

# Manual do CUIDADOR

DOENÇA DE  
ALZHEIMER



### **Editora chefe**

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

2022 by Atena Editora

### **Editora executiva**

Natalia Oliveira

Copyright © Atena Editora

### **Assistente editorial**

Flávia Roberta Barão

Copyright do texto © 2022 Os autores

Copyright da edição © 2022 Atena Editora

### **Bibliotecária**

Janaina Ramos

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo do texto e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

### **Conselho Editorial**

#### **Ciências Biológicas e da Saúde**

Profª Drª Aline Silva da Fonte Santa Rosa de Oliveira – Hospital Federal de Bonsucesso

Profª Drª Ana Beatriz Duarte Vieira – Universidade de Brasília

Profª Drª Ana Paula Peron – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília

Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás

Prof. Dr. Cirênio de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto

Profª Drª Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí

Profª Drª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

Profª Drª Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina  
Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília  
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina  
Profª Drª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira  
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Profª Drª Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco  
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra  
Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras  
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria  
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia  
Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco  
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará  
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí  
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. José Aderval Aragão – Universidade Federal de Sergipe  
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
Profª Drª Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás  
Profª Drª Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás  
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas  
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Profª Drª Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará  
Prof. Dr. Maurilio Antonio Varavallo – Universidade Federal do Tocantins  
Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma  
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federacl do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá  
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados  
Profª Drª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino  
Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora  
Profª Drª Sheyla Mara Silva de Oliveira – Universidade do Estado do Pará  
Profª Drª Suely Lopes de Azevedo – Universidade Federal Fluminense  
Profª Drª Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí  
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande  
Profª Drª Welma Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco

# Manual do cuidador – Doença de Alzheimer

**Indexação:** Amanda Kelly da Costa Veiga

**Revisão:** Os autores

## Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

M294 Manual do cuidador – Doença de Alzheimer / Aline Jacoski de Oliveira Kruger, Caroline Toledo, Claudia Kamilla Shupecheck, et al. - Ponta Grossa - PR, 2022.

Outros autores  
Daiane Priscila Simão  
Daniel Vicentini de Oliveira  
Dannyelli Cristina da Silva  
Dieniffer Socoloski  
Fernanda Castanho de Oliveira  
Fernanda Correa de Melo  
Fernando Sluchenshi  
Jéssica Kot  
Juliana Sartori Bonini  
Keli Ap. Lejambre  
Lucas de Oliveira Araújo  
Murilo Bastos  
Patrícia Amâncio da Rosa  
Renan Cassiano Ratis  
Renan Felipe Gonçalves  
Timothy Gustavo Cavazzotto Nunes da Silva  
Weber Cláudio Francisco Nunes da Silva

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-258-0763-8

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.638222710>

1. Alzheimer, Doença de. I. Kruger, Aline Jacoski de Oliveira. II. Toledo, Caroline. III. Shupecheck, Claudia Kamilla. IV. Título.

CDD 616.831

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

**Atena Editora**

Ponta Grossa – Paraná – Brasil

Telefone: +55 (42) 3323-5493

[www.atenaeeditora.com.br](http://www.atenaeeditora.com.br)

contato@atenaeeditora.com.br

## DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao conteúdo publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que o texto publicado está completamente isento de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

## DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, *desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

# Sumário

1 Apresentação	4
1.1 Público Beneficiado	4
1.2 Objetivos	4
1.3 Serviços Prestados	5
1.4 Fluxograma de Atendimento	5
1.5 Requisitos para cadastro AEPAPA	6
2 Conhecendo o Alzheimer	6
2.2 Quais profissionais procurar e quando	9
2.3 Exames	11
2.4 Medicamentos	11
3 Orientações no cuidado com a pessoa com doença de Alzheimer	12
3.1 Orientação Nutricional	12
3.1.1 Desnutrição energético-proteica	12
3.1.2 Desidratação	13
3.1.3 Disfagia	13
3.1.4 Tipos de dietas indicadas	13
3.2 Orientação Assistencial	15
3.3 Orientações Pedagógicas	16
3.4 Outros profissionais atuantes	17
3.4.1 Fonoaudiologia	17
3.4.2 Psicologia	21
3.5 Orientação quanto aos direitos da pessoa com doença de Alzheimer	22

<b>4 Doença de Alzheimer: facilitando o dia a dia do paciente e do cuidador</b>	<b>24</b>
<b>4.1 Família</b>	<b>24</b>
<b>4.2 Atividades de Lazer</b>	<b>25</b>
<b>4.3 Comportamento</b>	<b>26</b>
<b>4.4 Situações de Risco</b>	<b>26</b>
<b>4.5 Vestuário</b>	<b>27</b>
<b>4.6 Cuidado Pessoal</b>	<b>28</b>
<b>4.7 Banho</b>	<b>29</b>
<b>4.8 Sono e Repouso</b>	<b>29</b>
<b>5. Atividade de Estímulo</b>	<b>30</b>
<b>5.1. Atividade física para a pessoa com doença de Alzheimer</b>	<b>31</b>
<b>6. Telefones</b>	<b>32</b>
<b>6.1. Denúncia de violência à pessoa idosa</b>	<b>32</b>
<b>6.2. CRAS e CREAS</b>	<b>32</b>
<b>Referências</b>	<b>33</b>

# 1- Apresentação

A Associação de Estudos, Pesquisas e Auxílio às Pessoas com Doença de Alzheimer foi fundada em 10 de maio de 2012;

- É uma organização da Sociedade Civil sem fins lucrativos;
- Está devidamente inscrita no CNPJ 16.738.827/0001-37;
- Utilidade Pública Municipal n° 2144/2013;
- Utilidade Pública Estadual n° 18882/2016;
- CEBAS – Certificação das Entidades Beneficentes de Assistência Social – Portaria 119 de 28/08/2020, Art. 2°, Item 23;
- Inscrita no Conselho Municipal dos Direitos do Idoso, inscrição n° 02;
- Inscrita no Conselho Municipal de Assistência Social, inscrição n° 22.

## 1.1 Público Beneficiado

Pessoas com diagnóstico de Doença de Alzheimer com atestado emitido por médico neurologista e/ou geriatra.



## 1.2 Objetivos

- Prestar apoio, orientação e suporte às pessoas com Alzheimer em domicílio;
- Prestar apoio e suporte aos cuidadores e familiares;
- Realizar pesquisas científicas.

### 1.3 Serviços Prestados

Compor e capacitar equipe multiprofissional;

Realizar avaliações e suporte neuropsicológico aos pacientes com Doença de Alzheimer;

Realizar suporte psicológico aos cuidadores e familiares;

Realizar fisioterapia domiciliar visando a independência funcional dos pacientes;

Realizar avaliação, adequação e acompanhamento nutricional aos idosos com doença de Alzheimer sob supervisão de nutricionista;

Atuar no tratamento de feridas, úlceras de pressão e planejar ações de proteção ao surgimento de escaras;

Informar aos pacientes/cuidadores sobre a utilização correta dos medicamentos;

Compor e capacitar grupo de apoio aos familiares;

Avaliar os efeitos das intervenções multidisciplinares sobre a qualidade de vida dos pacientes e cuidadores.

### 1.4 Fluxograma de Atendimento

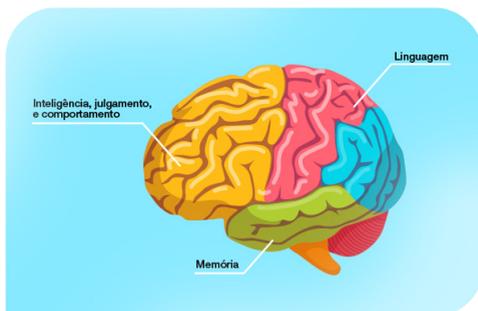


## 1.5 Requisitos para cadastro AEPAPA

O público alvo da AEPAPA são pessoas com doença de Alzheimer, cuidadores e seus familiares. Para cadastro na AEPAPA é preciso que o paciente tenha diagnóstico de Doença de Alzheimer com atestado emitido por médico neurologista e/ou geriatra.

