



**ORIENTAÇÕES  
PARA MAIS  
QUALIDADE  
DE VIDA**

**GUIA DO CUIDADOR**



**Escrito por:**  
**CERES ELOAH DE LUCENA FERRETTI**  
**Coren-SP 65303**

Enfermeira, Pós-graduada em Gerontologia Social,  
Mestra em Neurociência e Dra. em Ciências pela  
UNIFESP, Pós-doutoranda em Neurologia pela FMUSP.  
Docente Saúde Mental, Adulto e Idoso da  
Universidade de Taubaté.

**Revisado por:**  
**DRA. SONIA BRUCKI**  
**CRM 62916**

Prof. Livre Docente - Grupo de Neurologia Cognitiva  
e do Comportamento - HC-FMUSP.



# GUIA DO CUIDADOR



Embora hoje tenhamos mais recursos do que em um passado recente para o controle satisfatório da doença de Alzheimer (DA), seja pela utilização da terapia farmacológica, não farmacológica ou terapia combinada, que permitam o bom convívio social e familiar em sua evolução, ainda encontramos no dia a dia dos nossos consultórios algumas dúvidas sobre o que significa a doença e seu impacto sobre o paciente, família e sociedade.

Para a família, além das principais dúvidas acerca da doença, seu tratamento e evolução, questionamentos sobre cada etapa ainda parecem fatores que geram maior impacto e sobrecarga, já que, em muitos casos, não há conhecimento suficiente para os manejos diários das dificuldades e dependências apresentadas pelo paciente, que podem ser leves, moderadas ou graves. Gradualmente, esses desafios afetarão a competência da pessoa com DA para o gerenciamento da própria vida.

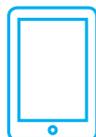
Por entender estas dificuldades e o grande sofrimento dos responsáveis pelos cuidados com o paciente com DA, oferecemos a você, cuidador, este pequeno manual. Ele tem como objetivo atualizar informações acerca do assunto e facilitar suas tarefas, suavizando a sobrecarga dos cuidados exigidos e seu impacto emocional, independentemente da história previamente vivida ao lado do paciente.

Será adotada uma abordagem fase a fase da DA e, por isso, é conveniente que o cuidador busque os aconselhamentos pertinentes ao momento em que se encontra o seu familiar com a doença.

Desejo que este material seja útil no esclarecimento de dúvidas comuns, observadas ao longo dos anos em minha prática profissional.

Boa leitura!

A Autora.



Material disponível  
também em  
formato digital





# DOENÇA DE ALZHEIMER



Alzheimer é uma doença cerebral progressiva de caráter irreversível. Apesar disso, é importante que você saiba que existem medicamentos capazes de diminuir a velocidade com que a doença progride, possibilitando, em alguns casos, estabilização dos déficits apresentados pelo paciente, trazendo assim melhora em sua qualidade de vida e na de seus familiares<sup>1,2</sup>.

## ***Quando buscar avaliação médica***

Os dez sinais sugestivos da doença:

- 1.** Perda de memória
- 2.** Dificuldade na execução de tarefas familiares
- 3.** Problemas com a linguagem
- 4.** Desorientação no tempo e no espaço
- 5.** Pobreza e declínio de julgamento (perda de crítica)
- 6.** Pobreza com pensamento abstrato
- 7.** Perda de objetos
- 8.** Mudanças no humor e no comportamento
- 9.** Mudanças na personalidade
- 10.** Perda de iniciativa

Contudo, o familiar deve estar atento que:

- Nem sempre eles surgem na mesma ordem descrita
- Dependendo do tipo de doença apresentada, um ou outro sinal pode aparecer inicialmente
- A alteração apresentada pode interferir nas atividades de vida da pessoa

Embora a DA possa afetar cada indivíduo diferentemente, ela é marcada por estágios que

exigem diferentes manejos. Tem sido possível observar que, após a hipótese diagnóstica estabelecida, a sobrevivida (número de anos vividos após o diagnóstico) está intimamente relacionada com a qualidade dos cuidados recebidos pela pessoa. Não se deve esquecer que pessoas com 60 anos ou mais, em virtude do processo normal de envelhecimento, requerem maior atenção a todo o organismo. Assim, cuidados especiais com os sistemas respiratório, cardiovascular, digestório, geniturinário, musculoesquelético e tegumentar devem ser introduzidos.<sup>3,4</sup>

