos para a avaliação do estado nutricional, e são eles: história clínica (com atenção à evolução ponderal), o exame físico (com particular atenção à perda de gordura subcutânea e massa muscular), a avaliação da ingestão alimentar, a antropometria e os testes imunológicos, todos são suficientes para a detecção de desnutrição.

A alimentação oral deve ser a primeira opção sempre que possível. Se o paciente com disfagia é capaz de ingerir a dieta via oral com segurança e com o mínimo risco de aspiração, os alimentos sólidos e líquidos a serem oferecidos devem ter a finalidade de facilitar a sua deglutição. (CLARA, 2009).

Várias considerações podem ser feitas em relação à dieta para o doente com disfagia, como em relação à textura do alimento, o gosto, a temperatura, a consistência e o seu potencial estimulante para a produção de muco, a manutenção de uma dieta pastosa, ou ainda a introdução de uma substância espessante para facilitar a ingestão de líquidos finos, por exemplo. (CLARA, 2009).

O desenvolvimento de pesquisas na área da disfagia tem contribuído intensamente para o avanço do conhecimento neste campo de atuação multidisciplinar. Embora os profissionais de saúde tenham muitas informações à sua disposição, diversos são também os problemas encontrados. Os representantes dos vários cuidados de saúde, incluindo nutricionistas, terapeutas da fala e médicos devem trabalhar juntos para o diagnóstico da disfagia e fornecer um tratamento nutricional adequado. A caracterização precoce do estado nutricional e a subsequente intervenção em disfágicos podem atenuar os efeitos devastadores da desnutrição. (CLARA, 2009).

6.2 SEGURANÇA ALIMENTAR

Segundo CLARA et al (2009), a modificação da dieta é o componente essencial do tratamento em disfagia. Muitos pacientes podem engolir com segurança se forem corretamente posicionados e se os alimentos sólidos e líquidos possuírem uma consistência adequada.

O nutricionista deve assegurar uma dieta com um bom paladar e nutricionalmente adequada, recomendando mudanças de consistência alimentar para consistência mole ou de purê, a fim de preservar o valor energético da alimentação. É fundamental encontrar a qualidade sensorial do alimento (gosto, temperatura, textura e a consistência) que são mais estimulantes para o paciente, através de soluções dietéticas nutritivas, variadas e apelativas. Tornando-se possível alimentar oralmente os doentes disfágicos, satisfazendo as suas necessidades nutricionais (CLARA, 2009).

A eficácia da reabilitação em disfagia depende da elaboração de um programa terapêutico de reabilitação que eleja um grupo de procedimentos capazes de causar efeitos benéficos na dinâmica da deglutição, refletindo-se de maneira satisfatória no quadro geral do indivíduo. Assim, a reabilitação em disfagia pode ser comprovada quando o paciente se alimenta eficientemente por via oral, ganha peso, ou com a redução na ocorrência de pneumonia aspirativa. (CLARA, 2009).

6.3 USO DE ESPESSANTES

De acordo com DINIZ (2017), os indivíduos disfágicos podem apresentar desnutrição e outros problemas causados pela baixa ingestão de nutrientes. Promover nutrição adequada para estes é um desafio, no entanto, sua alimentação pode ser facilitada através da modificação na textura dos alimentos e espessamento dos líquidos ingeridos.

Para adequar a alimentação do indivíduo alguns fatores devem ser considerados, como: grau de disfagia, estado cognitivo e nutricional, preferências alimentares e condições socioeconômicas. (CODARIN; PRADA; 2020).

As funções do nutricionista neste contexto passam pela recolha da história alimentar, avaliação do estado nutricional, instituição de plano alimentar individualizado e monitorização. Tendo em conta o tipo e a severidade da disfagia, a intervenção nutricional passa pela adaptação da alimentação às necessidades e dificuldades do indivíduo. Esta adaptação pode ser conseguida através da modificação da textura da dieta ou, em casos mais graves, através da implementação de nutrição entérica ou parentérica. (CODARIN; PRADA; 2020).

Para evitar a desnutrição, nutricionistas e fonoaudiólogos devem ser envolvidos a fim de avaliar a disfagia e recomendar as texturas mais adequadas para cada nível da disfunção, assegurando as necessidades nutricionais do paciente. Modificações na textura dos líquidos e na viscosidade por meio da utilização de espessantes são usadas para promover a deglutição segura na disfagia, (Figura 3). (DINIZ, 2017).

FIGURA 3: Tipos de consistência dos líquidos espessados

O líquido escorre da colher formando um fio.