### 2 Conhecendo o Alzheimer

A doença de Alzheimer é uma doença que afeta o cérebro, associada à idade avançada. Além disso, é uma doença degenerativa, pois ocorre de maneira lenta e progressiva. Em geral, se inicia com a perda da memória, mas com a evolução acomete todo o cérebro em aproximadamente dez anos. Com isso, podemos chamá-la de **DEMÊNCIA DO TIPO ALZHEIMER**.



A nomenclatura “demência” está relacionada a um grupo de doenças que possuem sinais e sintomas como: diminuição da memória, conhecimento, prejuízo na linguagem e nas atividades do dia a dia. Essas alterações causam restrições na vida social, familiar e pessoal, tanto do paciente quanto do cuidador. Não existe somente a demência do tipo Alzheimer, mas ela é a mais conhecida.



Os sintomas mais comuns da demência são:

- ➔ **Perda de memória:** esquece o que fez e/ou o que já aconteceu;
- ➔ **Dificuldades de executar tarefas domésticas:** tarefas como cozinhar ou limpar a casa já não são feitas da mesma forma;
- ➔ **Problemas com o vocabulário:** esquece algumas palavras ou de como explicar uma situação;



- ➔ **Desorientações no tempo e no espaço:** não sabe qual é o período do dia (manhã, tarde, noite). Exemplo: dorme durante o dia e não dorme à noite, não sabe em qual parte da casa está;
- ➔ **Incapacidade de julgar situações:** não consegue resolver um problema;
- ➔ **Problemas com o raciocínio abstrato:** não consegue imaginar algum fato que não estava presente, por exemplo;

- ➔ **Colocar objetos em lugares equivocados:** coloca os objetos em lugares errados, como por exemplo guardar copo dentro da geladeira;
- ➔ **Alterações de humor e comportamento:** muda-se o humor várias vezes ao dia e/ou por poucas coisas;
- ➔ **Perda da iniciativa – passividade:** não tem vontade de fazer alguma coisa ou começar a fazê-la.

## 2.1 Estágios da demência: Primeiros Sinais

Todos os sinais e sintomas do paciente podem se manifestar de diferentes formas para cada pessoa. No começo são os primeiros esquecimentos, normalmente aceitos pelos familiares como parte do envelhecimento, mas que vão piorando com o tempo. As pessoas tornam-se confusas e, por vezes, ficam agressivas, passando a mudanças de comportamento e terminando por não reconhecer a própria família e o lar em que vivem.

À medida que a doença evolui, o idoso com demência torna-se cada vez mais dependente dos familiares e cuidadores, podendo apresentar dificuldades para se comunicar e realizar as atividades de vida diária (alimentação, higiene, se vestir).

De forma geral, costuma-se dividir a evolução da Doença de Alzheimer em três fases ou estágios: leve, moderada e grave. Cada uma com duração de tempo que varia de pessoa para pessoa e pode depender do uso de medicação ou não.

## Estágio Leve

É quando há maior dificuldade de diagnóstico, porque a pessoa não parece doente. O esquecimento é confundido como sendo parte do envelhecimento e a busca por atendimento médico não acontece.

Neste estágio, a pessoa ainda é independente e consegue realizar as tarefas do dia a dia. Entretanto, as tarefas mais difíceis são deixadas de lado. Pode ainda começar a utilizar lembretes para as ações cotidianas, pode se tornar repetitiva, contando sempre as mesmas histórias, que geralmente não dão continuidade à conversa.



## Estágio Moderado

É tipicamente o mais longo, podendo durar vários anos. Durante esse estágio, os sinais e sintomas de demência são mais pronunciados. O paciente pode apresentar maior dificuldade em executar tarefas, como pagar contas, mas ainda pode se lembrar de detalhes significativos sobre sua vida. Nesse ponto, os sintomas serão perceptíveis para os outros e podem incluir:

- Esquecimento de eventos ou sobre a sua história;
- O paciente pode se sentir mal-humorado ou retraído, especialmente em situações desafiadoras, sociais ou mentais;
- O paciente pode ficar incapaz de lembrar seu endereço, número de telefone ou o colégio em que se formou (por exemplo);
- O paciente apresenta confusão sobre onde ele está ou que dia é hoje;
- O paciente necessita de ajuda para escolher roupas adequadas para a estação ou ocasião;
- Alguns indivíduos apresentam problemas para controlar a bexiga e o intestino;
- O paciente sofre alterações nos padrões de sono, como dormir durante o dia e ficar inquieto à noite;
- É aumentado o risco de caminhar sem rumo e se perder;
- Há mudança de comportamento ou de personalidade, como comportamento compulsivo e repetitivo (por exemplo, torcer as mãos ou rasgar tecidos).



## Estágio Avançado (Grave)

No estágio final da doença, os sintomas de demência são severos. O indivíduo perde a capacidade de responder ao seu ambiente, de manter uma conversa e de controlar os movimentos. Podem falar palavras ou frases soltas, mas a comunicação é extremamente difícil ou impossível. À medida que a memória e as habilidades cognitivas continuam a piorar, mudanças significativas na personalidade podem ocorrer e os indivíduos precisam de ajuda extensiva nas atividades diárias. No estágio avançado os pacientes:

- Precisam de assistência 24 horas por dia, com atividades diárias e cuidados pessoais. Frequentemente usam fraldas e precisam de ajuda para o banho;
- Podem perder a consciência de experiências recentes e de sua localização;
- Podem experimentar mudanças nas habilidades físicas, incluindo a capacidade de andar, sentar e, eventualmente, engolir alimentos.
- Têm dificuldade crescente de se comunicar;
- Tornam-se vulneráveis a infecções, especialmente pneumonia.



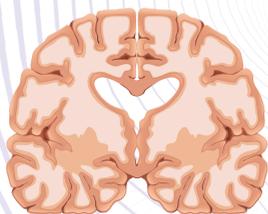
## 2.2 Quais profissionais procurar e quando

A doença de Alzheimer é conhecida por causar problemas na memória, especialmente na memória recente. A progressão do quadro pode prejudicar também a comunicação e o humor, sendo os idosos o principal grupo de risco. Aos primeiros sinais da doença deve-se procurar um médico para iniciar o tratamento a fim de retardar seu avanço e controlar os sintomas.

Geriatras são os médicos que mais têm contato com a doença de Alzheimer, sendo os melhores profissionais para o tratamento dessa patologia, visto que os pacientes são geralmente idosos e apresentam outras doenças típicas da idade além do Alzheimer. Entretanto, o tratamento da doença de Alzheimer não é restrito à Geriatria: psiquiatras e neurologistas que se dedicam ao estudo de idosos e estudam o cérebro humano também são especialidades indicadas para diagnosticar a doença.

O momento de procurar ajuda médica é quando as funções cognitivas resultantes do processo natural do envelhecimento começam a interferir na vida cotidiana da pessoa, podendo levar à instalação de um quadro patológico. No quadro abaixo é possível identificar os sinais de alerta para buscar identificar o momento em que a ajuda médica se faz necessária.