## .....INÍCIO DA DOENÇA.....

Os sinais e sintomas podem variar entre as pessoas acometidas pela doença, pois não há um padrão de evolução igual para todos. Inicialmente, eles apresentam perda de memória e mudança no humor, podem ter menos energia, espontaneidade e diminuição em sua capacidade de aprendizado. Também evitam se expor a novas situações preferindo o ambiente que lhes é familiar e, apesar de ainda manterem suas funções cotidianas, têm dificuldades na execução de tarefas mais complexas<sup>3</sup>.

Este momento pode ser delicado, pois comumente a pessoa não tem registro de que tenha cometido alguma falha pela qual está sendo responsabilizada; ou seja, não tem consciência do próprio déficit. ***Este sinal costuma ser muito negativo para o relacionamento cuidador-paciente***, já que, ao ser chamada a atenção por uma falha, é comum que a pessoa diga: “Mas não fui eu!”, “Por que você está fazendo isso comigo?”. É, portanto, uma situação que merece atenção, delicadeza e cuidado em seu manejo, pois pode desencadear profunda tristeza que precisa ser avaliada pelo médico para exclusão ou tratamento da depressão associada à doença. Tenha claro que todas as pessoas com DA precisam estar ativas e realizar atividades que apreciem e que não encontrem grandes dificuldades para executar, ainda que parcialmente<sup>5</sup>.

Considere, especialmente, que pode não ser fácil para a pessoa planejar seus dias, responsabilidades e tarefas diferentes. **O familiar tem papel fundamental na transmissão de segurança e confiança ao paciente que pode estar inseguro diante do que fazer a cada dia ou de iniciar algum trabalho solicitado, precisando, assim, de ajuda.**

Um dos sinais de “alerta” que deve orientar o familiar a buscar ajuda médica é, por exemplo, a informação trazida por colegas de trabalho relatando esquecimentos ou erros grosseiros em atividades profissionais que sempre foram feitas sem quaisquer dificuldades, e que não são percebidas pela pessoa, dessa forma, estão interferindo para a execução de atividades instrumentais de vida diária – AIVDs. Outros dois bons exemplos são as dificuldades que se referem ao controle de finanças, pagamento de contas, etc., ou ainda em ambiente doméstico, quando a dona de casa que por toda a vida cozinhou muito bem, pode ter agora dificuldade para planejar uma refeição e executar a tarefa<sup>3,6-8</sup>.

O fato é que os sintomas cognitivos já estão mais evidentes e um médico pode mais facilmente diagnosticar e tratar com medicamentos desenvolvidos

para este fim, que têm mostrado ser efetivos na lentificação/estabilização da doença.

Atualmente, tem sido reforçado pelos profissionais da área que quanto mais cedo se chegar ao diagnóstico e tratamento, maior controle e qualidade de sobrevivência de pacientes haverá. E, conseqüentemente, menor impacto sobre os cuidadores.

Quando possível, o ideal é planejar o futuro sendo que o ponto positivo nesta tomada de decisão é a participação do paciente, e como ele(a) gostaria que as decisões fossem tomadas no momento certo e por quem. Essa medida dará uma sensação de tranquilidade ao familiar, que terá a certeza de que **as decisões foram as melhores e tomadas em conjunto<sup>3</sup>.**

# ..... CARACTERÍSTICAS ..... INICIAIS GERAIS

- *O paciente pode ter dificuldade de lembrar dados pessoais, fatos recentes*
- *Às vezes, fica mais confuso, como, por exemplo, guarda objetos em locais inapropriados*
- *É possível que tenha dificuldades em realizar operações matemáticas, controlar finanças*
- *Tende a se isolar, evitando atividades sociais*
- *Pode apresentar mudanças de humor, depressão*