O líquido escorre da colher formando um V.



O líquido escorre da colher caindo em bloco.

FONTE: Diniz, 2017

6.4 ESPESSANTES ALIMENTARES

Os espessantes alimentares são necessários aos pacientes que possuem disfagia para evitar a aspiração de líquido para o pulmão, que poderia acontecer com o líquido em sua consistência natural, evitando assim pneumonia. Bebidas espessadas podem ser preparadas especialmente para o tratamento da disfagia e, em geral, os líquidos espessados são produzidos pela adição de um ou mais agentes espessantes, tais como amidos, féculas modificadas ou gomas. (DINIZ, 2017).

Alternativas alimentares para espessar alimentos contribuem para a melhora da qualidade da alimentação, beneficiando o paciente. O nutricionista deverá embasar sua conduta nas condições clínicas do paciente para adequar a alimentação e propor alternativas cabíveis. (DINIZ, 2017).

De acordo com DINIZ, (2017), temos os seguintes exemplos:

- **Sucos:** Fazer sucos mais grossos, utilizando frutas como manga, goiaba, banana, mamão e abacate, ou acrescentar aos sucos legumes como inhame, batata doce e abóbora moranga;
- **Vitaminas:** Bater o leite com as frutas acima mencionadas, podendo acrescentar farinha de aveia ou aveia em flocos para engrossar (homogeneizar bem). O iogurte também pode ser acrescentado para dar mais consistência;
- **Leite:** Engrossar com amido de milho, fécula de batata, e farinhas de trigo, arroz, milho e aveia, na forma de mingau;
- **Sopas:** Incluir no preparo da sopa mandioca, inhame, cará, batata inglesa, batata doce, fubá ou biomassa de banana verde para engrossar.

6.4.1 ESPESSANTES INDUSTRIALIZADOS

Os espessantes alimentares encontrados no mercado são compostos basicamente de amido de milho modificado e maltodextrina. O amido de milho pode ser modificado através de processos físicos (como tratamento térmico) ou químicos (como enzimas). Os espessantes industrializados exigem apenas diluição do produto para alcance da consistência e textura desejada. (DINIZ, 2017).

Obs: Os espessantes industrializados podem causar constipação, pelo ressecamento das fezes, e muitos usuários que utilizam espessantes já possuem outros fatores de risco para a constipação. (DINIZ, 2017).

6.4.2 ESPESSANTES CASEIROS

Os espessantes caseiros agregam valor nutricional aos alimentos e preparações e consistem em produtos alimentícios que exigem manipulação para cocção ou liquidificação para atingir a consistência e textura. (DINIZ, 2017).

Segundo DINIZ, (2017), utilizar espessantes tem os seguintes benefícios, a utilização de espessantes naturais é uma alternativa mais simples, segura e de menor custo em relação aos espessantes industrializados. E a A goma xantana é uma fibra solúvel probiótica, sintetizada a partir de bactérias com capacidade de formar soluções viscosas e géis quando dissolvida em água. As fibras solúveis têm alta capacidade de retenção de água no estômago e intestino, aumentam a viscosidade do bolo alimentar influenciando diretamente na taxa de digestão e absorção de nutrientes. Esta influência está diretamente ligada ao controle da glicemia, redução do colesterol e regulação do apetite.

Exemplo de preparo de espessante caseiro para água:

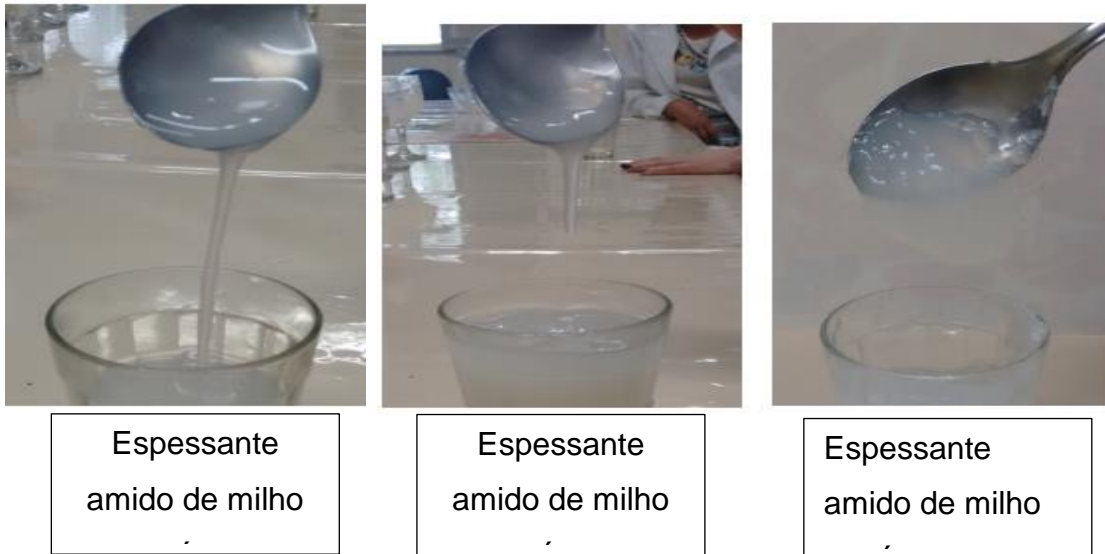
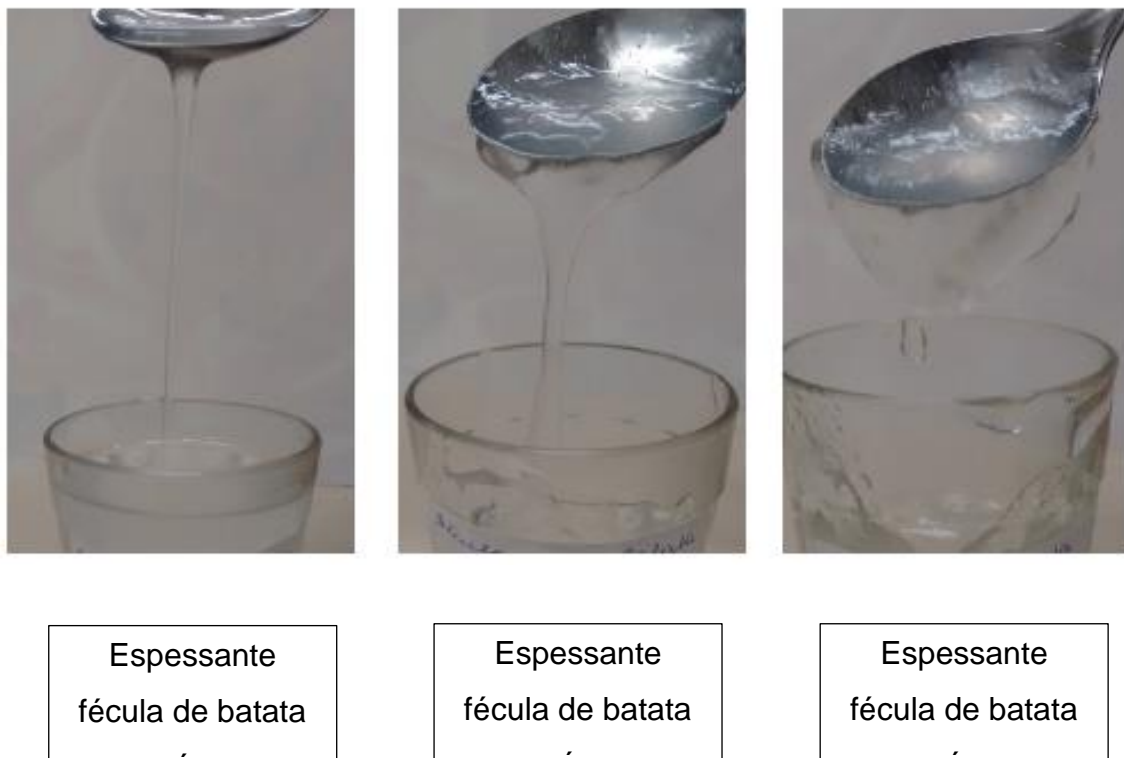
Fécula de batata e amido de milho para preparo de 1 litro.