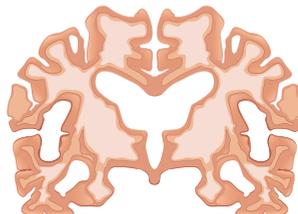
### Progresão do Alzheimer



Cérebro Saudável



Estágio Moderado



Estágio Grave

#### Sinais de alerta

Esquecer-se de parte ou de todo o acontecimento;

Progressivamente, perder a capacidade de seguir indicações verbais ou escritas;

Progressivamente, perder a capacidade de acompanhar uma novela ou filme;

Perder, progressivamente, a capacidade de autonomamente se lavar, vestir ou alimentar;

Perder a capacidade de tomar decisões;

Perder a capacidade de gerir o seu orçamento;

Não saber em que data ou estação do ano está;

Ter dificuldades em manter uma conversa, não conseguindo manter o raciocínio ou se lembrar das palavras;

Esquecer do local onde guardou um objeto e não ser capaz de fazer o processo mental retrativo para se lembrar.

#### O que é normal no envelhecimento

Ter uma vaga lembrança de um acontecimento;

Manter a capacidade de seguir indicações verbais ou escritas;

Manter a capacidade de se lavar, vestir e alimentar apesar das dificuldades impostas pelas limitações físicas;

Perder a capacidade de tomar decisões;

Cometer erros ocasionais;

Ficar confuso sobre o dia da semana, mas lembrar-se mais tarde;

Esquecer-se, às vezes, de qual palavra é melhor usar;

Perder alguma coisa de vez em quando, mas conseguir encontrar através do seu raciocínio lógico.

## 2.3 Exames

O exame que de fato nos dá a certeza da doença só é realizado quando a pessoa já faleceu, pois precisa ser realizada a análise do cérebro. Porém, existem testes médicos que podem ser feitos e que garantem o diagnóstico.

Durante a consulta, o médico deve entrevistar o paciente e as pessoas mais próximas da convivência, como cônjuge, filhas e noras, visto que essas podem acrescentar informações para um diagnóstico preciso. A realização do exame acontece por meio de testes para a memória, linguagem e cálculo.

Outros exames que podem ser pedidos para a pessoa com suspeita de doença de Alzheimer, são:

### •Exames laboratoriais:

hemograma completo, sódio, potássio, ureia, creatinina, vitamina B12.



•Exames de imagem: tomografia computadorizada, ressonância magnética, eletroencefalograma.

Devem ser realizados esses exames para excluir a possibilidade de outras doenças.

## 2.4 Medicamentos

Como mostram alguns estudos científicos (LIMA, 2008; MONTENEGRO, 2014; PINTO et al., 2017), as medicações eficazes para Doença de Alzheimer estabilizam a progressão da doença, ou ainda, diminuem a taxa de piora da doença. Esses medicamentos são utilizados para preservar a cognição, o comportamento e as habilidades funcionais do paciente, chamado de tratamento sintomático. Os medicamentos mais conhecidos são:

- Rivastigmina;
- Donepezila;
- Galantamina;
- Memantina.

Existem medicamentos que são fornecidos pela rede pública (Sistema Único de Saúde – SUS) para a doença de Alzheimer:

- Rivastigmina;
- Donepezila;
- Galantamina.

Para que o paciente tenha acesso aos medicamentos incluídos na lista do Governo (Donepezila, Rivastigmina e Galantamina), deve ser analisado clinicamente por um médico, além de fazer os exames laboratoriais e de imagem. Somente os pacientes que se encontram nos estágios inicial e intermediário da doença podem ter acesso aos medicamentos de distribuição gratuita.

### 3 Orientações no cuidado com a pessoa com doença de Alzheimer

#### 3.1 Orientação Nutricional

A alimentação é a chave para manter o peso ideal e o fortalecimento dos macronutrientes importantes para o organismo. Para a população idosa não poderia ser diferente. Assim, à medida que a idade aumenta, as necessidades também aumentam. Com o avanço da idade, as características físicas da dieta podem mudar, dependendo dos sintomas apresentados em caso de doença.

Normalmente, os pacientes com Doença de Alzheimer perdem a capacidade de reconhecer os alimentos. Com a evolução da doença, ele perde a habilidade de realizar movimentos, como no ato de comer (uso de talheres), na deglutição (apenas mastiga, mas não sabe como engolir).



##### 3.1.1 Desnutrição energético-proteica

A desnutrição é caracterizada pela perda de peso e massa muscular. O emagrecimento pode acontecer mesmo se a pessoa se alimentar adequadamente, levando à maior dependência funcional e formação de feridas.

A desnutrição pode ser classificada como leve, moderada e grave, dependendo do peso e altura do paciente. À medida que a desnutrição se agrava, a tendência às infecções aumenta.

Quando há risco de desnutrição, é importante procurar um nutricionista para adequar a necessidade energética e proteica, podendo fazer uso de suplementos específicos. Existem vários tipos de identificar a presença de desnutrição, um dos mais utilizados é o Índice de Massa Corpórea (IMC), que é obtido através do peso atual e da altura do paciente.

### 3.1.2 Desidratação

É a perda de água do corpo. Durante o envelhecimento há perda da quantidade total de água no organismo, pois a pessoa não sente sede quando deveria beber água. As necessidades de ingestão de água em idosos são parecidas com a dos adultos jovens, indicando-se tomar dois litros de água por dia.

### 3.1.3 Disfagia

É muito comum nas fases avançadas da doença ocorrer disfagia, ou seja, a pessoa não consegue engolir ou passar pelo processo de alimentação. Com essa dificuldade, o paciente pode tentar engolir o alimento e este desviar-se, indo para os pulmões, ocasionando tosse, sufocação e problemas pulmonares, sendo a pneumonia a mais grave complicação.

Quando o idoso começa a apresentar dificuldade de engolir é indicado procurar um médico ou nutricionista para estabelecer a melhor maneira de alimentação. Na maioria dos casos ocorre a troca de comidas sólidas por outros tipos de alimentos.

Ao contrário do que se pensa, alimentar o paciente com líquidos ralos (sucos e água) pode prejudicar a tarefa de engolir, pois os líquidos podem ser absorvidos rápidos demais e não permanecem na boca, escorrendo parte diretamente para os pulmões. Para evitar que isso ocorra, deve-se procurar um nutricionista que indicará a forma mais eficaz e segura de alimentar o paciente, garantindo a passagem do alimento para o estômago.

### 3.1.4 Tipos de dietas indicadas

#### Dieta pastosa

Alimentos na consistência de pudim (homogêneos), não sendo permitido texturas grossas e ásperas; frutas e hortaliças; feijão; deve ser excluído qualquer alimento que precise de mastigação. Para diminuir o risco de o paciente desenvolver desnutrição existem maneiras para enriquecer a alimentação com proteínas.



## Preparações

Mingau

Vitaminas

Carne

Cereais

Leguminosas

Sopas

Pães

Queijos

Sobremesas

Líquidos

## Métodos de Preparo

Enriquecer o leite com frutas liquidificadas ou amassadas, farinha, ovo pré-cozido ou geleia de frutas.

Adicionar ao leite, farinhas (neston, farinha láctea) com mel ou melado.

Liquidificar e adicionar em purês.

Preferir aqueles que parecem papinhas, como polenta e creme de arroz.

Os feijões devem ser bem amassados com garfo ou passados em peneira fina.

De preferência macios, sem casca, adicionados ao leite (forma de papinha).

Cremosos ou em pasta

Pavês, musses, flan, pudim doce batido, frutas cozidas e amassadas.

Leite ou iogurte batido com farinha (neston, aveia), sucos de frutas e caldos de legume

## Dieta semi-sólida

Alimentos úmidos e de textura macia com um grau mínimo de mastigação. As carnes devem ser moídas e úmidas. Todos os alimentos da dieta pastosa são aceitos.



## Dieta Branda

Alimentos com textura quase normal, com exceção de alimentos muito duros e crocantes. Os vegetais e frutas precisam ser cozidos ou devem ter a consistência macia. Os alimentos precisam estar úmidos.



