

Doença de Alzheimer: guia prático multidisciplinar para os cuidadores

Organizadoras

Adriane Cervi Blümke

Nadiesca Taisa Filippin

Tereza Cristina Blasi



Doença de Alzheimer: guia prático multidisciplinar para os cuidadores

Organizadoras

Adriane Cervi Blümke

Nadiesca Taisa Filippin

Tereza Cristina Blasi



Organizadoras

Adriane Cervi Blümke
Nadiesca Taisa Filippin
Tereza Cristina Blasi

Autores/Colaboradores

Adriane Cervi Blümke
Cláudia Zamberlan
Felipe Schroeder de Oliveira
Jane Beatriz Limberger
Juliana Gusman de Souza
Nadiesca Taisa Filippin
Patrícia Pasquali Dotto
Priscilla Costa e Souza
Silomar Ilha
Suyane Oliveira Tavares Rodrigues
Tereza Cristina Blasi
Vera Lucy Duarte Costa
Yassmín Hèllwaht Ramadan

Ilustrador

Wladimir Coelho Medeiros

Coordenação Editorial

Salette Marchi

Projeto Gráfico e Diagramação

Jaimeson Machado

Supervisão Gráfica

Gustavo de Souza Carvalho

Revisão Gramatical e Linguística

Cristine Costa Rodrigues
Maria de Lourdes Godinho

Produção

Editora UNIFRA

Centro de Integração: conhecimento e sociedade
Av. Rio Branco, 639 - esquina Silva Jardim
3º andar | Centro | Santa Maria, RS
97010-423 | (55)3025.9006

D649 Doença de Alzheimer : guia prático multidisciplinar
para cuidadores / organizadoras Adriane Cervi Blümke;
Nadiesca Taisa Filippin; Tereza Cristina Blasi. –
Santa Maria, RS : Centro Universitário Franciscano, 2013.

36 p. ; 20 x 20 cm

ISBN 978-85-7909-040-0

1. Doença de Alzheimer I. Blümke, Adriane Cervi
II. Filippin, Nadiesca Taisa III. Blasi, Tereza Cristina

CDU 616.894

Prefácio

Cento e seis anos se passaram após a descoberta da doença de Alzheimer, mas as buscas por diagnósticos mais precisos, pesquisas com novos fármacos, tanto para melhora na qualidade de vida do paciente como para prolongamento e prevenção da doença, estão em constante processo de pesquisa. Em todos os lugares, as pesquisas baseadas na prevalência e incidência dessa demência apontam a perspectiva de seu aumento exponencial, pois o processo do envelhecimento a torna mais presente e se sabe que, com mais de oitenta anos, a probabilidade de desenvolvimento é de 25% e de 50% após os 90 anos. Estamos vivendo mais, portanto a incidência tende a crescer.

Os gastos com essa doença são significativos quando se trata de serviço público de saúde. Para tanto, há preocupação não somente com o paciente que fica incapacitado de realizar atividades fisiológicas básicas conforme o estágio da doença, mas também com os cuidadores, sejam familiares ou não, os quais, muitas vezes, não estão preparados, física e psicologicamente, para conviver e

cuidar de alguém que não irá reconhecer ou agradecer os esforços dispensados por ele.

O cuidador, quando bem informado, pode na maioria dos casos contribuir para a manutenção da segurança física, redução da ansiedade e agitação, melhora na comunicação, promoção na independência das atividades de vida diária, autocuidado, atendimento das necessidades sociais e privadas, manutenção de uma alimentação correta, postura corporal, uso correto dos fármacos, higiene bucal e corporal, situações de risco, atividades de lazer, repouso, vestuário, apoio e entendimento do comportamento, carinho e atenção constantes, mas nem sempre isso acontece porque as informações gerais e específicas não são tão claras, ou há certa negação por ser Alzheimer.

O maior consenso e entendimento, quanto ao real papel do cuidador para tornar a vida do paciente melhor, gera muitas vezes dúvidas e conflitos bem pontuais, às vezes de fácil solução. Com a necessidade da troca de informações e de vivências, o dia a dia do cuidador se torna mais leve e suportável diante de tantos vieses apre-

sentados nesta doença, de forma que, quando ele participa de grupos de convivência e esclarecimento, tudo parece mais ameno e claro, logo o entendimento melhora.

Nesse contexto, foi criado o projeto de extensão Assistência Multidisciplinar Integrada aos Cuidadores dos Portadores da Doença de Alzheimer - AMICA, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida do cuidador assim como do paciente. O AMICA, diante dos diversos questionamentos feitos pelos cuidadores, buscou formas de amenizar essas dúvidas, passando aos cuidadores o maior número possível de informações e esclarecimentos.

Os integrantes do AMICA, professores e acadêmicos, são responsáveis por transmitir informações técnicas fundamentadas cientificamente aos cuidadores que frequentam o grupo. No decorrer dos encontros realizados, constatou-se a necessidade de desenvolver material educativo de fácil entendimento, com sugestões práticas e suas interferências relacionadas à doença. O manual foi construído de forma integrada, competente

e responsável pelos cursos integrantes do grupo. Os cursos da Farmácia, Fisioterapia, Enfermagem, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Terapia Ocupacional conseguiram descrever de forma simples, sucinta e clara os diversos estágios da doença, as diversas possibilidades de facilitar e dinamizar as atividades de vida diária do paciente. Portanto, o grupo AMICA, ao construir este instrumento, deseja que ele seja uma referência útil aos cuidados no dia a dia com o paciente.

Tereza Cristina Blasi
Coordenadora do Grupo AMICA

Sumário

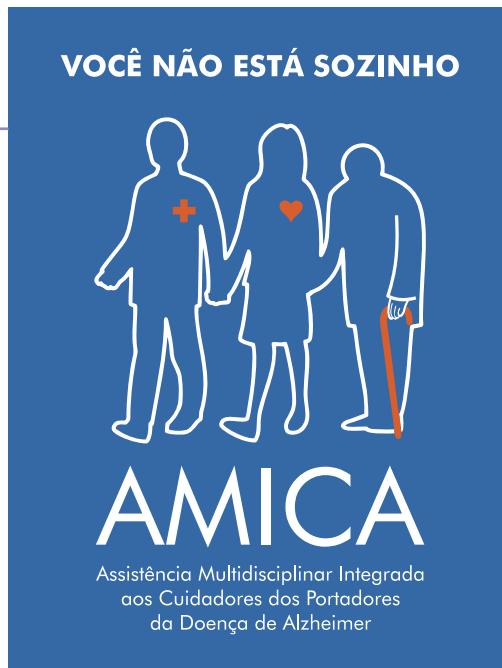
8	1 O Grupo AMICA
9	2 Doença de Alzheimer
9	2.1 O que é a doença?
9	2.2 Ocorrência
9	2.3 O que acontece no sistema nervoso?
10	2.4 Quais são os sintomas da doença?
10	2.5 Como é feito o diagnóstico?
10	2.6 Como é o tratamento?
12	3 Cuidado multidisciplinar na Doença de Alzheimer
12	3.1 Fase inicial
13	3.1.1 Orientações ao cuidador
15	3.2 Fase intermediária
16	3.2.1 Orientações ao cuidador
18	3.3 Fase avançada
19	3.3.1 Orientações ao cuidador
21	4 Dicas sob o enfoque multidisciplinar
21	4.1 Cuidados com a alimentação
25	4.2 Terapia medicamentosa
26	4.3 Higiene corporal e bucal
28	4.4 Cuidados físico-funcionais
34	5 Considerações finais
34	Referências
36	Minicurrículos

O Grupo AMICA

Adriane Cervi Blümke e Nadiesca Taisa Filippin.

O grupo “Assistência Multidisciplinar Integrada aos Cuidadores dos Portadores da Doença de Alzheimer” foi criado para dar conta da demanda observada em pacientes atendidos nos serviços à comunidade do Centro Universitário Franciscano. Participam do AMICA acadêmicos e professores dos cursos de Fisioterapia, Nutrição, Enfermagem, Psicologia, Farmácia, Terapia Ocupacional e Odontologia, sendo que cada curso é responsável por trabalhar assuntos relacionados ao cuidado com o portador da Doença de Alzheimer. Essas atividades são tanto teórico-explicativas como práticas, sendo desenvolvidas nos espaços da Instituição e usufruem dos seus serviços. Os temas abordados possuem caráter informativo e são trabalhados através de rodas de conversa, usando recursos audiovisuais e dinâmicas de grupo, em que cuidadores, acadêmicos e professores discutem informações úteis para a prática diária do cuidador.

Este projeto possibilita o desenvolvimento de um trabalho com o público-alvo, bem como favorece o ensino, a pesquisa e a extensão, pois envolve os acadêmicos de cada curso.



Doença de Alzheimer

Nadiesca Taisa Filippin e Adriane Cervi Blümke.