## ORIENTAÇÕES GERAIS

- Ouvir a opinião do médico responsável quanto a utilizar estratégias compensatórias explorando técnicas de reabilitação cognitiva. Esta poderá levar o familiar a buscar uma avaliação neuropsicológica do paciente feita por um neuropsicólogo com experiência nestas técnicas e também com um terapeuta ocupacional competente para propor qual atividade será mais adequada, caso a caso
- Em relação aos cuidados gerais, o familiar não terá, nesta etapa, grande sobrecarga objetiva (o cuidado propriamente dito), pois o paciente ainda será independente para a maior parte das atividades de vida diária (AVDs), que são aquelas que se referem ao autocuidado, como banho, vestuário, alimentação, asseio, transferência, continência. O maior trabalho aqui será com as atividades instrumentais e alguns conselhos podem ser úteis<sup>3,6-9</sup>
- Algumas atividades profissionais podem ser mantidas, mesmo aquelas consideradas pelo cuidador como impossíveis de serem realizadas pela pessoa com DA, se fictícias. Por exemplo, tomemos como hipótese um empresário ou alguém que realiza um trabalho de média ou alta complexidade e, para o qual, já foram notadas falhas importantes e inadmissíveis. É possível deixar que o paciente faça normalmente suas atividades no escritório ou de casa e, simultaneamente, outra pessoa estará fazendo o trabalho “real”, “válido”. Esta medida permitirá que o paciente se sinta útil, participativo e competente para o trabalho, por um longo tempo

- Dê reforço positivo, dizendo: “Ainda bem que você consegue fazer isso tão bem!”
- Converse com amigos, vizinhos e comerciantes sobre possíveis esquecimentos apresentados pela pessoa, pois, mesmo na fase inicial, alguns podem se desorientar no espaço e se perderem
- Informe-se sobre a situação financeira do paciente, cartões de crédito, contas bancárias e outros bens
- Na medida do possível, decidam juntos (cuidador e paciente) sobre como irão gerenciar estas questões. Caso não seja possível, converse com o gerente do banco para evitar que grandes saques sejam feitos, empréstimos e outras operações que podem prejudicar a vida financeira do paciente e de sua família
- É sempre importante que a família se reúna para discutir o melhor caminho, sempre buscando respeitar o desejo e acordo anterior firmado entre ela e o paciente
- É interessante procurar orientação jurídica, conversando com um advogado para entender melhor todo o processo relativo a uso devido e indevido dos bens daquela pessoa que está doente. O advogado discutirá com a família como utilizar legalmente os bens materiais e, se for o caso, mais tardiamente, fará as orientações relativas ao início de um processo de interdição do paciente por este se encontrar totalmente

incapaz de responsabilizar-se por atividades civis e cotidianas



### ***De maneira geral, atenção deve ser dada a***

- Observação diária e sutil (disfarçadamente) do comportamento apresentado pelo paciente para notar qualquer alteração, seja cognitiva (memória, linguagem, atenção, orientação no tempo e no espaço, planejamento, habilidade de executar tarefas, aprendizado), funcional (atividades instrumentais de vida diária – pagamento de contas, atividades profissionais, fazer compras, lidar com dinheiro, controlar as finanças, etc.) ou comportamental (presença de alterações de humor (como depressão) e comportamento (como apatia, irritabilidade, etc.)
- Investigação de sinais da presença de infecções como: prostração, expressão facial contraída, que pode significar dor, problemas com

a marcha, perda involuntária de urina, fezes, etc. Estas situações, especialmente no início da doença, tendem a fazer com que o paciente dissimule e omita da família, por sentir-se um “peso” econômico e social, e isto faz com que acabe se entristecendo

- Observar fatores ambientais que possam ser responsáveis por mudança súbita de humor (discussões e imposição de rotinas)
- Os que apresentam dependência leve devem ter seus hábitos de higiene respeitados, como: horário do banho, marca de sabonete, shampoo etc. Não há razão para “obrigar” o paciente a banhar-se pela manhã se é seu hábito fazê-lo à tarde
- Conversar com o médico caso haja antecedentes de doença psiquiátrica e ideação suicida para que medidas

de segurança possam ser tomadas e o problema controlado, por exemplo: uso de medicamentos e adaptações ambientais como colocação de telas ou grades de proteção nas janelas