### 3.2 Orientação Assistencial

A partir do trabalho realizado junto aos pacientes com Doença de Alzheimer, verifica-se a necessidade de suporte aos familiares, que ficam com o papel de cuidador. Por isso, o serviço de proteção social básica tem o intuito de proporcionar o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, contribuindo para a reconstrução das relações e o restabelecimento da função protetiva do indivíduo e sua família, visando a superação das situações de risco pessoal e/ou social.

Para a prática do fortalecimento de vínculos e grupos de convivência, podem ser oferecidas atividades de convívio em grupo. Aos cuidadores, podem ser feitas palestras informativas a respeito de temas envolvendo a Doença de Alzheimer; apresentação de filmes que fomentem as identificações pessoais e dúvidas com o processo de doença, conversas em grupo que propiciem a troca de experiências e uma rede de suporte emocional. Aos idosos, atividades de estimulação cognitiva e motora; socialização em rodas de conversa que possibilitem a troca de vivências.

Essas atividades em conjunto surgem como maneira de promover maior qualidade de vida às famílias.

No caso da orientação assistencial, cabe à área de Serviço Social se associar as demais áreas de serviço socioassistencial, nas diversas políticas públicas e com os demais órgãos de garantias de direitos. Essa área visa o fortalecimento de vínculos através do convívio em grupo, superando as situações de risco pessoal ou social e a promoção da qualidade de vida aos idosos. Entre as funções, estão:

-  Prestar apoio, orientação e informação aos familiares e à pessoa com doença de Alzheimer, visando o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários;
-  Assegurar um espaço para encontros intergeracionais com ênfase no envelhecimento saudável e na doença de Alzheimer;
-  Divulgar estudos e pesquisas sobre a doença de Alzheimer aos familiares e à comunidade;
-  Prevenir situações de isolamento social ou abrigo institucional da pessoa idosa com doença de Alzheimer;
-  Complementar o trabalho social com famílias, prevenindo a ocorrência de situações de vulnerabilidade e risco social. O foco é a qualidade de vida, exercício da cidadania e inclusão na vida social.

### 3.3 Orientações Pedagógicas

A pedagogia social contribui no acompanhamento do paciente com Doença de Alzheimer, instruindo atividades pedagógicas direcionadas para a estimulação da memória, raciocínio cognitivo, coordenação motora e habilidades específicas.

No início são realizadas atividades simples, de acordo com a desenvoltura dos pacientes. Com o tempo, são desenvolvidas atividades mais complexas, a fim de alcançar melhores resultados. Além disso, é importante considerar a necessidade de estimular o paciente a memorizar e não testar sua capacidade, preservando sua autonomia para que se sinta produtivo ao realizar os exercícios supervisionados. Atividades sugeridas:

- Memorização de objetos, palavras, imagens, texto;
- Usar um caderno para anotações de atividades que serão realizadas durante o dia, como por exemplo a lista de compras de supermercado;
- Atividades com objetos: jogos trabalhando a coordenação motora fina e grossa;
- Artesanatos com reciclável para aliviar o estresse e atividade ocupacional;
- Atividades de lazer;
- Atividades sociais para interação com outras pessoas e outros meios.

O trabalho do pedagogo também é indispensável nos serviços de convivência e fortalecimento de vínculos, pois contribui nas ações das equipes multidisciplinares, reconhecendo os atendidos como sujeitos de direito, garantindo às famílias o direito de acolhida e a reconstrução dos vínculos que já foram rompidos.

### 3.4 Outros profissionais atuantes

#### 3.4.1 Fonoaudiologia

Neste tópico do manual vamos falar sobre a disfagia, um problema que pode acometer a pessoa que tem a Doença de Alzheimer, mas com ampla possibilidade de prevenção.

#### ➡ O que é disfagia?

Disfagia é caracterizado pela dificuldade em transportar o alimento da boca para o estômago, ou seja, é a dificuldade de engolir (deglutir) o alimento. Existem dois tipos de disfagias: as orofaríngeas (disfagias altas) e as esofágicas (disfagias baixas).



## ➡ Disfagias Orifaríngeas

Acontecem antes de a comida ir para o esôfago e podem estar relacionadas com dificuldades na mastigação, diminuição de força de músculos orofaciais (OFAs), ou até mesmo, com fechamento ineficaz da glote, a “válvula” que direciona o alimento para o local certo na hora de engolir.

➡ Caso perceba que o paciente não consegue articular o som das palavras, ou fala muito pouco e com volume fraco, fique atento, pois esse quadro pode preceder (anteceder) o surgimento de disfagias. Você pode perceber as disfagias altas pelos sintomas mais frequentes que são tosse logo após a alimentação e voz “molhada”. Outros sintomas que podem estar relacionados com a disfagia alta são: febre, desidratação, desnutrição, perda de peso acentuada e até outros mais graves como a pneumonia aspirativa.

## ➡ Disfagias Esofagianas

Acontecem na região do esôfago e podem ocorrer por falta de mobilidade na região, ou até mesmo, a existência de alguma lesão que impeça o alimento de passar. Nesse caso, o paciente pode relatar que sente “a comida parada”. No caso das disfagias esofagianas, o médico deverá ser consultado.

Na Doença de Alzheimer, a disfagia orofaríngea é a mais recorrente e, caso ela aconteça, é necessário consultar um fonoaudiólogo para avaliar e adequar, quando preciso, a consistência dos alimentos e, também, para indicar um plano de exercícios e estímulos a serem realizados. Nesse caso, o fonoaudiólogo atua junto com nutricionistas, médicos e fisioterapeutas para melhorar a qualidade de vida do paciente.

### Cuidados na hora da alimentação da pessoa com disfagia

#### ➡ Alimentação via oral (pela boca)

Em primeiro lugar é preciso ter muito cuidado com as consistências líquidas, já que elas são mais fáceis de serem aspiradas por completarem o trajeto mais rápido em comparação a outras consistências.



Ao chegar até a glote, o líquido pode encontrar a “válvula” não completamente fechada e um pouco desse líquido pode ir para o pulmão, o que chamamos de aspiração e pode causar diversos problemas.

É necessário que haja uma avaliação fonoaudiológica da deglutição para determinar a consistência indicada para cada caso. Além disso, o profissional pode solicitar alguns exames para auxiliar no diagnóstico, tais como: videofluoroscopia, videoendoscopia, ou até mesmo raio x. Constatada a dificuldade de deglutição (engolir) desse paciente, a equipe vai avaliar a necessidade de alterar a consistência alimentar ou de fornecer outra via de alimentação.

Nunca ofereça alimentos, principalmente água, se o paciente não estiver completamente alerta (acordado), sempre colocar o paciente na posição mais ereta (sentado) possível para a hora da alimentação, procurando a independência dele para realizar essa atividade.

Antes de oferecer o alimento, converse com o paciente e peça para ele emitir (falar) uma vogal, por exemplo a vogal |A| de forma prolongada. Observe se o som da voz está sem alterações como a de “voz molhada”, se perceber essa alteração, contate o médico responsável e, caso essa alteração não seja confirmada, peça novamente para que ele emita a mesma vogal após a alimentação e observe se existe a presença dessa alteração. Preste atenção também em sintomas como sonolência repentina, tosse, olhos lacrimejando, mudanças na tonalidade da pele (dedos, face...) após a refeição. Se for observada qualquer alteração, solicite a avaliação de um profissional.

O ideal é que o paciente consiga se alimentar de forma independente, mas, se isso não for possível, atente para alguns detalhes: Evite oferecer a colher totalmente cheia, pois isso pode contribuir para que o paciente se atrapalhe, fazendo com que o alimento escorra para fora da boca. Neste caso, ele pode empurrar o alimento com a língua, começando a tossir e, por fim, aspirar. Então, o ideal é que a colher esteja pela metade, ou então utilizar uma colher menor, ao invés da colher de sopa, experimente a colher de sobremesa. Quando for retirar a colher da boca do paciente, não a retire com o movimento para cima, pois isso fará com que o paciente esteja menos participativo, é interessante que o paciente tente retirar o alimento da colher com o lábio superior, então, sempre coloque e retire a colher na posição deitada (horizontal).