2.1 O que é a doença?

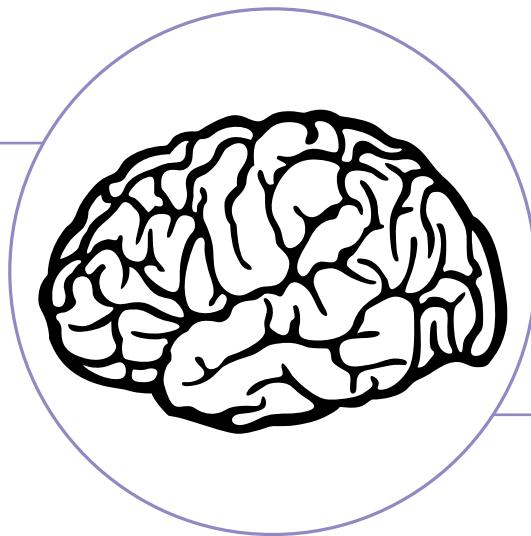
A doença de Alzheimer afeta o sistema nervoso causando prejuízos à memória, ao raciocínio, ao julgamento e à comunicação. É uma doença crônica e degenerativa, de caráter irreversível e progressão variável para cada pessoa, sendo que se constitui na causa mais comum de demência.

2.2 Ocorrência

Afeta pelo menos 5% dos indivíduos com mais de 65 anos e 20% daqueles com mais de 80 anos, sendo que a porcentagem de pessoas com essa doença, aproximadamente, dobra a cada cinco anos.

2.3 O que acontece no sistema nervoso?

A causa da doença é desconhecida, mas uma das hipóteses é que ela seja causada por fatores genéticos, ou seja, ocorre uma mutação (modifi-

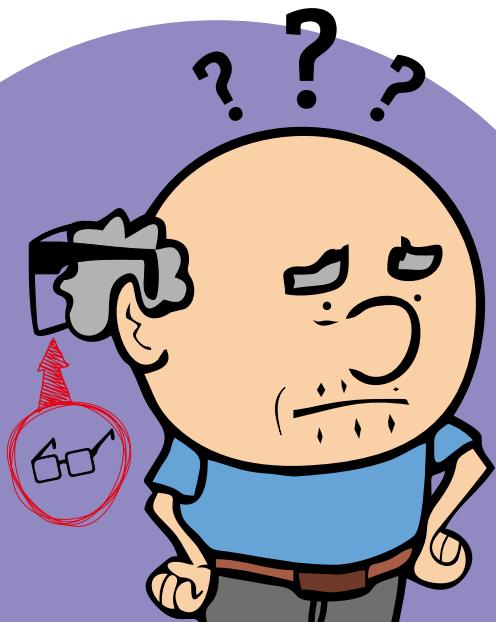


cação) nos genes que produzem a proteína amiloide. Assim, há um acúmulo dessa proteína no sistema nervoso que dá origem ao que chamamos de placa senil e emaranhados neurofibrilares, que provocam a morte dos neurônios e a atrofia do tecido cerebral. Essas alterações tendem a aumentar causando perda progressiva das funções cognitivas.

2.4 Quais são os sintomas da doença?

A doença se caracteriza por perda progressiva da capacidade de pensar, raciocinar, memorizar, associada a alterações da linguagem e do comportamento, além da perda das habilidades motoras (vestir-se, cozinhar, dirigir, etc.). Essas manifestações clínicas prejudicam a qualidade de vida do indivíduo e do familiar ou cuidador.

No começo, são os pequenos esquecimentos, normalmente, aceitos pelos familiares como parte normal do envelhecimento, mas que se vão agravando gradualmente. As pessoas se tornam confusas e, por vezes, ficam agressivas, passam a apresentar distúrbios de comportamento e terminam por não reconhecer os próprios familiares.



2.5 Como é feito o diagnóstico?

Deve-se ficar atento e procurar um profissional (neurologista ou geriatra), quando o indivíduo:

- apresentar perda progressiva de memória e alterações na linguagem, comportamento (irritabilidade e agitação) e alterações de habilidades para fazer movimentos e atividades cotidianas, além de desorientação no tempo e espaço;
- tiver idade entre 40 e 90 anos;
- tiver histórico familiar de desordem semelhante;
- não apresentar alteração de consciência;
- tiver descartadas outras doenças que provocam perda de memória e cognição.

O profissional fará avaliação e exames complementares, a fim de confirmar ou não o diagnóstico de doença de Alzheimer.

2.6 Como é o tratamento?

Não existe tratamento definitivo ou cura para a doença de Alzheimer. No tratamento, objetiva-se controlar os sintomas e melhorar a qualidade de vida o máximo possível. Por isso, é importante o acompanhamento de diferentes profissionais de saúde: médico, enfermeiro, nutricionista,



fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo, farmacêutico, odontólogo, entre outros. A abordagem de diferentes profissionais, a qual chamamos de cuidado multidisciplinar, é o acompanhamento ideal para as pessoas com a doença.

Os sintomas observados na doença de Alzheimer se modificam com o passar do tempo. Assim, costuma-se dizer que a doença progride

em três fases: inicial, intermediária e avançada. A seguir, estão descritas orientações ao cuidador e dicas dos profissionais da área da saúde para o cuidado ao paciente com doença de Alzheimer em cada uma das fases, pois todos os profissionais da saúde trabalham para promover educação em saúde com o paciente, familiar e/ou cuidador.

Cuidado multidisciplinar na Doença de Alzheimer

Nadiesca Taisa Filippin, Adriane Cervi Blümke, Patrícia Pasquali Dotto, Cláudia Zamberlan, Jane Beatriz Limberger, Vera Lucy Duarte Costa, Felipe Schroeder de Oliveira, Juliana Gusman de Souza, Priscilla Costa e Souza, Silomar Ilha, Suyane Oliveira, Tavares Rodrigues, Yassmín Hêllwaht Ramadan e Tereza Cristina Blasi.

3.1 Fase Inicial

Nesta fase, os sintomas são frequentemente associados ao processo de envelhecimento, o que dificulta o diagnóstico preciso. No entanto, é possível identificar alguns sinais e sintomas:

- perda leve da memória;
- dificuldade de lembrar nomes e palavras;
- dificuldade para aprender novas informações, de atenção e compreensão;
- alterações de personalidade e humor;
- conversa mais superficial;
- desorientação em ambientes familiares;
- dificuldade progressiva para desempenhar as atividades cotidianas (vestuário, alimentação e higiene pessoal) e ocupacionais (trabalho);

- redução das atividades sociais dentro e fora de casa;
- aparência social e física intacta, exceto para os mais íntimos.

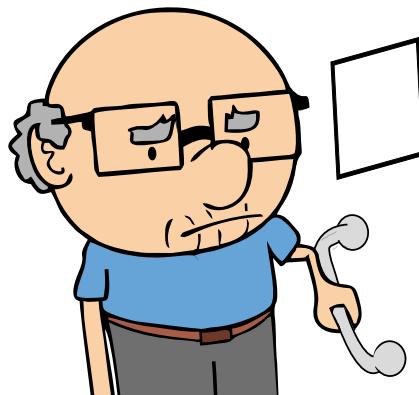


3.1.1 Orientações ao cuidador

- Estimular a memória com atividades prazerosas ou novas (leitura, pintura, atividades manuais, jardinagem, jogos, etc.);
- ajudar o paciente a estabelecer uma rotina e afixá-la em local visível;
- usar auxílios ambientais como calendário, caderno de anotações para melhorar a memória e reforçar o envolvimento em uma atividade;
- manter móveis e objetos familiares no mesmo lugar, pois isso serve como referência;
- manter a pessoa ativa, levando-se em consideração suas capacidades. Estimular a realização de exercícios e atividades físicas;



- preservar a autonomia, especialmente nos afazeres cotidianos. Mesmo com dificuldades, é importante que ela faça;
- retirar os tapetes da casa. Se for necessário, utilizar tapetes emborrachados;
- o cuidador deve estar atento quanto ao uso adequado de medicamentos como forma de retardar a progressão dos sintomas;
- manter as áreas de piscina, banheira ou outros locais perigosos fechados;
- guardar objetos (facas, tesouras, etc.) e medicamentos que possam vir a ser perigosos;
- desligar os eletrodomésticos da tomada e o gás de cozinha para evitar acidentes devido ao esquecimento;
- observar a ingestão de líquidos, especialmente água, para manutenção da hidratação;
- verificar se os alimentos armazenados não estão estragados;
- instalar barras de apoio nos banheiros, para garantir a segurança. Essas barras também podem ser instaladas em outros locais da casa (corredores, escadas, etc.);