QUADRO 1: Espessante caseiro para água com amido ou fécula de batata:

TIPO DE ESPESSANTE	MEDIDA CASEIRA	CONSISTÊNCIA
AMIDO DE MILHO	7 MEDIDORES DE XAROPE NIVELADOS	NÉCTAR
	14 MEDIDORES DE XAROPE NIVELADOS	PUDIM
FÉCULA DE BATATA	2 E 1/2 MEDIDORES DE XAROPE NIVELADOS	NÉCTAR
	3 E 1/2 MEDIDORES DE XAROPE NIVELADOS	MEL
	5 MEDIDORES DE XAROPE NIVELADOS	PUDIM
*Medidor de Xarope de 10ml		

FONTE: DINIZ, 2017

Modo de preparo: Em um recipiente com 250ml de água a temperatura ambiente (1 copo de requeijão) acrescente o amido de milho ou fécula de batata, mexa até dissolver e reserve. Em uma panela aqueça 750ml de água em fogo baixo. Antes da fervura da água acrescente, ainda no fogão, a primeira mistura gradativamente, mexendo sempre até atingir a gelatinização do amido (em torno de 10 a 15 minutos), formando um gel ou pasta. É importante ressaltar que para reduzir gosto residual é necessário garantir o cozimento do amido, portanto a preparação deve ser fervida até atingir a consistência desejada, ainda, no fogo. (DINIZ, 2017).

FIGURA 4: Espessante caseiro com amido para água**FONTE: DINIZ, 2017****FIGURA 5: Espessante caseiro com fécula de batata para água****FONTE: DINIZ, 2017**

Exemplo de preparo de espessante caseiro para suco:

Goma Xantana para preparo de 500ml

QUADRO 2: Espessante caseiro para água com goma xantana:

TIPO DE ESPESSANTE	MEDIDA CASEIRA	CONSISTÊNCIA
GOMA DE XANTANA	1/2 MEDIDOR DE XAROPE NIVELADO	NÉCTAR
	1 MEDIDOR DE XAROPE NIVELADO	PUDIM
Medidor de Xarope de 10ml		

FONTE: DINIZ, 2017

FIGURA 6: Espessante caseiro com fécula de batata para água



Espessante
goma xantana



Espessante
goma xantana

FONTE: DINIZ, 2017

Modo de Preparo: Prepare 500ml de suco de fruta (polpa de fruta ou natural) e adoce conforme preferência. Em um liquidificador acrescente ao suco já preparado a medida de Goma Xantana correspondente à consistência desejada. Bata rapidamente por 1 minuto para homogeneizar e atingir a consistência. Observações: Não é necessário cocção. Pode ser adicionado a outros alimentos “frios” para aumentar consistência como em iogurtes e vitaminas desde que as preparações sejam liquidificadas. (DINIZ, 2017).

6.4.3 HIDRATAÇÃO

A deglutição de líquidos de consistência fina, como suco ou água, é a tarefa de deglutição mais difícil, por causa da coordenação e do controle necessários. Os líquidos são facilmente aspirados para o interior dos pulmões e podem representar um evento potencialmente fatal, porque pode haver pneumonia por aspiração, mesmo a partir de água estéril nos pulmões. A água estéril não é mais estéril, uma vez que é introduzida na cavidade oral, a qual contém uma microbiota diversa. (KRAUSE; 2018).

É importante garantir a hidratação do paciente, através da ingestão de água. Os espessantes, caseiros ou industrializados alterarão a consistência e aparência da água. Uma alternativa é oferecer a água saborizada para melhorar a aceitação, acrescentando: hortelã, canela, gengibre, entre outros. (DINIZ, 2017).

7. ORIENTAÇÕES GERAIS PARA DISFAGIA

Atualmente há o reconhecimento de que a adoção de medidas de otimização, prevenção, reabilitação e manutenção são essenciais para a conquista de um envelhecimento saudável e melhoria da qualidade de vida do indivíduo com DA. É preciso aprofundar os conhecimentos acerca da realização das funções de mastigação e deglutição na Doença de Alzheimer, inclusive em cada estágio da doença, buscando relações entre estas e o estado nutricional dos indivíduos, com vistas à promoção da saúde e otimização dos programas de intervenção, garantindo, assim, melhor qualidade de vida para a pessoa idosa, seja ela saudável ou portadora da Doença de Alzheimer. (TAVARES, THÁIZA; CARVALHO, CECÍLIA; 2012).

Segundo DINIZ (2017), é importante ter alguns cuidados na alimentação para evitar qualquer piora no estado clínico da pessoa, como por exemplo: não misturar texturas (líquida ou sólida) para não comprometer o controle ao mastigar e engolir, evitar farelos e alimentos que dissolvem rápido na boca, ter cuidado com líquidos para evitar engasgos, comer de vagar e em pouca quantidade. Dar preferência em alimentos ácidos ou frios é uma boa opção pois estimula o reflexo de deglutição.