Mesmo com todo esse cuidado ainda é possível que haja engasgos; se isso acontecer, peça para que ele “tussa e engula” ou “tussa e cuspa”. Não diga para ele respirar pois, dessa forma, ele pode aspirar o conteúdo que está bloqueando a passagem do ar. Se isso não funcionar, você pode bater com a mão aberta nas costas dele.

Dependendo da gravidade da disfagia apresentada pelo paciente, o fonoaudiólogo que avaliou o caso pode recomendar espessar (engrossar) os alimentos líquidos (inclusive chás, sucos, sopas...). Para isso existem os espessantes que podem ser a base de amido modificado ou goma, também pode ser utilizada a fécula de mandioca ou de batata ou o próprio amido de milho, desde que não seja para sucos ou chás. Nesses casos, o fonoaudiólogo e o nutricionista indicarão as recomendações.

As consistências são classificadas pela viscosidade: quanto mais grosso mais viscoso. São elas: néctar, mel e pudim.



Nectar



Mel



Pudim

## ➔ Traqueostomia

Algumas vezes, quando o paciente apresenta muita dificuldade para respirar é preciso realizar a traqueostomia, que nada mais é do que uma abertura cirúrgica na altura do terceiro e quarto anel traqueal, sendo indicada caso o paciente precise ficar com suporte respiratório e ventilação mecânica por um tempo longo.

Dependendo da necessidade do paciente, a traqueostomia pode ser temporária ou definitiva, tudo vai depender do motivo pelo qual o paciente precisou ser traqueostomizado.

Se isso acontecer, é importante que, antes da oferta de qualquer alimento, seja realizada uma avaliação da deglutição para averiguar a segurança na hora da alimentação. Também é imprescindível ficar atento às secreções que podem sair da cânula e sempre mantê-la higienizada. Abaixo algumas figuras de cânulas de traqueostomia.



- 1) Paciente traqueostomizado;
- 2) Cânula de traqueostomia plástica com cuff;
- 3) Cânula de traqueostomia Metálica.

## ➔ Vias alternativas de alimentação

Em alguns casos, pode ser necessária a utilização de vias alternativas para a alimentação. Dentre elas, nós iremos nos ater às mais utilizadas, que são: a sonda nasogástrica, que vai até o estômago, a nasoenteral, que vai até o intestino, a gastrostomia, na qual é realizada uma perfuração abdominal para colocar uma sonda diretamente no estômago e a jejunostomia, que é realizada quando, por algum motivo, o estômago está impedido de realizar a sua função. Apesar de ser uma estratégia pouco utilizada, consideramos importante destacá-las aqui. As mais utilizadas são as sondas naso e a gastrostomia.

As sondas do tipo naso (nasoenteral e nasogástrica) são menos invasivas, porém alteram a sensibilidade e a mobilidade das estruturas na região do nariz e da boca na hora de mastigar e engolir, portanto o ideal é que elas sejam utilizadas por um curto período de tempo, mas existem exceções. Algumas vezes, por não ter um profissional que avalie a condição da deglutição do paciente no serviço no qual ele foi atendido, o paciente volta para casa com essa sonda e é preciso procurar um profissional para avaliá-lo.

Já a gastrostomia é realizada no caso de o paciente necessitar de um tempo mais longo se alimentando pela via alternativa ou quando não há mais a possibilidade de alimentação por via oral (pela boca). Mesmo nesses casos é importante manter a estimulação oral, pois o paciente ainda produz saliva e precisa degluti-la (engolir a saliva).

Além disso, é nesse tipo de paciente que se deve prestar atenção especial à higiene da boca, pois, apesar de ela não estar recebendo comida, muitas vezes permanece aberta e, além disso, continua produzindo saliva e muco.

Vale ressaltar que não é porque um paciente está com sonda gastrostomia que ele nunca mais poderá comer pela boca. Muitas vezes, o objetivo dessa sonda é promover uma nutrição mais eficiente para que a “boca” seja reabilitada. Em cuidados paliativos, essa estratégia, em muitas situações, é adotada para proporcionar prazer ao paciente. Independente do caso, é importante que a família esteja de acordo com o que a equipe responsável prescrever e saiba qual a vontade do sujeito que está impossibilitado.

### 3.4.2 Psicologia

A psicologia possui olhar clínico para atuar dentro do contexto das mudanças biopsicossociais. No caso da doença de Alzheimer, o psicólogo irá intervir em dois parâmetros de atendimento: Atendimento ao paciente com Alzheimer, e atendimento ao familiar e cuidador.

No momento inicial da doença, o psicólogo irá auxiliar o paciente na manutenção de sua identidade, na aceitação da doença, e na atribuição de um significado mais funcional para o momento vivenciado. Também será possível trabalhar medos, dúvidas, humor deprimido, entre outros sentimentos que aparecerão junto com a doença. Na questão da psicoterapia, só será possível na fase inicial da doença e com uma frequência maior.

Com o passar do tempo, a doença vai evoluindo e o psicólogo pode intervir com a aplicação de testes para medir o grau de evolução da demência e, a partir dos resultados obtidos, é possível desenvolver estratégias de estímulo cognitivo capazes de atrasar a evolução neurodegenerativa.

A psicologia prestará auxílio aos familiares e cuidadores através de psicoterapia, psicoterapia de grupo, orientação e psicoeducação, já que uma das principais preocupações é com relação ao adoecimento dos cuidadores, que muitas vezes não possuem informações sobre a dinâmica da doença ou não podem contar com mais ninguém para dividir essa responsabilidade que é muito desgastante.



### 3.5 Orientação quanto aos direitos da pessoa com doença de Alzheimer

De acordo com a legislação brasileira, as pessoas com Doença de Alzheimer têm direito à assistência médica e a medicamentos gratuitos, além de obter a isenção do Imposto de Renda.

#### Assistência Médica:

- Consultas para diagnóstico;
- Atendimento na rede pública;
- Atendimento em hospital-dia;
- Atendimento hospitalar;
- Visita domiciliar de profissional da saúde;
- Tratamento acompanhado por equipe multidisciplinar;
- Programa de orientação e treinamento para familiares;
- Medicação gratuita.

### **Isenções de Impostos:**

- ⇒ É um benefício previsto em lei, pelo qual a pessoa portadora de doença grave fica dispensada do pagamento do Imposto de Renda sobre o valor recebido em forma de aposentadoria, reforma ou pensão. Outros rendimentos, inclusive complementações recebidas de entidades privadas, não são isentos.
- ⇒ A Doença de Alzheimer não foi citada nominalmente na lista das doenças graves, mas pode ser incluída no grande grupo das alienações mentais.
- ⇒ Para solicitar a isenção, o paciente, ou seu representante legal, deve procurar o órgão que paga sua aposentadoria portando um requerimento simples em duas vias e a documentação exigida, que detalharemos adiante.

### **Aposentadoria:**

- ⇒ Idosos que necessitam da assistência permanente de outra pessoa têm direito a um acréscimo de 25% na aposentadoria.
- ⇒ De acordo com o artigo 45 da Lei nº 8.213/1991 “o valor da aposentadoria por invalidez do segurado que necessitar da assistência permanente de outra pessoa será acrescido de 25% (vinte e cinco por cento)”.

- ⇒ Outros direitos podem ser acessados na cartilha online “Direitos dos pacientes com Alzheimer”, no endereço eletrônico: <[https://www3.unicentro.br/profnit/wp-content/uploads/sites/75/2020/12/001\\_Cartilha\\_03.11.pdf](https://www3.unicentro.br/profnit/wp-content/uploads/sites/75/2020/12/001_Cartilha_03.11.pdf)>.