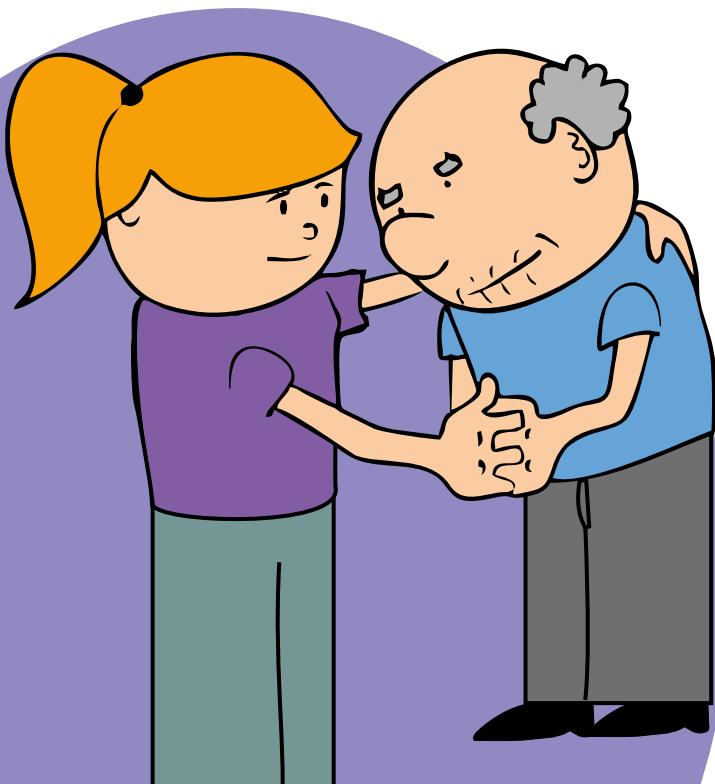
- a escovação dos dentes deve ser feita, no mínimo, uma vez ao dia para evitar o acúmulo de placa e formação de cálculo dental;



- deve-se evitar dormir com próteses e estas devem ser sempre escovadas;
- ficar atento aos cuidados com a saúde bucal do paciente já que com o avançar da doença fica cada vez mais difícil a ida ao dentista;
- cuidar a temperatura da água do banho, para evitar queimaduras e ressecamento da pele. Usar

frequentemente hidratantes corporais para evitar o ressecamento da pele;

- estimular e proporcionar o convívio social com familiares e amigos, incentivando-o a sair de casa para algumas atividades;
- ouvir, conversar e estimular a comunicação (falada e escrita);
- ter paciência, carinho e toque suave nos cuidados diários;
- é importante que o cuidador participe de grupos de apoio para auxiliar nos cuidados diários e também para reservar um tempo para si.



3.2 Fase Intermediária

Nesta fase, as alterações são mais evidentes, devido ao avanço dos sintomas, como:

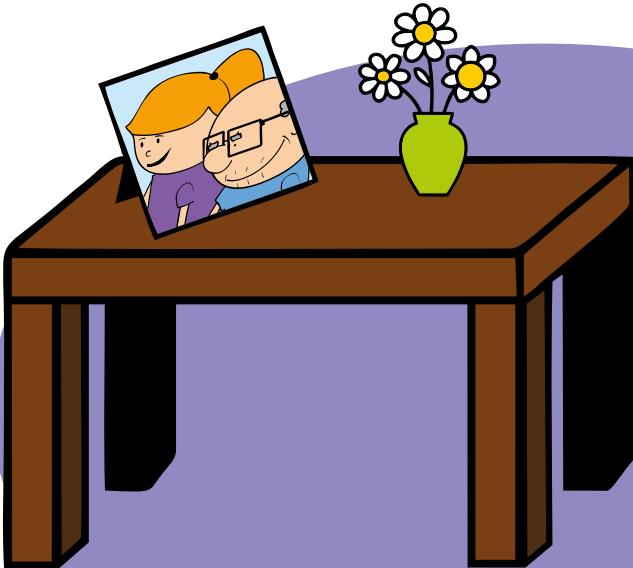
- perda progressiva e marcante da memória;
- aumento da incapacidade de aprender e lembrar informações novas;
- dificuldade de comunicação (fala e escrita);
- repetição das mesmas palavras e frases;
- dificuldade para mastigar e engolir, aumentando o risco de engasgo;
- perambulação, agitação, hostilidade, falta de cooperação, agressividade física e verbal;
- aumento da dificuldade para realizar atividades cotidianas;
- diminuição do equilíbrio, aumentando o risco de quedas ou acidentes;
- necessidade de acompanhamento constante;
- perda de apetite;
- alteração do paladar (gosto) e olfato (cheiro);
- aumento da dificuldade de orientação no tempo e espaço;
- esquecimento de que acabou de comer;
- movimentos menos precisos e mais lentos (por exemplo, dificuldade de manipular talheres e levar o alimento à boca);
- socialização reduzida.



3.2.1 Orientações ao cuidador

- Estimular o raciocínio e a memória com atividades de escrever, decorar palavras, nomear objetos, palavras cruzadas, jogos, músicas, etc.;
- estimular, orientar, supervisionar e auxiliar a pessoa nas atividades, evitando fazer por ela;
- evitar discutir ou gritar com o paciente;
- usar frases curtas e simples para que haja compreensão;
- fornecer pistas para lembrança da rotina e de acontecimentos importantes;
- manter móveis e objetos familiares no mesmo lugar, pois isso serve como referência;
- utilizar atividades para orientação da realidade com álbuns de fotografia, quadros em casa, cartas, vídeos;

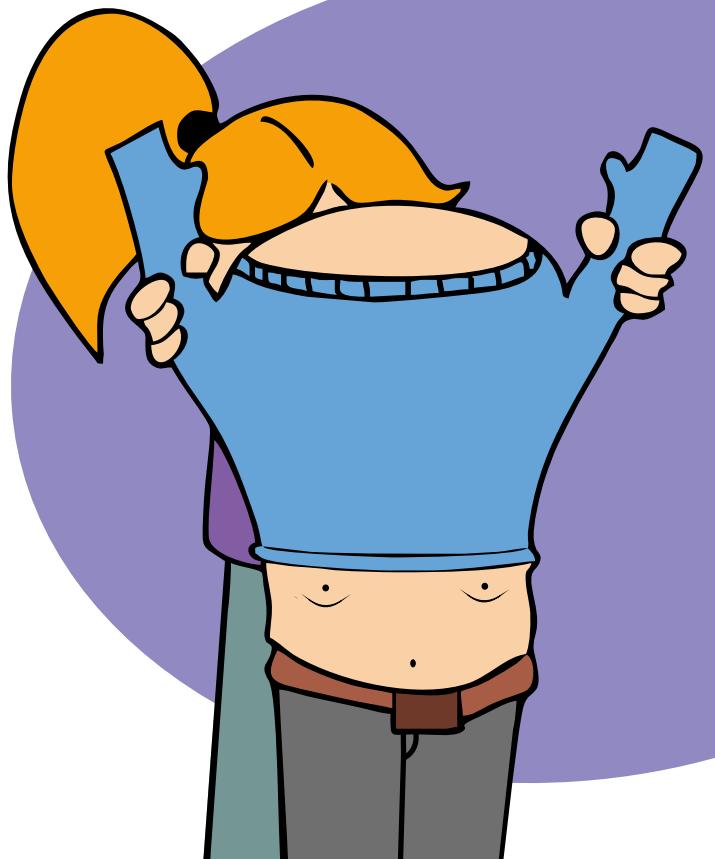
16



- colocar etiquetas com o nome na roupa do paciente;
- quando ocorrerem episódios de alucinações tentar trazê-lo à realidade com calma. Nessas ocasiões, a própria história criada pelo paciente pode ser usada como meio de conduzir ou negociar um desfecho adequado à situação;
- reagir naturalmente se a pessoa apresentar um comportamento inadequado (por exemplo, tirar a roupa em público);
- evitar uso de chinelos pelo risco de quedas. Dar preferência a calçados fáceis de colocar e que fiquem presos aos pés;
- encorajar o paciente a caminhar até quando for possível;
- retirar os tapetes da casa. Se necessário, utilizar tapetes emborrachados;
- instalar barras de apoio nos banheiros, para garantir a segurança. Essas barras também podem ser instaladas em outros locais da casa (corredores, escadas, etc.);
- remover chaves e trancas das portas dos cômodos da casa;
- manter luzes acesas nos locais de passagem e banheiros;
- manter as áreas de piscina, banheira ou outros locais perigosos fechadas;
- oferecer alimentos em pequenas quantidades e várias vezes ao dia para prevenir a perda ou

ganho do peso. Se houver perda de peso, será necessário usar suplementação alimentar com orientação de um nutricionista;

- desligar os eletrodomésticos da tomada e o gás de cozinha para evitar acidentes devido ao esquecimento;
- manter um vestuário simples e confortável; deixar que a pessoa escolha a roupa para usar, estimulando a autonomia e a autoestima;



- continuar estimulando a realização de exercícios e atividades cotidianas, para evitar o agravamento das perdas motoras. Se possível, procurar auxílio de um fisioterapeuta ou terapeuta ocupacional;
- observar a ingestão de líquidos, especialmente água, para manutenção da hidratação;
- verificar se alimentos armazenados não estão estragados;
- guardar os objetos (facas, tesouras, etc.) e medicamentos que possam vir a ser perigosos;
- adequar a consistência dos alimentos de acordo com a capacidade de mastigação da pessoa;
- pode ser necessário misturar medicamento com alimentos, caso a pessoa se negue a ingeri-lo;
- cuidar a temperatura da água do banho para evitar queimaduras e ressecamento da pele. Usar frequentemente hidratantes corporais para evitar o ressecamento da pele;
- ajudar nos cuidados com a higiene bucal;
- ficar atento, pois mudanças de comportamento, alterações bruscas de humor podem indicar dores bucais;
- em casos de uso de próteses, pode ser indicada a retirada delas para facilitar a higiene oral;
- oferecer atividades para distração (domésticas e de lazer) e estimular o convívio social;
- ter paciência, carinho e toque suave no cuidado diário;

- é importante que o cuidador participe de grupos de apoio para auxiliar nos cuidados diários e também para reservar um tempo para si. Tanto para o cuidador, familiar e paciente a ajuda de um psicólogo poderá ser importante nesta fase.