De acordo com CLARA (2009), é importante ter algumas orientações práticas no cuidado com o paciente com disfagia, são eles, manter o paciente em decúbito elevado durante a alimentação, durante a oferta da dieta o cuidador ou auxiliar deve colocar-se na mesma altura do doente no lado do corpo que está comprometido, oferecer os alimentos com uma consistência pastosa, com aparência, aroma e sabor agradáveis e que promovam o prazer, oferecer pequenas quantidades na colher observando a aceitabilidade, preparação e deglutição do alimento, durante a refeição manter um ambiente tranquilo, fazendo com que este não fale enquanto mastiga e deglute o alimento de forma a não dispersar a atenção e oferecer os líquidos devidamente espessados em pequenas quantidades.

7.2 CARACTERIZAÇÃO DAS PREPARAÇÕES LÍQUIDAS E DOS ESPESSANTES ALIMENTARES COMERCIAIS

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, onde foram estudados três espessantes alimentares comerciais à base de amido, utilizados no tratamento de disfagia: Resource Thicken Up, Nutilis e Thick & Easy. As preparações líquidas escolhidas para serem espessadas foram: água, suco de laranja, leite integral, leite espessado e café. Foi realizada a caracterização nutricional das preparações líquidas e dos espessantes alimentares comerciais por meio da informação nutricional disponibilizada no rótulo pelos fabricantes. (IKEDA, 2021).

A partir das informações nutricionais dos espessantes alimentares comerciais e do amido de milho (Tabela 5) pôde-se observar alta porcentagem de carboidrato e sódio. Apenas o Nutilis® possui fibras alimentares na sua composição, com isso o valor calórico é menor. O valor energético atribuído aos espessantes se deve principalmente ao teor de carboidrato, uma vez que os demais constituintes são encontrados em baixas quantidades. (IKEDA, 2021).

Tabela 1. Informação nutricional dos espessantes alimentares comerciais e das preparações líquidas

Informação nutricional	Espessantes comerciais (100 g)				Preparações líquidas (100 mL)				
	Amido de milho	Resource Thicken Up®	Nutulis®	Thick & Easy®	Água	Suco de Laranja	Leite integral	Leite espessado	Café
Valor energético (kcal)	340	356	333	375	0	55	60	175,5	0
Carboidratos (g)	85	89	83	100	0	12,25	5	24,5	0
Proteínas (g)	0	0	0	0	0	0	3	10,28	0
Gorduras Totais (g)	0	0	0	0	0	0	3	4,13	0
Gorduras Saturadas (g)	0	0	0	0	0	0	2	2,6	0
Gorduras Trans (g)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Colesterol (mg)	0	0	0	0	0	0	15	21,68	0
Fibra alimentar (g)	0	0	10	0	0	0	0	0	0
Cálcio (mg)	0	0	0	0	0	0	126	381,75	0
Sódio (mg)	0	222	153	125	0	3,6	60	148,5	0

Fonte: IKEDA, 2021

Segundo IKEDA (2021). A Tabela 2 apresenta a quantidade de produto necessária para o espessamento. Observou-se que quanto maior a consistência (pudim > mel > néctar) que se deseja atingir, maiores quantidades de produto precisam ser adicionadas. Dentre os espessantes comerciais analisados, o Thick & Easy é o que necessita a adição de menores quantidades de produto em todas as consistências verificadas. A adição de maior quantidade de produto pode afetar a aceitabilidade dos pacientes aos alimentos espessados, uma vez que podem deixar gosto residual, metálico, adstringente e/ou sabor amiláceo.

Tabela 2. Recomendação para espessamento de líquidos finos com espessantes alimentares comerciais.

Consistência*	Resource Thicken Up®	Nutulis®	Thick & Easy®
Néctar	5 g	6 a 9 g	4,5 g
Mel	10 g	9 a 12g	6,75 g
Pudim	15 g	12 a 15 g	9,0 g

Fonte: IKEDA, 2021

Atualmente há um vasto arsenal de espessantes industrializados que contribuem na consistência adequada para disfágicos, além de aumentar a densidade calórica dos alimentos e preparações, contribui para recuperação ou ganho de peso do paciente. O espessamento dos alimentos líquidos é importante para o tratamento da disfagia, pois favorece o controle oral sobre os alimentos e promove melhoria do processo de deglutição. (IKEDA, 2021).

8. CONCLUSÃO

Ao longo deste estudo, foi analisado que, de maneira geral, pessoas com a doença de Alzheimer e que possuem disfagia enfrentam grandes complicações nutricionais. Tendo uma enorme mudança em seu estilo de vida e precisando se adaptar às novas condições.