- A direção de veículos pode estar preservada, contudo, é preciso ter cuidado com problemas como desorientação espacial que em alguns casos surge inicialmente. Perigos gerados pelo tráfego intenso, ruas e avenidas de mão dupla, pedestres que atravessam fora do farol, etc., devem ser evitados

Não há grandes mudanças funcionais na fase inicial da DA. O familiar deve, portanto, estar atento aos assuntos que envolvem finanças e a perda gradual de autonomia para resolução de problemas mais complexos, que exigem maior habilidade de raciocínio.

***O melhor aconselhamento é fazer avaliação médica quando os sintomas iniciais de perda de memória passam a interferir nas atividades de vida diária, e é neste momento que, juntos, médico, paciente, familiar podem avaliar o que ainda pode e o que não pode ser feito pela pessoa com DA.***

***As atividades sociais e de lazer precisam e devem ser mantidas. Lembre-se, cuidados com a saúde e bem-estar são os mesmos dispensados a qualquer pessoa nesta fase da vida, não havendo necessidade de restringir o que não oferece perigo e o que faz com que a pessoa se sinta envolvida com a vida!***

# ***E O REMÉDIO, O QUE PODE SER BOM E RUIM COM O SEU USO?***

Até aproximadamente duas décadas atrás, o tratamento medicamentoso da DA era bem menos promissor e exigia controle laboratorial dado os efeitos colaterais provocados pela medicação disponível à época. Esta situação levava várias vezes à decisão médica de interromper a utilização da droga, dirigindo o tratamento apenas para as alterações não cognitivas, ou as chamadas alterações de comportamento.

Mesmo entre as drogas comportamentais, as opções eram bem reduzidas e os efeitos colaterais negativos, por vezes superiores à resposta benéfica esperada, e isso também gerava interrupção do tratamento e grande sofrimento para todos.

Felizmente, hoje, o mercado disponibiliza algumas drogas para o tratamento específico e estabilizador da DA e outras para o controle, quando necessário, das alterações de comportamento. Dessa maneira, há maior segurança nas prescrições médicas, pois os efeitos colaterais negativos para o paciente são menores ou mesmo inexistem.

Um dos grandes dilemas dos cuidadores está relacionado à expectativa de cura pelo uso da medicação específica, e, por esta razão, ao perceberem que seu

familiar doente não está retornando à normalidade anterior à instalação da doença e que alguns efeitos colaterais como vômitos e diarreia podem estar presentes, desistem do tratamento.

***Este familiar precisa saber que mesmo que ele ache que o paciente não melhora, a resposta esperada pelo médico pode ser considerada satisfatória e positiva, se a pessoa também não está piorando.***

Ou seja, a medicação está fazendo seu papel estabilizador, retardando a progressão da doença e, assim, permitindo melhor qualidade de vida para este paciente. Do mesmo modo, o familiar pode acreditar que “além de não curar”, o medicamento específico ainda “piora” o estado geral da pessoa por produzir vômitos e diarreia. Mais uma vez, a informação é fundamental para a continuidade do tratamento.

É necessário, portanto, que o familiar mantenha o médico responsável sempre bem informado para que ele, e apenas ele, decida pela suspensão ou continuidade do tratamento.

***Jamais o cuidador deverá interromper o medicamento prescrito sem antes conversar com o médico sobre o assunto.***

Os medicamentos disponíveis atualmente no mercado para o tratamento específico da DA são os chamados inibidores da colinesterase, que agem no cérebro poupando a acetilcolina, elemento associado às funções de memória, e têm o propósito de retardar a progressão da doença. Como mencionado anteriormente, seus efeitos benéficos são superiores aos efeitos colaterais negativos, que podem ser controlados e dificilmente exigem a interrupção do tratamento.

***A opção pela droga adequada a cada paciente, bem como a sua***

***apresentação, é competência exclusiva do médico***, que, ao analisar a aceitação do medicamento pelo paciente, tomará a melhor decisão caso a caso<sup>3</sup>.