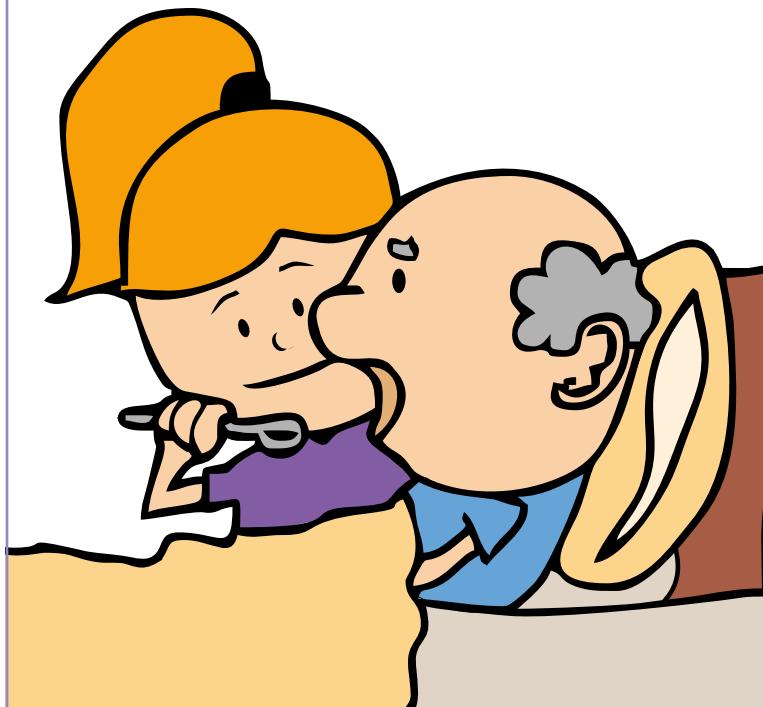


3.3 Fase Avançada

Nesta fase, a pessoa se torna incapaz de desempenhar qualquer atividade, ficando dependente de cuidados, sendo possível observar:

- confusão e perda de memória acentuadas;

- enrijecimento e desenvolvimento de deformidades nas articulações;
- incapacidade de andar, ficando frequentemente restritas ao leito;
- risco de pneumonia e broncoaspiração (entrada de comida/secreção nas vias aéreas), desnutrição e úlceras por pressão (feridas/lesões na pele);
- perda de controle da bexiga e intestino (incontinência);
- incapacidade para se alimentar sozinho e, frequentemente, não sabe o que fazer com o alimento na boca;
- incapacidade de deglutir (engolir), podendo evoluir para o uso de sonda para alimentação.



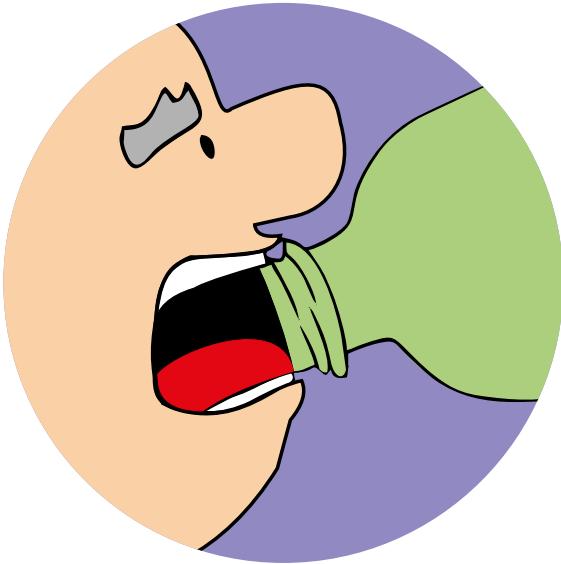
3.3.1 Orientações ao cuidador

- É interessante se criar uma rotina para aqueles que apresentam dependência severa. Isto facilita o trabalho do cuidador e cria um hábito para o paciente;
- estar atento 24 horas ao dia, pois nessa fase a pessoa não consegue mais realizar as tarefas diárias (como higiene, alimentação e vestuário);
- orientar e estimular a troca de posição na cama, de duas em duas horas, para evitar o desenvolvimento de lesões na pele, ativar a circulação, promover diferentes estímulos de percepção e orientação corporal e movimentar as articulações;

- o cuidador deve lembrar-se de oferecer alimentos e líquidos, especialmente água, ao paciente;
- nessa fase, a alimentação terá que ser oferecida ao paciente, pois ele não se lembra de como usar os talheres;
- ter paciência no momento de oferecer a refeição, pois os pacientes esquecem ou não sabem o que fazer com os alimentos que são colocados na sua boca. Assim, o cuidador deve estimular a mastigação fazendo gestos, lembrando os movimentos ao paciente;
- se a dificuldade para deglutir evoluir e houver perda de peso poderá ser necessário o uso de alimentação por sonda. Assim, é importante ficar atento às alterações na alimentação e encaminhar o paciente ao médico para avaliar a necessidade de uso de sonda;
- avaliar a integridade da pele e mantê-la sempre limpa e seca;
- auxiliar ou realizar a higiene corporal e, principalmente, perineal (região íntima), a cada troca de fraldas, se necessário;
- pode ser útil adquirir cadeira de banho para a higiene diária;
- quando possível e seguro, mesmo os acamados devem ser levados ao banheiro para que seja realizado o banho de chuveiro, esta é uma ótima oportunidade de mobilização;



- cuidar a temperatura da água do banho para evitar queimaduras e ressecamento da pele. Usar frequentemente hidratantes corporais para evitar o ressecamento da pele;
- é provável que o cuidador precise de artifícios como abridores de boca para realizar a higiene bucal do paciente;



20

- se o paciente tiver dentes, coloque um abridor de boca que pode ser confeccionado cortando-se o bocal de uma garrafa PET. Escove normalmente os dentes do paciente, inserindo a escova por dentro desse bocal;

- se o paciente não tiver nenhum dente, passe somente uma gaze ou pano limpo umedecido para retirada de restos alimentares;
- evitar confrontos e discussões com o paciente;
- é importante que o cuidador participe de grupos de apoio para auxiliar nos cuidados diários e também para reservar um tempo para si.



Dicas sob o enfoque multidisciplinar

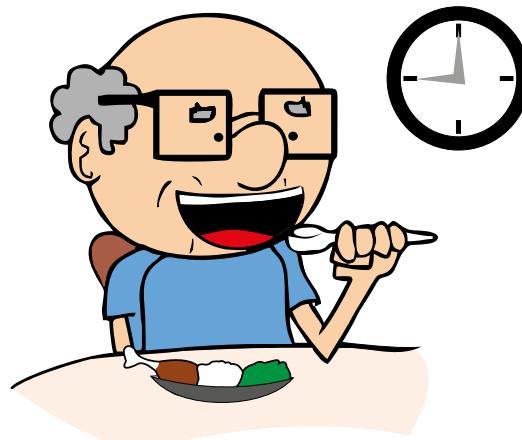
Adriane Cervi Blümke, Nadiesca Taisa Filippin, Patrícia Pasquali Dotto, Cláudia Zamberlan, Jane Beatriz Limberger, Vera Lucy Duarte Costa, Felipe Schroeder de Oliveira, Juliana Gusman de Souza, Priscilla Costa e Souza, Silomar Ilha, Suyane Oliveira, Tavares Rodrigues, Yassmín Hêllwaht Ramadan e Tereza Cristina Blasi.

4.1 Cuidados com a alimentação

A alimentação deve ser variada e colorida para conter todos os nutrientes, especialmente as vitaminas e minerais que têm papel importante na prevenção e tratamento do Alzheimer. Na fase inicial, a alimentação é fundamental para retardar o avanço da doença. A seguir estão algumas dicas que o cuidador deve estar atento para garantir uma alimentação saudável ao paciente com a doença de Alzheimer.

- Fracionar as refeições, fazer de quatro a seis ao dia. Como o apetite normalmente diminui, comer pouco e frequentemente é importante para manter o estado nutricional adequado.

- O horário das refeições deve ser rigorosamente observado. O organismo tende habituar-se a horários rotineiros estimulando a fome, um mecanismo essencial para o sucesso de uma boa aceitação alimentar.