## 4 Doença de Alzheimer: facilitando o dia a dia do paciente e do cuidador

### 4.1 Família

Toda a dinâmica familiar se altera ao conviver com a pessoa com Doença de Alzheimer. Muitas vezes as mudanças provocadas pela doença, como não reconhecer mais o parente, gera sofrimento e angústia para a família.

Quando a pessoa com doença de Alzheimer se depara com as dificuldades para exercer atividades que antes eram fáceis e comuns, a doença pode evoluir para depressão. Assim, é comum que a família se sinta impotente frente à doença, o que acaba prejudicando o paciente com Alzheimer e estressando ainda mais o familiar.

É preciso que os familiares desenvolvam uma boa relação com o idoso, pois isso é fundamental para manter a qualidade de vida para ambos. Estar sempre por perto e estimular a pessoa com Doença de Alzheimer a executar tarefas que gostava de fazer, tentando entender o idoso e não obrigando-o a fazer o que ele não quer são atitudes que ajudam a manter o equilíbrio.

O familiar cuidador é parte essencial do cuidado e, mesmo com os desafios que enfrenta, deve sentir a beleza do mundo. O familiar que cuida do paciente com Alzheimer deve olhar para as próprias necessidades: descanso, lazer, calor humano, carinho e afeto, apoio emocional, orientação e ajuda no seu trabalho diário, assistência médica.

- ⇒ De tempos em tempos tire um dia para cuidar de si, fazer uma pausa nas responsabilidades de familiar cuidador;
- ⇒ Reconheça o que pode e o que não pode fazer;
- ⇒ Encare o fato da alteração das capacidades do seu ente querido;
- ⇒ Entenda que a sua relação com o doente vai ser diferente, apesar de poder ser gratificante e cheia de significado;
- ⇒ Aprenda a perdoar e a perdoar-se, quando as coisas não ocorrerem da forma como esperava;
- ⇒ Procure os recursos disponíveis na família, nos grupos de igrejas, na comunidade, e tire proveito deles;
- ⇒ Quando surgirem as dificuldades, aceite e peça ajuda aos que estiverem mais próximos de você;
- ⇒ Mantenha o seu senso de humor, pois isso o ajudará a atravessar os períodos mais difíceis sem diminuir o seu compromisso com o doente, ou a sua sinceridade quanto à continuação dos cuidados;
- ⇒ Sinta-se orgulhoso com os cuidados e com o conforto que está oferecendo;
- ⇒ Arranje tempo para as suas necessidades emocionais. Fale com uma pessoa amiga ou frequente um grupo de apoio onde possa exprimir os seus sentimentos.

## 4.2 Atividades de Lazer

Atividades de lazer benéficas para o portador da Doença de Alzheimer podem ser aquelas que oferecem contato com plantas, flores, pequenos animais de estimação, atividades lúdicas. Tais tarefas podem ser incentivadas, mas quando realizadas, precisam ser supervisionadas. Molhar as plantas e mexer com a terra pode ser bom para o idoso com demência. Entretanto, é preciso garantir que o terreno tenha segurança: tábuas, pregos, vasos pesados, pesticidas e adubos químicos devem ficar longe deste idoso.

- ⇒ Quebra-cabeça: trabalha a coordenação motora do idoso e ajuda a manter a mente ativa;
- ⇒ Videogame: os jogos eletrônicos melhoram o raciocínio e a memória do idoso, além da coordenação motora;
- ⇒ Alongamentos e ginástica: não havendo contraindicações, a prática se torna ainda mais saudável;
- ⇒ Criar algo novo: desenho, pintura, escultura. Tais atividades são divertidas e favorecem a criatividade e o ânimo;
- ⇒ Música: é uma ótima estratégia terapêutica que pode amenizar sintomas relacionados a demência, como agitação, possibilitando mais qualidade de vida.



### 4.3 Comportamento

As alterações de comportamento e personalidade são sintomas característicos do Alzheimer. O paciente pode ter variação de humor, ficar irritado, agressivo e até mesmo desenvolver depressão. Alguns passam a ter delírios e insônia, tendendo a ficar socialmente retraídos.

Estudos de Fernandes e colaboradores (2012) relatam principalmente o comportamento agressivo, com sintomas como gritos, choro, ameaça verbal, acusações pouco razoáveis, recusa em mover-se, violência física. As causas da agressividade podem estar relacionadas a excesso de estímulo (barulho ou excesso de pessoas no ambiente); espaços muito grandes e desordenados; ambiente desconhecido; confusão por incompreensão do meio; incapacidade de identificar pessoas ou locais; incapacidade de expressar dor, angústia, ansiedade, entre outras.

Comportamento percebidos em pessoas com Doença de Alzheimer:

- ⇒ **Depressão:** incapacidade de sentir prazer ou se divertir com alguma coisa; estar sempre triste ou excessivamente aborrecido; evitar atividades do cotidiano e contato com pessoas; evidenciar alterações fisiológicas injustificadas, como perda de energia, problemas de sono, diminuição de apetite;
- ⇒ **Apatia:** é uma das alterações de humor mais comum na doença de Alzheimer e caracteriza-se pela indiferença do doente em relação ao meio;
- ⇒ **Deambulação:** manifesta-se quando o doente se sente confuso e desorientado ou se perde;
- ⇒ **Sundowning:** é um fenômeno que diz respeito ao comportamento agitado ao anoitecer e pode estar relacionado à falta de estimulação sensorial, depois do escurecer;
- ⇒ **Comportamento ansioso:** o portador da doença de Alzheimer pode experimentar determinados sentimentos e não ter capacidade para perceber como expressá-los. Ansiedade, inquietação, agitação psicomotora ou aborrecimento são algumas das manifestações do comportamento ansioso.

### 4.4 Situações de Risco

Para garantir a tranquilidade e principalmente a segurança da pessoa com Doença de Alzheimer é preciso que sejam colocadas telas de proteção nas janelas, especialmente nos ambientes de apartamentos localizados em andares altos. Se necessário, use como argumento a “presença de insetos” no ambiente.

É possível levá-lo ao supermercado, desde que para pequenas compras. Nunca deixe que ele pegue algo em uma prateleira enquanto você vai a outro setor, não o deixe só. Evite cansá-lo, não o deixe carregar sacolas, empurrar carrinhos, etc. Lembre-se, o paciente pode estar confuso, desorientado, e por isso, ficar alterado.

Caso o paciente esteja apresentando um comportamento desinibido, com palavras e atitudes maldosas, evite levá-lo a passear por locais movimentados ou frequentados por estranhos. Para as outras pessoas, o paciente aparentemente não está doente, e para quem desconhece o que está acontecendo com ele, uma palavra ou gestos inadequados podem gerar reações violentas naquele que se sentiu ofendido ou desrespeitado.

Outra situação de risco que o idoso está sujeito são as quedas. Em estágios leves, o risco de queda do indivíduo com Doença de Alzheimer equipara-se ao de quedas de idosos saudáveis. Entretanto, processos motores como sentar e levantar da cadeira, podem estar afetados nos estágios leve e moderado da doença de Alzheimer, predispondo o paciente ao risco de quedas. No estágio avançado, o aumento deste risco está relacionado ao provável comprometimento visual e às alterações cognitivas.

#### 4.5 Vestuário

Os idosos com Doença de Alzheimer podem esquecer de como se vestir, não sabendo colocar roupas adequadas e a ordem de colocação das peças. Algumas dicas para auxiliar o idoso:

- ⇒ Evitar roupas com muitos botões, cintos e fivelas. O melhor é utilizar velcros, elásticos e roupas com fecho na parte da frente;
- ⇒ Evitar sapatos com cadarços e chinelos e dar preferência a sapatos com solados antiderrapantes;
- ⇒ Ter determinadas roupas iguais que o idoso prefira vestir;
- ⇒ Colocar as peças em ordem de colocação e sempre falar com o paciente, de forma clara, deixando que o idoso realize a maior parte da atividade sozinho;
- ⇒ Enquanto o idoso estiver se vestindo sempre utilize a cama ou uma cadeira segura para evitar quedas.