É muito importante que o cuidador relate ao médico se há alguma dificuldade na aceitação do medicamento pelo paciente. É comum que, inicialmente, a pessoa se torne desconfiada e acredite que a família está “tramando” contra ela e, por isso, recuse a medicação que lhe é oferecida. Cabe ao médico decidir qual será a melhor maneira de garantir que esta pessoa receba a medicação e dose certa ao seu caso.



# ..... DELÍRIOS .....

## EM SUA PROGRESSÃO...

A DA pode ser marcada pela piora dos déficits apresentados em seu início acrescidos de outras alterações que exigem supervisão e assistência de um cuidador por período integral. Como no início, a qualidade de vida está relacionada aos tratamentos farmacológico, não farmacológico ou terapia combinada adequados<sup>9-11</sup>.

As principais alterações observadas neste período são:

- Esquecimento progressivo
- Memória recente bastante prejudicada e a memória remota (antiga) preservada
- Prejuízo na habilidade de reconhecer familiares ou amigos próximos
- Alterações de comportamento, como agitação/agressividade, delírios, alucinações, entre outras
- Pode apresentar sinais de afasia (dificuldade com a linguagem) principalmente em nomear objetos, insegurança e hesitação em responder aos questionamentos que lhe são feitos
- Dificuldade em fazer cálculos e seguir instruções simples
- Ansiedade
- Desequilíbrio do ciclo sono-vigília, em que o paciente troca o dia pela noite
- Torna-se parcialmente dependente para as atividades de vida diária (banho, vestuário, asseio,

alimentação, transferência, alguns episódios isolados de incontinência urinária)

- Perde documentos importantes, ou guarda-os e não se lembra onde
- Desorienta-se no espaço, perdendo-se por lugares familiares e até mesmo dentro da própria casa
- Esquece-se de pagar contas, tomar os remédios, panelas no fogo
- Torna-se mais possessivo e acusa outras pessoas de tê-lo roubado
- Negligencia a própria aparência e higiene pessoal, recusa o banho
- Apresenta convívio social insatisfatório e, muitas vezes, causa constrangimentos à família em função de comportamentos inadequados e desinibidos

***É possível perceber que o familiar poderá enfrentar muitos desafios, pois as perdas mais significativas ocorrem gradualmente neste momento de evolução.***

Pense que, para todos os desafios, sempre há o que se fazer, seja do ponto de vista não farmacológico, farmacológico ou por meio da terapia combinada. É neste ponto da doença que se faz mais necessária a parceria entre cuidadores e profissionais e o estabelecimento de um vínculo de confiança que auxiliará para

o entendimento e satisfação das necessidades de pacientes e cuidadores.

Da mesma maneira que no início, as medicações deverão ser prescritas por médico e controladas pelo cuidador, já que em algum momento da doença é ele quem deverá responsabilizar-se pela administração do medicamento

de acordo com a orientação médica. Sendo este um período que traz muitas dúvidas para o familiar, foi pensado abordar aqui os principais domínios afetados com orientações pertinentes a cada um deles<sup>3</sup>.

**Lembre-se sempre! Nada substitui a avaliação e conduta médica, especialmente quando se trata de dúvidas que o familiar tem acerca da doença e seu tratamento farmacológico.**

## ***ATENÇÃO PARA A HIGIENE DA BOCA!***

A higiene oral é um hábito saudável e agradável que deve ser mantido ao longo de toda a vida. Por isso, o paciente deve receber estímulos para realizá-la.

- Deve ser realizada após cada refeição ou num mínimo de 3 vezes ao dia
- Idealmente, a boca deve ser inspecionada imediatamente após cada refeição, para verificar e remover, se necessário, todo e qualquer resíduo alimentar
- Utilizar escovas de dente de cerdas macias, ensinando o paciente a massagear as gengivas verticalmente com suavidade
- Pode-se utilizar, após cada escovação, antissépticos orais para manter um hálito agradável
- Algumas vezes é muito difícil fazer com que o paciente aceite fazer a higiene oral, neste caso, espere um pouco e tente novamente algum tempo depois, dizendo: “Vamos escovar os nossos dentes para depois descansar, ou passear”
- Durante a escovação, observe a língua, ensinando o paciente a passar a escova delicadamente sobre ela para remover sujeiras