- Estabelecer horários fixos para o paciente se alimentar, assim não vai se esquecer de fazer as refeições. Uma dica é mostrar o relógio para que ele associe o horário à refeição.
- Se for necessário, poderá ser importante desfiar a carne e cozinhar bem os alimentos para que fiquem macios, de fácil mastigação e digestão. Outra opção é amassá-los com auxílio de um garfo. Não se recomenda liquidificar os alimentos para estimular o processo mastigatório a fim de evitar atrofia dos músculos da face.
- Oferecer frutas nos horários dos lanches (manhã e tarde), que podem ser picadas, amassadas ou na forma de sucos.
- Fazer refogados de legumes (couve, vagem, cenoura, abóbora, moranga, espinafre, brócolis, couve-flor, etc.).
- Oferecer feijão, pelo menos, três vezes por semana. Caso não tolere bem o feijão, este pode ser substituído por lentilha, ervilha ou grão de bico, ou ainda feijão branco ou carioca que possuem menos enxofre.
- Sempre que possível oferecer alimentos integrais como: pão integral, arroz integral ou parboilizado, macarrão integral, linhaça moída, farelo de aveia ou de trigo. Esses alimentos são ricos em fibras, vitaminas e minerais que ajudam no funcionamento do intestino.

- Lembrar ao paciente de tomar água, pois a percepção de sede pode estar prejudicada, fazendo com que fique com desidratação crônica. O ideal é de seis a oito copos de água/dia para manter a hidratação do organismo, especialmente da pele e intestino. Uma dica é deixar um copo inquebrável ou uma garrafa de 500 ml por perto para que ele mesmo se lembre de tomar água, sucos ou chás.



- Evitar oferecer alimentos gordurosos, frituras e ricos em açúcares (como doces em geral, sobremesas, balas e tortas), pois podem favorecer o surgimento de outras doenças como diabetes e hipertensão arterial.
- Ofereça alimentos fontes de ácido fólico que está presente nos vegetais de cor verde escura (como brócolis, espinafre, couve, etc.), carnes, feijão e cereais integrais. Essa vitamina é importante para não agravar a perda de memória.
- Ofereça alimentos fontes de nutrientes antioxidantes que ativam a memória e retardam a evolução da doença:
 - Vitamina A: presente no fígado, leite e derivados, cenoura, manga, abóbora e mamão.
 - Vitamina C: presente na laranja, limão, bergamota, goiaba, morango, acerola e kiwi.
 - Vitamina E e selênio: óleos vegetais, azeite de oliva, nozes, castanha-do-pará, cereais integrais (linhaça moída).
 - Ômega-3: óleos vegetais, oleaginosas e peixes (sardinha e atum).
- Nas fases mais avançadas, o cuidador deve ficar atento à alimentação do paciente, lembrando-o de que deve comer devagar, levar pequenas porções de comida à boca e mastigar bem os alimentos antes de deglutir, especialmente os alimentos sólidos.

- Se houver perda de peso e massa magra (músculo), é importante oferecer mingaus de leite com frutas amassadas ou liquidificadas, enriquecidas com cereais (aveia, farelo de trigo, etc.), leite em pó e suplementos como sustagen.
- A dificuldade de levar o alimento à boca tende a aumentar com a progressão da doença. Por isso, pode ser importante fazer uma adaptação do talher, usando cabo mais grosso para preservar a autonomia do paciente. Evite dar a comida na boca do paciente! Fazer isso apenas se realmente ele não conseguir.
- É importante a presença dos familiares nos momentos das refeições. Manter o ambiente calmo, limpo e sem tapetes por perto.

Dicas para estimular a alimentação em pacientes com redução da visão:

- para que a refeição seja mais atraente, usar alimentos bem coloridos e toalhas de cores únicas, de uso individual e laváveis (existem os chamados jogos americanos, que são práticos e decorativos, de várias cores que podem ser contrastantes com a mesa);
- colocar na mesa somente o necessário e à disposição do paciente (o prato deve ser de material inquebrável e os talheres devem ser reduzidos ao mínimo necessário).

Dicas para estimular a alimentação em situações de redução do paladar:

- limpar a língua, usando escova dental;
- usar mais temperos naturais (salsa, cebola, orégano, manjeriço, pimentão, tomate, alho, etc.) e não abusar do sal.

Dica para estimular a alimentação em situações de redução do olfato:

- cortar o excesso de pelos das narinas, pois a pessoa com a doença de Alzheimer tem o hábito de cheirar o alimento antes de comê-lo.

Dicas de alimentação quando o paciente possui dificuldade de mastigação:

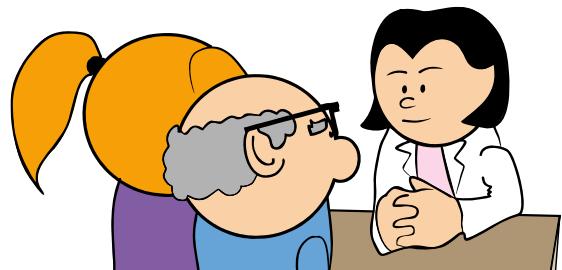
- preparar alimentos com molhos para facilitar a mastigação e deglutição (engolir);
- evitar cortar os pedaços de carnes e outros alimentos muito grandes. Preferir desfiar a carne e amassar os outros alimentos;
- observar a consistência do alimento, para reduzir os riscos de engasgo. Podem ser usados espessantes na água ou líquido, para facilitar a deglutição;
- procurar dentista e/ou fonoaudiólogo para avaliar a mastigação do paciente;

- a consistência da dieta vai depender da capacidade de mastigação do paciente. Dependendo do caso, pode ser necessário oferecer suplemento alimentar para complementar a alimentação e evitar a perda de peso. Para isso, procure um nutricionista.

Dicas gerais:

- os utensílios (prato, copo, talheres) devem ser resistentes ou inquebráveis;
- preferir pratos fundos, para evitar que a comida caia fora do prato;
- usar talher com cabo mais grosso e colher com curvatura;
- usar copos com alças, tampas e canudos;
- na cozinha, a iluminação deve ser adequada;
- deixar filtro de água, jarra, copo ou garrafa e alimentos ao alcance da pessoa;
- as prateleiras devem estar à altura da pessoa para que ela não precise usar banquinho ou escada, evitando as quedas.

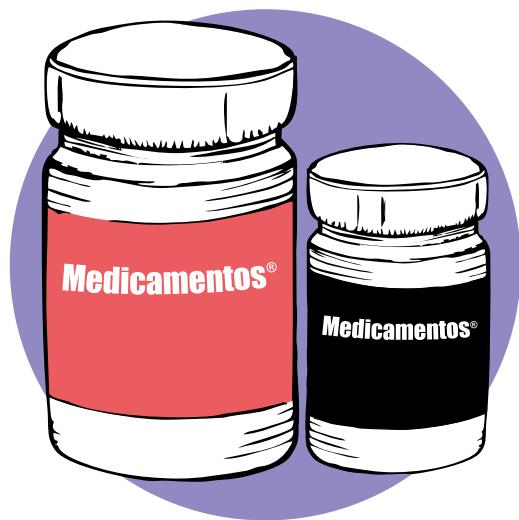
É importante que o cuidador monitore o estado nutricional do paciente, a fim de identificar alteração de peso e perda de massa magra (músculo). Ao perceber esses sinais, procurar o médico ou nutricionista.



4.2 Terapia medicamentosa

A utilização de medicamentos pelo paciente com doença de Alzheimer deve ser acompanhada de vários cuidados:

- deve-se ficar atento à dose prescrita pelo médico, já que muitos medicamentos de mesmo nome possuem doses diferentes. Devido ao aumento de sensibilidade do idoso, doses superiores inadequadas podem levar a sérios efeitos adversos;
- pode ser comum a prescrição de vários medicamentos devido à presença de outras doenças. Quanto maior o número de medicamentos utilizados, maior a chance de apresentar efeitos adversos e interações medicamentosas. Os medicamentos não devem ser suspensos, mas deve-se ficar atento ao surgimento de efeitos adversos que possam comprometer a saúde do paciente;



- no indivíduo com dificuldade de mastigação e deglutição, é comumente necessária a escolha de uma forma farmacêutica que seja compatível com o paciente com doença de Alzheimer. Assim, formas líquidas são mais adequadas. Alguns medicamentos podem ser triturados e administrados com alimentos, porém não é uma regra. É importante o acompanhamento do farmacêutico para essas adaptações;
- cápsulas devem ser tomadas inteiras, sem abri-las ou mastigá-las, com um copo de água. Siga os horários estabelecidos pelo seu médico. Em caso de esquecimento de uma dose, aguarde para tomar a próxima dose no horário usual. Não tome a dose dobrada;
- o tratamento cognitivo do paciente com doença de Alzheimer geralmente é realizado da seguinte maneira:
 - quadro leve: Donezepila ou Rivastigmina ou Galantamina ou Tacrina ou Memantina + Vitamina E;
 - quadro moderado: Donezepila ou Rivastigmina ou Galantamina ou Tacrina + Memantina + Vitamina E.Esses fármacos diminuem a velocidade de deterioração dos neurônios, melhoram ou estabilizam a cognição. Esta melhora é transitória, dura de 6 a 12 meses. Pode causar náusea, vômito e diarreia. A Vitamina E é antioxidante, sendo um fator de proteção para os neurônios;

- outros medicamentos que podem ser utilizados: Estrogênio - uso em mulheres, quando o risco for menor que o benefício; Pravastatina e Lovastatina - hipolipemiantes: efeito não comprovado; Ginkgo biloba - sem evidências clínicas, seu uso deve ser feito com cautela;
- os problemas comportamentais ou psicológicos associados são tratados com medicamentos específicos:

- depressão: utilizam-se Citalopram ou Sertralina (medicamentos de primeira opção), Fluoxetina, Paroxetina ou Venlafaxina (medicamentos de segunda opção);

- psicose: utilizam-se Olanzapina ou Risperidona (medicamentos de primeira opção), Quetiapina (medicamentos de segunda opção) e Haloperidol (medicamentos de terceira opção);

- agitação: utilizam-se Olanzapina ou Risperidona (medicamentos de primeira opção), Citalopram ou Carbamazepina (medicamentos de segunda opção) e Oxazepam, Buspirona, Trazodona ou Selegilina (medicamentos de terceira opção).