## 4.6 Cuidado Pessoal

O paciente com Alzheimer precisa de cuidados todos os dias, seja com os medicamentos ou com a estimulação do cérebro. Por isso é recomendado que seja acompanhado por um cuidador ou familiar, porque estando acompanhado é mais fácil manter os cuidados necessários e diminuir a progressão da perda da memória.

⇒ **Remédios e medicação:** a pessoa com Alzheimer precisa tomar os remédios para a demência diariamente. É frequente que não queria tomar. Então, uma estratégia é amassar e misturar os remédios com iogurte ou sopa.



⇒ **Treino para o cérebro:** deve ser feito diariamente para estimular a memória, a linguagem, a orientação e atenção do paciente.



⇒ **Atividade física:** O mal de Alzheimer leva à diminuição da mobilidade da pessoa. A atividade física tem várias vantagens para o paciente com Alzheimer, como evitar dor nos músculos e articulações e prevenir quedas e fraturas.

⇒ **Contato social:** O contato com amigos e familiares evita o isolamento e a solidão, que leva ao aumento da perda de capacidades.

⇒ **Adaptação da casa:** O paciente com Alzheimer tem maior risco de cair, devido ao uso de remédios e à perda de equilíbrio e, por isso, sua casa deve ser ampla e não deve ter objetos nos locais de passagem.

⇒ **Como manter a segurança da pessoa com Alzheimer:** Geralmente, a pessoa com doença de Alzheimer não identifica os perigos e pode pôr em risco sua vida e a dos outros. Para minimizar os perigos deve-se: colocar uma pulseira de identificação; informar os vizinhos do estado do paciente; manter as portas e janelas fechadas; esconder chaves; não ter objetos perigosos a vista.

## 4.7 Banho

O paciente com Alzheimer precisa de cuidados todos os dias, seja com os medicamentos ou com a estimulação do cérebro. Por isso é recomendado que seja acompanhado por um cuidador ou familiar, porque estando acompanhado é mais fácil manter os cuidados necessários e diminuir a progressão da perda da memória.



- ⇒ Sempre manter uma rotina: o banho deve ter sempre um horário pré-determinado (manhã, tarde ou noite), para que o idoso adquira um hábito;
- ⇒ Antes do banho, o cuidador deve preparar todos os objetos necessários para que não tenha que interromper o banho, deixando o idoso sozinho ou confuso;
- ⇒ A limpeza da boca deve ser feita sempre antes das refeições com escova de dente macia. Quando não for possível o uso da escova, usar uma espátula de madeira envolta com gaze;
- ⇒ Tornar o banheiro seguro com o uso de barras, tapete antiderrapante e cadeira de banho, se possível;
- ⇒ Deve-se deixar o idoso realizar a tarefa com o máximo de independência possível. Se necessário, o cuidador pode dar as instruções, falando: “Agora vamos tirar a blusa”, “Passe o sabonete nos pés”, entre outras. Elogiar quando a tarefa for realizada de forma adequada, pois dessa forma é possível conseguir melhorar a autoestima do idoso, já que ele realiza a atividade de uma forma menos dependente.

## 4.8 Sono e Repouso

O sono e o repouso são considerados momentos absolutamente necessários à recuperação das energias perdidas durante o dia. Trata-se de necessidade básica do ser humano, e tem importância para o bom funcionamento do sistema nervoso central. Cerca de 90% dos indivíduos idosos apresentam queixas e problemas de sono, ainda que a necessidade de sono possa variar muito de uma pessoa para outra. Muitos dos problemas ou mudanças relacionadas com o sono podem ser considerados normais no processo do envelhecimento.

O sono fica mais leve e o idoso acorda com maior facilidade sob pretexto de qualquer barulho ou luzes que se acendam próximas a ele. Tendo dificuldade de manter o sono durante a noite, o idoso acorda várias vezes e não consegue voltar a dormir. Além disso, costuma deitar-se cedo e acordar cedo, cochilando, às vezes, em vários momentos durante o dia.

Em geral, as alterações do sono em idosos estão ligadas a:

- ⇒ Aumento de problemas de respiração durante o sono (apneia noturna, síndrome das pernas inquietas, ronco excessivo);
- ⇒ Dor e limitação de mobilidade;
- ⇒ Dor e limitação de mobilidade;

Os idosos portadores da doença de Alzheimer podem ter sono muito perturbado, acordam várias vezes na noite, geralmente confusas, querendo caminhar de um lado para outro sem saber por que o fazem. O medo da noite é um dos sintomas mais comuns nos idosos com demência, representando fonte de estresse e fadiga para familiares e cuidadores.

Apesar disso, o uso de sedativos e de hipnóticos (remédios para dormir) pode piorar o problema. Só devem ser administrados com orientação de um médico que conheça muito bem a pessoa doente. A ociosidade e o sedentarismo durante o dia também podem piorar o padrão de sono. Para quem cuida de uma pessoa portadora de Alzheimer, dormir à noite é um momento não só desejado como necessário, ainda que difícil para ambos, cuidador e cuidado.

## 5. Atividade de Estímulo

Atividades de estímulo para a pessoa com Doença de Alzheimer são aquelas que estimulam as quatro áreas cerebrais para o desenvolvimento pessoal e social: movimento, linguagem, estímulos e visão.

- ⇒ **Movimento:** dançar a música favorita, regar plantas da casa ou jardim, organizar objetos por forma ou cor, realizar caminhadas, dobrar roupas e toalhas, etc.
- ⇒ **Linguagem:** ler jornais e revistas, ler cartas de família ou amigos, lembrar-se de histórias e memórias favoritas, cantar músicas favoritas, etc
- ⇒ **Estímulos:** escovar e pentear os cabelos, oferecer estímulos olfativos como flores, perfumes e especiarias, abraçá-los cada vez que for visitá-los, etc.
- ⇒ **Visão:** Ler contos clássicos curtos, ver fotos antigas da família e amigos, estimular a ler a previsão do tempo.

## 5.1. Atividade física para a pessoa com doença de Alzheimer

Em qualquer atividade deixe o paciente ativo pelo tempo que for possível. Ajude-o apenas quando ele não conseguir realizar sozinho. Sempre realize uma coisa de cada vez. Para os cuidadores profissionais, é necessário que os mesmos se apresentem todos os dias ao idoso, explicando que seu papel é estar ali para ajudá-lo. Não se deve tratar o idoso com modos e frases infantis, eles podem se constranger ou se irritar.

Alguns benefícios do exercício físico para idosos com Doença de Alzheimer, são: diminuição do declínio cognitivo, diminuição dos sintomas depressivos e das alterações de comportamento, melhora na capacidade do idoso de realizar atividades da vida diária.

O idoso deve se exercitar se possível todos os dias ou três vezes por semana, com duração de trinta a quarenta minutos. A realização da caminhada é uma boa opção, além da prática de natação ou ciclismo.

Os exercícios devem trabalhar principalmente o reconhecimento corporal e equilíbrio:

### Assistência Médica:

- Levantar o braço direito;
- Levantar o ombro direito;
- Levantar os dois ombros;
- Inclinando a cabeça para trás e para frente;
- Andar pela casa ou dançar;
- Aumentar o tamanho do passo;
- Andar de lado;
- Colocar uma bola de plástico em cima da cabeça e equilibrar;
- Treinar escovar os dentes e pentear o cabelo;
- Apertar os botões da blusa;
- Ficar num pé só;
- Levantar e sentar na cadeira;
- Sentado, levantar o bumbum da cadeira pelo apoio dos braços;
- Rodar a cabeça para a direita;
- Inclinando o corpo para os lados;
- Rodar o tronco para a direita;
- Caminhar sentado;
- Levantar o joelho direito.