Devido ao déficit cognitivo causado pelo Alzheimer e ao comprometimento funcional do ato de deglutir, a pessoa tem sua capacidade limitada e a sua segurança alimentar é afetada.

O estudo mostra que o uso de espessantes é eficiente para modificar as texturas dos alimentos, tornando a consistência adequada para pessoas com disfagia. Neste contexto, é visto que o uso de espessante é um ótimo contribuinte no desenvolvimento clínico, em vista que, proporciona maior segurança na hora de realizar as refeições. Critério que é muito importante pois o indivíduo com a doença de Alzheimer e afetado pela disfagia, não tem mais possibilidade de reverter o quadro, entretanto, os dados sobre o uso de espessante mostra que a adaptação da dieta proporciona uma alimentação mais segura e diminui os riscos de complicações maiores.

É fato que se torna um desafio entrar nesta nova realidade, porém, a desvalorização destas informações e o não cumprimento de novos hábitos aumenta drasticamente as taxas de mortalidade associadas à aspiração de alimentos e a desnutrição. Desta forma, é importante ressaltar que esse processo deve ser seguido não só apenas pelo portador de Alzheimer com disfagia, mas também as pessoas que são envolvidas em seus cuidados.

Portanto, apesar de não recuperar totalmente as funções do processo de deglutição, é possível seguir uma dieta que previne agravos nutricionais, ameniza os sintomas de incomodo na hora de se alimentar e aumenta sua expectativa de vida. É importante ter a ciência de que o processo terapêutico muda para cada indivíduo e a evolução desse processo também será diferente para cada um.

No decorrer do desenvolvimento deste trabalho, foi notado que, apesar de ser um ponto de extrema importância, ainda são escassos os estudos com

relação ao tema. Deste modo, é imprescindível ser realizados mais estudos relacionados ao Alzheimer e a Disfagia. É necessário que tenham as informações disponíveis e de fácil acesso para todos. Mostrando os estágios da disfagia e suas consequências no desenvolvimento nutricional das pessoas com Alzheimer. Fazendo assim, com que as pessoas tenham maior conhecimento sobre o assunto e saibam como lidar da melhor forma possível com estas situações, proporcionando uma melhor qualidade de vida para as pessoas com a Doença de Alzheimer e Disfagia.

REFERÊNCIAS

CAIXETA, Leonardo; **Doenças de Alzheimer**; Disponível em: Minha Biblioteca, Grupo A; 2012.

CARDOSO, M. C. A; **Disfagia orofaríngeas – implicações clínicas**; Disponível em: Minha Biblioteca, Grupo GEN; 2012.

CLARA, MCG. **Evolução do estado nutricional num doente com disfagia no pós AVC**. Porto, 2009.

CODARIN, Maria; PRADA, Maria; **Orientações Nutricionais Disfagia**; Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Primária à Saúde / Saúde da Família; 2020.

CORREA, A. C. de O; **Envelhecimento, depressão e doença de Alzheimer**; Belo Horizonte: Health; 1996.

COSTA, Milton; **Deglutição e disfagia**; Disponível em: Minha Biblioteca, MedBook Editora, 2013.

DINIZ, Amanda; **Espessantes Caseiros**; Manual do usuário/cuidador; Belo Horizonte, 2017.

FIGUEIREDO, Francisco; FIREMAN, Marco; **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas**; MINISTÉRIO DA SAÚDE; 2020.

GASPAR, Maria; **Avaliação da qualidade de vida em pacientes com disfagia neurogênica**; Curitiba - PR, 2015.

IKEDA, CM. TAGLIAPIETRA, BL. CAMPELO, PH. CLERICI, MTS. SILVA, LBC. **Disfagia e melhoria do estado nutricional: Características tecno-funcionais de espessantes comerciais**. Abril, 2021.

KRAUSE; **Alimentos, Nutrição e Dietoterapia**; 14ª Edição; 2018.

LEITE, Matheus; **Diagnóstico do paciente com doença de Alzheimer: Uma revisão sistemática de literatura**; 2020.

LOPES, Jaqueline; Astral Cultural, **Alzheimer exercícios para estimular o cérebro**; 2020, 144p.

MOLARI, Francielle; **Evidências fisiopatologias, diagnóstico e terapia**; Criciúma, 2011.

PETRY, Raquel; **Alterações na deglutição de portadores da doença de Alzheimer**; Revista geriatria e gerontologia; 2016.

TAVARES, Thaiza; CARVALHO, Cecília; **Características de mastigação e deglutição na doença de Alzheimer**; 2012.