Para esses medicamentos, deve-se observar o paciente de perto e registrar cuidadosamente os efeitos. É importante que qualquer alteração seja comunicada ao profissional que acompanha o paciente;

- é importante verificar se o medicamento utilizado não tem sua ação prejudicada pela adminis-

tração com alimentos. Cada medicamento deve ser avaliado individualmente. Isto também vale para chás ou fitoterápicos;

- existem várias pesquisas sobre novos fármacos para o tratamento da doença de Alzheimer, avaliando a eficácia no retardo da progressão dos sintomas e até a reversão da doença. Porém, é preciso cautela na utilização desses produtos, sempre avaliando a segurança do paciente.



4.3 Higiene corporal e bucal

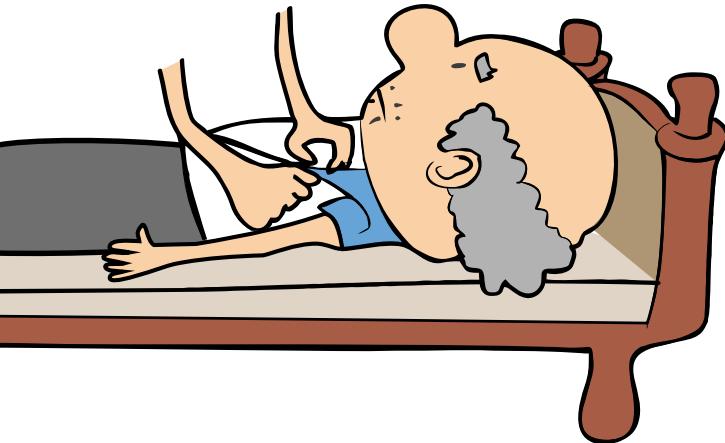
A higiene do corpo é importante para o bem-estar do paciente, em especial quando este é acamado, tendo em vista que esta prática limpa a pele, conserva sua integridade e estimula a circulação. Assim, seguem dicas para o banho de aspersão e banho de leito:

Banho de aspersão (chuveiro) com auxílio:

- inicialmente, devem ser avaliadas as condições do paciente;
- estimular o uso de chinelos de borracha para evitar quedas;
- verificar a temperatura da água a fim de evitar lesões na pele;
- permanecer próximo ao paciente, auxiliando-o a enxugar-se, vestir-se e calçar-se;
- manter o ambiente em ordem.

Banho de leito de paciente acamado:

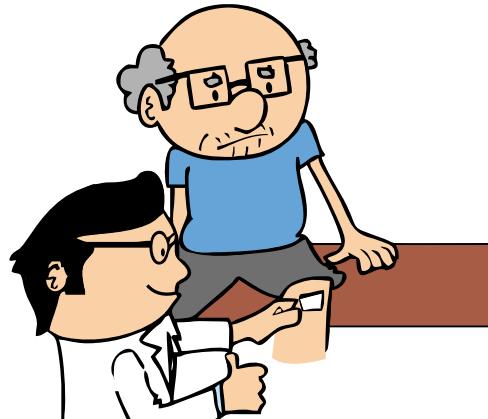
- deve ser realizado sempre que o paciente estiver impossibilitado de executar as atividades diárias sozinho, ficando limitado ao leito. Possui a mesma finalidade do banho de aspersão e, além disso, previne úlceras de pressão pela movimentação do paciente no leito.



Dicas para o responsável pelo banho de leito:

- lavar as mãos;
- explicar o que será feito ao paciente;
- dispor o material próximo à cama do paciente;
- retirar a roupa do paciente e cobri-lo com um lençol;
- iniciar o banho pela cabeça, lavar o rosto com água pura e secar;
- após, lavar pescoço, tórax, abdômen e braços;
- a seguir, colocar o paciente em decúbito lateral (de lado), lavar e secar as costas, bem como a região glútea (bumbum);
- após essa etapa, lavar a genitália e secar (última etapa);
- arrumar a cama, trocar os lençóis e vestir o paciente;
- manter o ambiente (quarto) organizado.

O enfermeiro poderá avaliar, prescrever e realizar curativos, caso seja necessário. Em estágios mais avançados da doença, poderá avaliar a necessidade do uso de sonda de alimentação e vesical, orientando o seu manejo e cuidado.



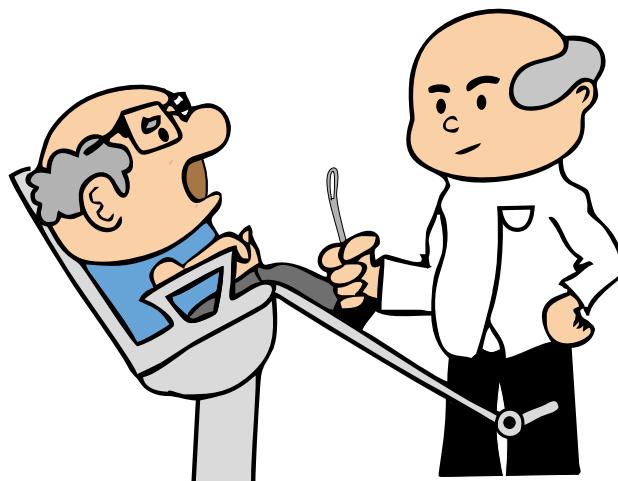
Higiene oral:

- os dentes devem ser escovados para retirada de placa bacteriana acumulada;



- uso do fio dental está indicado tanto para uma correta higiene dos espaços interproximais quanto como uma forma de trabalhar a motricidade do paciente e a memória;
- no caso de pessoas com ausência total de dentes, deve-se utilizar uma gaze úmida passada por dentro da boca para remover os restos alimentares;
- as próteses devem ser retiradas durante a noite, escovadas com escova macia e colocadas em um copo com água e uma colher de hipoclorito de sódio (alvejante);

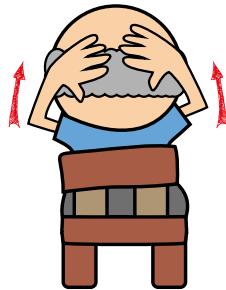
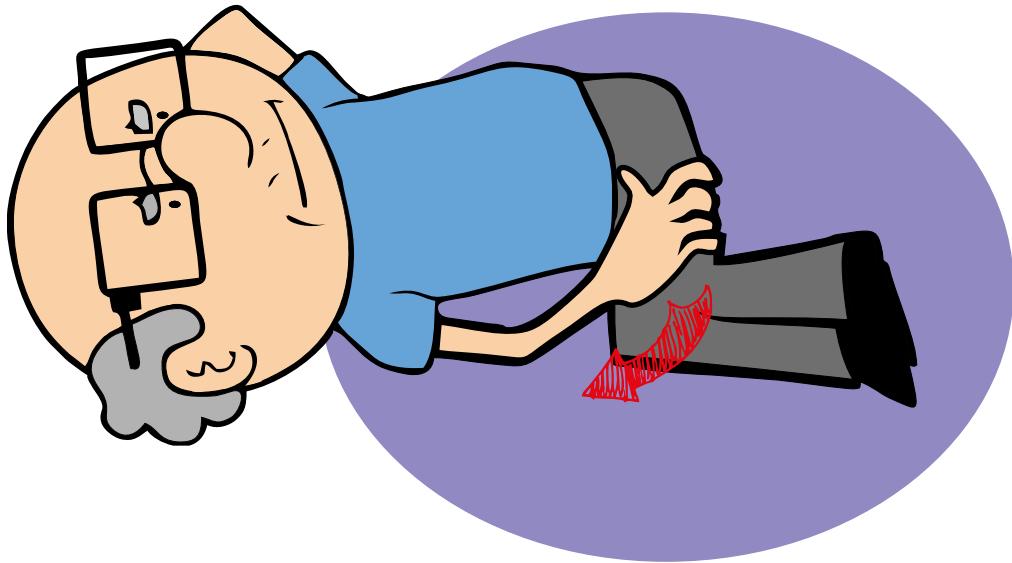
- manter a boca umedecida, pois muitos medicamentos podem causar xerostomia (boca seca). Isso evita fissuras que podem infeccionar e/ou causar dor e desconforto.