## 6. Telefones

### 6.1. Denúncia de violência a pessoa idosa

- **181 Disque Denúncia:** é o telefone para fazer denúncias sem se identificar. As informações são encaminhadas para diferentes órgãos da Segurança Pública do Paraná e ajudam em casos variados. No caso da violência contra o idoso, o 181 abrange: denúncia sobre autoria de violência praticada contra idoso tanto à integridade física quanto à saúde, discriminação, deixar de prestar assistência, abandono em hospitais ou casas de saúde, exposição ao perigo, impedir acesso ao cargo público ou apropriar-se de bens ou proventos.

- **0800 141 0001 – DISQUE IDOSO PARANÁ:** é um serviço telefônico gratuito que presta informações e orientações sobre os direitos da pessoa idosa, recebe elogios e sugestões sobre serviços públicos e faz encaminhamentos de denúncias referentes à violação de direitos. Também intermedia o acesso aos serviços disponíveis e divulga ações na área da pessoa idosa. Está disponível aos 399 municípios paranaenses. Qualquer cidadão pode acionar, por telefone ou e-mail. As ligações são gratuitas e sigilosas e podem ser feitas de segunda a sexta-feira, das 8h30 às 17h30. E-mail: [disqueidoso@seds.pr.gov.br](mailto:disqueidoso@seds.pr.gov.br)

### 6.2. CRAS e CREAS

- **CRAS:** é o Centro de Referência de Assistência Social onde são oferecidos serviços de Assistência Social, como: Cadastro Único; orientações sobre benefícios sociais; orientação sobre os direitos; apoio para resolver dificuldades de convívio e cuidados com os filhos; fortalecer a convivência com a família e com a comunidade, entre outros.

- **Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social de Guarapuava:** (42) 3623-7995. Endereço: Rua Guaíra, n° 3074, Centro.

- **CRAS 1 Xarquinho:** (42) 3629-4588.
- **CRAS 2 Morro Alto:** (42) 3622-2308.
- **CRAS 3 Jardim das Américas:** (42) 3622-1165.
- **CRAS 4 Boqueirão:** (42) 3622-1240.

- **CREAS:** é uma unidade pública da política de Assistência Social onde são atendidas famílias e indivíduos em situação de risco pessoal e social, com violação de direitos, como violência física e psicológica e negligência; violência sexual; afastamento do convívio familiar devido à aplicação de medida de proteção; situação de rua; abandono; trabalho infantil; discriminação por orientação sexual e/ou raça/etnia; descumprimento de condicionalidades do Programa Bolsa Família; cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto de liberdade assistida e de prestação de serviços à comunidade por adolescentes, entre outros.

- **CREAS Guarapuava:** (42) 3622-2411. Endereço: Rua Capitão Frederico Virmond, n° 2021, Centro, Guarapuava, PR

## Referências

ABRAZ. Associação Brasileira de Alzheimer. **Direitos do paciente.** Site, 2020. Disponível em: <<https://abraz.org.br/2020/direitos-do-paciente/#:~:text=De%20acordo%20com%20a%20legisla%C3%A7%C3%A3o,necess%C3%A1rias%20para%20obter%20os%20benef%C3%ADcios.>>. Acesso em 08 mar. 2022.

ALVES, B.B.S.; MARTINS, C. et al. **Nutrição e Disfagia: Guia para Profissionais.** Curitiba: NutroClínica, 2003.

ANASTACIO JUNIOR, M.P.A. **Musicoterapia e doença de Alzheimer: um estudo com cônjuges cuidadores.** 2019. 131f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia), Universidade de São Paulo, USP, São Paulo, 2019.

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE FAMILIARES E AMIGOS DOS DOENTES DE ALZHEIMER. **Sinais de alerta para um diagnóstico precoce.** Site, 2020. Disponível em: <<https://alzheimerportugal.org/pt/text-o-9-33-34-sinais-de-alerta-para-um-diagnostico-precoce>>. Acesso em 08 mar. 2022.

D'ALENCAR, R.S.; SANTOS, E.M.P.; PINTO, J.B.T. **Alzheimer: Manual do cuidador – situações e cuidados práticos do cotidiano.** Ilhéus: Editus, 2010. 50 p.

DOENÇA DE ALZHEIMER BLOG. **Dicas para o cuidado: facilitando o dia a dia do portador e do cuidador.** Site, 2020. Disponível em: <<https://www.doencadealzheimer.com.br/index.php>>. Acesso em 07 mar. 2022.

## Referências

FERNANDES, A.; MAGALHÃES, C.P.; ANTÃO, C. **Comportamento agressivo no Alzheimer: como intervir?** In: JORNADA DE SAÚDE MENTAL DO IDOSO, 10., 2012. Anais..., Vila Real, Portugal, 2012.

FERREIRA, L.L.; SANCHES, G.G.A.; MARCONDES, L.P.; SAAD, P.C.B. **Risco de queda em idosos com doença de Alzheimer institucionalizados.** ConScientiae Saúde, v.12, n.3, 2013, p. 379-385.

GOMEZ, D.F.A. **Como a doença de Alzheimer afeta a família do paciente?** Site, 2021. Disponível em: <<https://cuidadospelavida.com.br/saude-e-tratamento/alzheimer/alzheimer-afeta-familia-paciente>>. Acesso em 07 mar. 2022.

LIMA, D.A. **Tratamento farmacológico da doença de Alzheimer.** Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto UERJ, v.5, n.194, 2008. p.78-87.

PINTO, A.V.; MONTENEGRO, R.D.; PINTO, A.V.; OLIVEIRA, F.S. **Tratamento farmacológico da Doença de Alzheimer em idosos.** In: CONGRESSO INTERNACIONAL DO ENVELHECIMENTO HUMANO, 5., 2017. Anais do V CIEH, Realize Eventos Científicos e Editora, Campina Grande, PB.

REHDER, M.I.; BRANCO, A. **Disfonia e Disfagia: Interface, Atualização e Prática Clínica.** Rio de Janeiro: Revinter, 2011.

REIMER, N.S. **Quais os estágios da doença de Alzheimer?** Site, 2022. Disponível em: <<https://www.neurologica.com.br/blog/quais-os-estagios-da-doenca-de-alzheimer/>>. Acesso em 06 mar. 2022.

SAÚDE E BEM ESTAR BLOG. **Alterações na doença de Alzheimer.** Site, 2020. Disponível em: <<https://www.saudebemestar.pt/pt/blog/psicologia/alteracoes-comportamento-no-alzheimer/>>. Acesso em 07 mar. 2022.

## Autores

- **Aline Jacoski de Oliveira Kruger**
- **Caroline Toledo**
- **Claudia Kamilla Shupecheck**
- **Dra. Daiane Priscila Simão**
- **Dr. Daniel Vicentini de Oliveira**
- **Msc. Dannyelli Cristina da Silva**
- **Ms. Dieniffer Socoloski**
- **Fernanda Castanho de Oliveira**
- **Ms. Fernanda Correa de Melo**
- **Dr. Fernando Sluchenshi**
- **Jéssica Kot**
- **Dra. Juliana Sartori Bonini**
- **Keli Ap. Lejambre**
- **Msc. Lucas de Oliveira Araújo**
- **Msc. Murilo Bastos**
- **Msc. Patrícia Amâncio da Rosa**
- **Renan Cassiano Ratis**
- **Renan Felipe Gonçalves**
- **Dr. Timothy Gustavo Cavazzotto Nunes da Silva**
- **Dr. Weber Cláudio Francisco Nunes da Silva**