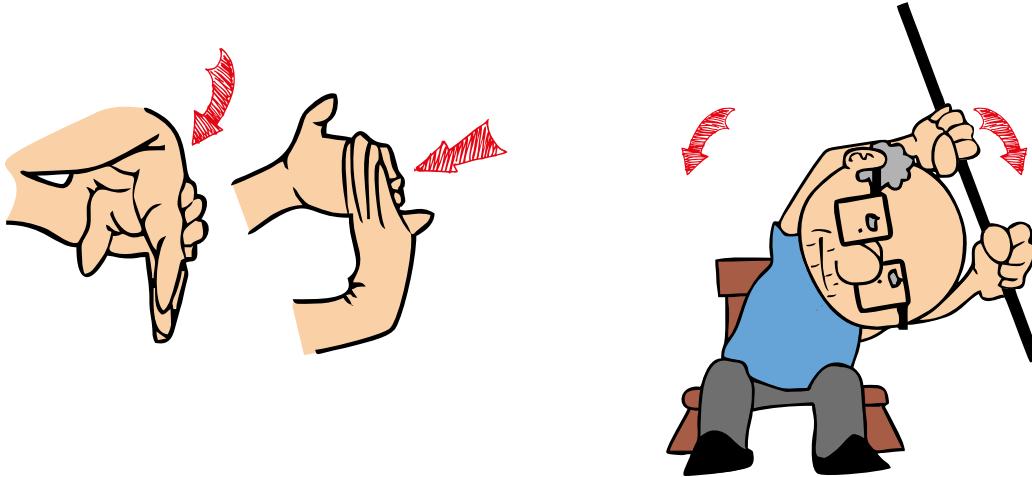
4.4 Cuidados físico-funcionais

- O cuidador deve estimular a realização de atividades e exercícios físicos individuais ou em grupo (caminhada, bicicleta ergométrica, terapia aquática), para melhorar o condicionamento cardiorrespiratório e manter o movimento normal das articulações do paciente.
- Acompanhar o paciente em caminhadas ao redor de casa e na vizinhança, mas garantir sua segurança, evitando as quedas e suas consequências.

- Realizar alongamentos musculares de braços, pernas, tronco e pescoço, para evitar encurtamentos, deformidades e contraturas provocados pela diminuição da atividade e, mais tarde, imobilização no leito. O paciente pode fazer os alongamentos sozinho, sob supervisão ou com a ajuda do cuidador.

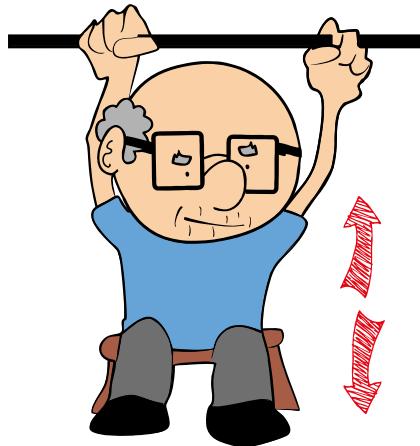


- Movimentar as articulações para manter/aumentar a amplitude dos movimentos. Os exercícios, inicialmente, poderão ser realizados ativamente pelo paciente (usar objetos pessoais). Mais tarde, o cuidador poderá fazer a movimentação das articulações passivamente.

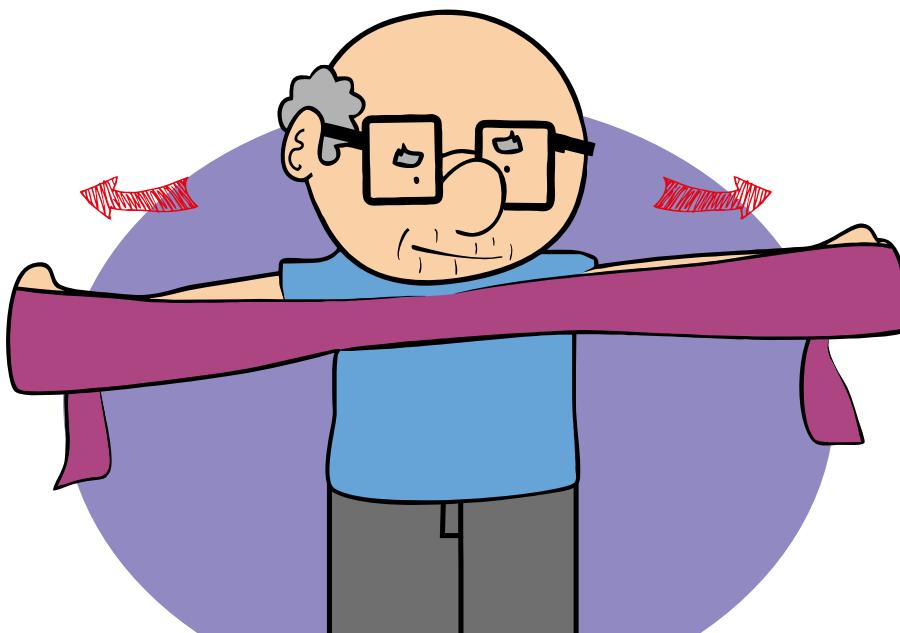
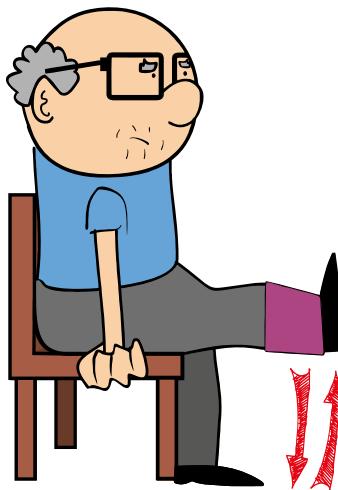
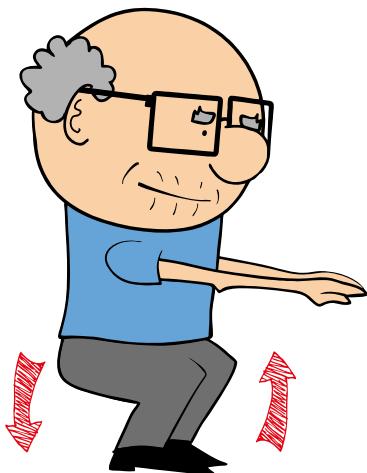


30

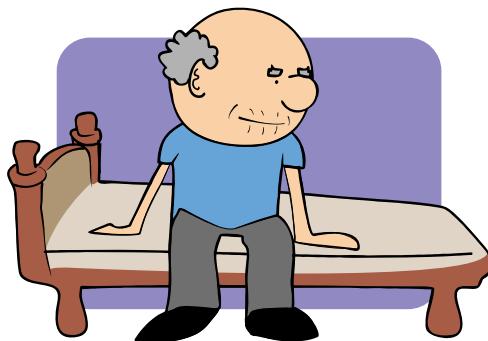
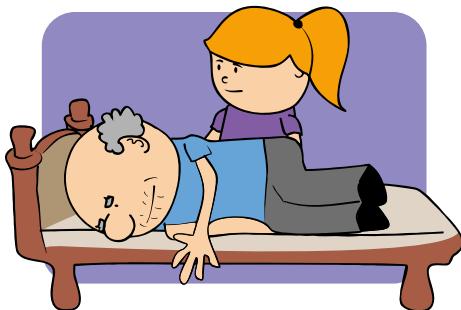
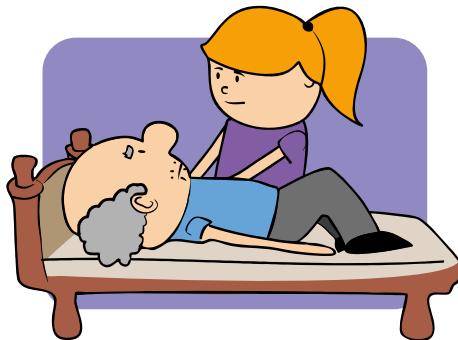
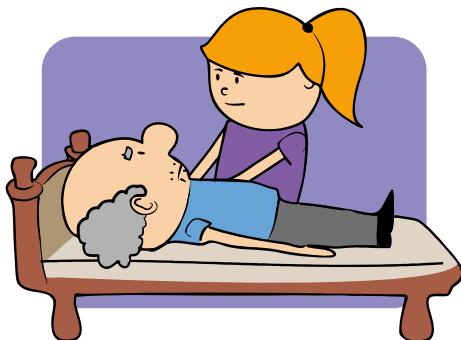
- Exercícios respiratórios podem ser realizados com os exercícios para braços. Por exemplo, o paciente pode segurar um bastão (cabo de vassoura) com as duas mãos e quando levantar o bastão deverá ser lembrado de puxar o ar pelo nariz. Quando abaixar o bastão deverá soltar o ar pela boca.



- Os músculos dos braços, pernas e tronco deverão ser fortalecidos por meio de exercícios com pesos ou outro tipo de resistência e, também, utilizando-se o peso do próprio corpo. A manutenção da força muscular facilitará a realização das atividades cotidianas.



- O cuidador deve estimular a independência nas transferências (de deitado de costas para o deitado de lado, de deitado para sentado, de sentado para em pé). Nos estágios mais avançados da doença, o cuidador deverá assumir este papel.



- Posicionar adequadamente o paciente na cama ou na cadeira de rodas e fazer trocas de posição para evitar, por exemplo, lesões na pele. Manter o corpo sempre alinhado (reto), tanto deitado quanto sentado. Isso pode ser feito com o auxílio de travesseiros e almofadas. É importante que o paciente alterne entre ficar em pé e caminhar (quando possível), sentar e deitar.
- Permitir que o paciente tenha contato com diferentes estímulos sensoriais como, por exemplo, sons, toque, visão, olfato (cheiro) e gustação (gosto).
- É importante estimular a independência do paciente em todas as atividades cotidianas (higiene, alimentação, vestuário, etc.) e domésticas, pois isso contribuirá para a manutenção das estruturas e funções corporais e influenciará no seu bem-estar. Mesmo que ele demore na execução de determinadas tarefas/atividades, o que é esperado com a evolução da doença, estimule-o a realizá-las.
- Estimular as funções cognitivas (atenção, concentração, memória, linguagem, raciocínio e orientação no tempo e no espaço) durante a realização das atividades propostas. Por exemplo, dar um tempo para o paciente pensar e responder, deixar que ele tome algumas decisões fáceis e estimulá-lo a se lembrar de como se faz determinado exercício.

O cuidador deve estar atento às necessidades do paciente. É importante que este seja acompa-

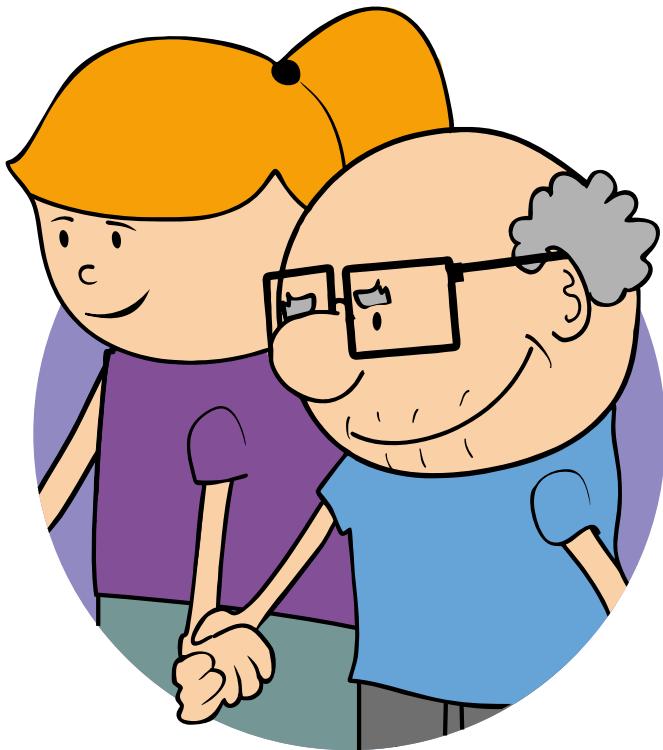
nhado pelo fisioterapeuta e pelo terapeuta ocupacional, pois esses profissionais podem oferecer o suporte adequado para a manutenção das condições físico-funcionais da pessoa com doença de Alzheimer. Por exemplo, o fisioterapeuta poderá trabalhar a força, o equilíbrio, a mobilidade, o andar, prevenir e tratar a incontinência urinária e fecal, melhorar a função respiratória, promover o alívio da dor, dentre outros aspectos. O terapeuta ocupacional poderá identificar ambientes adequados ou adaptá-los para atividades que são desafiadoras, orientar sobre como facilitar a realização das atividades diárias, analisar, adaptar e administrar as atividades de lazer. O trabalho de ambos os profissionais visa à funcionalidade, à autonomia e à qualidade de vida do paciente.



Considerações finais

Todos estes profissionais são habilitados para prestar assistência à pessoa com doença de Alzheimer, bem como assistir, orientar e capacitar o cuidador. Além do acompanhamento específico que compete aos profissionais de saúde, é importante que haja carinho, respeito, atenção e amor no cuidado com o paciente. Compartilhar o amor torna as pessoas fortes e conscientes de si mesmas para que possam superar as dificuldades.

O cuidador, quando possível, deve dividir com outros membros da família as tarefas, evitando assim a sobrecarga e o estresse. Para preservar a saúde mental e física, o cuidador precisa manter suas atividades de interesse, como trabalho, estudo e o lazer. Todo o apoio e a solidariedade recebidos pelo cuidador são transmitidos por ele ao paciente como em um efeito dominó.



Referências

ABREU, I. D.; FORLENZA, O. V.; BARROS, H. L. Demência de Alzheimer: correlação entre memória e autonomia. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 32, n. 3, p. 131-136, 2005.

APRAHAMIAN, I.; MARTINELLI, J. E.; YASSUDA, M. S. Doença de Alzheimer: revisão da epidemiologia e diagnóstico. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, v. 7, p. 27-35, 2009.

BLANKEVOORT, C. G. et al. Review of Effects of Physical Activity on Strength, Balance, Mobility and ADL Performance in Elderly Subjects with Dementia. **Dementia and Geriatric Cognitive Disorders**, v. 30, p. 392-402, 2010.

GUYTON, A. C.; HALL, J. **Tratado de fisiologia médica**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

MACHADO, J.; FRANK, A. A.; SOARES, E. A. Fatores dietéticos relacionados à doença de Alzheimer. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, v. 21, n. 2, p. 252-257, 2006.

MATOS, E.; PIRES, D. E. P. Práticas de cuidado na perspectiva interdisciplinar: um caminho promissor. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 338-346, 2009.

MCKHANN, G.; DRACHMAN, D.; FOLSTEIN, M. et al. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of the Department of Health and Human Services Task force on Alzheimer's disease. **Neurology**, v. 34, p. 939- 944, 1984.

MELO, M. A.; DRIUSSO, P. Proposta Fisioterapêutica para os cuidados de Portadores da Doença de Alzheimer. **Envelhecimento e Saúde**, v. 12, n. 4, p. 11-18, 2006.

NEISTADAT, M. E.; CREPEAU, E. B. **Terapia Ocupacional**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

VILELA, L. P.; CARAMELLI, P. A doença de Alzheimer na visão de familiares de pacientes. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 52, n. 3, p. 148-152, 2006.

Minicurrículos

Autores/Colaboradores

Adriane Cervi Blümke

Nutricionista. Mestre em Ciência da Nutrição pela Universidade Federal de Viçosa (UFV). Professora do Curso de Nutrição do Centro Universitário Franciscano.

Cláudia Zamberlan

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Professora do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Franciscano.

Felipe Schroeder de Oliveira

Psicólogo. Mestre em Psicologia Social e da Personalidade pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Professor do Curso de Psicologia do Centro Universitário Franciscano.

Jane Beatriz Limberger

Farmacêutica. Mestre em Química pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Professora do Curso de Farmácia do Centro Universitário Franciscano.

Juliana Gusman de Souza

Acadêmica do curso de Nutrição do Centro Universitário Franciscano.

Nadiesca Taisa Filippin

Fisioterapeuta. Doutora em Fisioterapia pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Professora do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Franciscano.

Patrícia Pasquali Dotto

Odontóloga. Doutora em Biopatologia Bucal pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP). Professora do Curso de Odontologia do Centro Universitário Franciscano.

Priscilla Costa e Souza

Acadêmica do curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Santa Maria.

Silomar Ilha

Enfermeiro. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande (FURG).

Suyane Oliveira Tavares Rodrigues

Acadêmica do curso de Psicologia do Centro Universitário Franciscano.

Tereza Cristina Blasi

Nutricionista. Mestre em Ciência e Tecnologia dos Alimentos pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Professora do Curso de Nutrição do Centro Universitário Franciscano.

Vera Lucy Duarte Costa

Terapeuta Ocupacional. Especialista em Reabilitação pelo Centro Universitário Metodista (IPA). Professora do Curso de Terapia Ocupacional do Centro Universitário Franciscano.

Yassmín Hêllwaht Ramadan

Odontóloga. Graduada pelo Centro Universitário Franciscano.

“Cuidar é mais que um ato;
É uma atitude.
Portanto, abrange mais que um
momento de atenção.
Representa uma atitude
de ocupação, preocupação,
de responsabilização e de
envolvimento afetivo com o outro.”

(Leonardo Boff)

Você não está sozinho!

O **Grupo AMICA** te convida para encontros quinzenais, às quintas-feiras, às 17 horas.



Rua dos Andradas, 1750 - prédio 17
2º andar - sala 231



Informações:
(55) 3220-1202

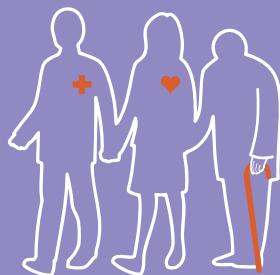


amica@unifra.br ou
grupoamica@gmail.com



www.facebook.com/GrupoAmica

ISBN 978-85-7909-040-0



AMICA

Assistência Multidisciplinar Integrada
aos Cuidadores dos Portadores
da Doença de Alzheimer

CENTRO UNIVERSITÁRIO
FRANCISCANO