- Deve-se observar cuidadosamente a presença de lesões na cavidade oral – manchas brancas, vermelhas, pequenos ferimentos que sangram e não cicatrizam – e neste caso, alertar o médico responsável
- Caso o paciente use próteses, maior atenção deve ser dada à limpeza das mesmas e da cavidade da boca. As próteses devem ser retiradas após cada refeição, higienizadas fora da boca, e recolocadas após limpeza da cavidade oral
- Observe a estabilidade da prótese dentária na boca do paciente, lembre que com o envelhecimento ocorre perda de massa óssea, fazendo com que as próteses fiquem frouxas e se desestabilizem. É conveniente, nestes casos, conversar com um dentista
- Observe a presença de cáries ou dentes quebrados que causam dor. Existem dentistas que atendem no domicílio aqueles pacientes que se encontram impossibilitados de comparecer ao consultório

---

## ***A IMPORTÂNCIA DO BANHO E CUIDADOS COM O CORPO***

O corpo precisa de cuidados e a higiene é um deles. É possível que o cuidador tenha que previamente preparar o ambiente para evitar, entre outros problemas, acidentes. Um dos locais com mais riscos de quedas é o banheiro, por isso é preciso preparar o ambiente previamente. Todas as adaptações deverão ser feitas para tornar o banheiro mais seguro, assim:

- Mantenha o piso seco, e no interior do box utilize tapetes antiderrapantes (emborrachados) para evitar quedas
- A colocação de barras de segurança na parede é de grande ajuda, pois permite que o paciente se apoie nelas durante o banho, fazendo-o sentir-se mais seguro
- Quando tomar banho for um problema tente identificar a(s) causa(s) da recusa
- É conveniente observar se a pessoa está com dificuldade para caminhar, com medo da água, de cair, se está deprimido; com infecções que geram mal-estar, dor, tonturas, ou mesmo sente-se envergonhado por expor seu corpo diante de um cuidador estranho, especialmente se for do sexo oposto
- Leve para o banheiro um pequeno aparelho de som e coloque um CD com a música preferida do paciente. Isso facilitará sua ida para o banheiro
- Prepare o banheiro previamente e leve para lá todos os objetos necessários à higiene
- Elimine correntes de ar fechando portas e janelas

- Separe as roupas pessoais antecipadamente
- Ainda neste estágio é preciso respeitar os hábitos anteriores à doença, sendo válidas as seguintes orientações:
  - Estimular, orientar e supervisionar sempre, discretamente
  - Auxiliar, se necessário
- Fazer pelo paciente apenas quando não houver mais nenhuma habilidade para a tarefa proposta
- Regule a temperatura da água, que deve ser morna, pois banhos muito quentes provocam ressecamento, além de causar queimaduras em peles muito sensíveis
- Se possível, o paciente deve ser despido no quarto e conduzido ao banheiro protegido por um roupão. Neste momento, evite fixar os olhos em seu corpo (isto pode constrangê-lo), observe-o sutilmente
- Oriente-o para iniciar o banho e auxilie-o apenas se necessário
- Não faça por ele. Estimule, oriente, supervisione, auxilie. Apenas mais tardiamente o cuidador deve assumir a responsabilidade de dar o banho
- Aproveite a oportunidade para massagear suavemente sua pele, isto favorece a circulação sanguínea e produz grande conforto. Para facilitar a aceitação, diga que foi por orientação médica
- Não utilize buchas de banho, lembre-se que a pele é muito sensível e você pode provocar lesões
- Mantenha, se possível, os cabelos curtos. Lave a cabeça diariamente ou, no mínimo, 3 x por semana. Utilize shampoo neutro e observe

- se há lesões no couro cabeludo
- Observe se há necessidade de cortar as unhas das mãos e dos pés. Em caso positivo, posteriormente, corte-as retas com todo o cuidado especialmente nos pacientes diabéticos que, se possível, devem ter suas unhas cortadas por um profissional - podólogo
- Não use medicamentos por via oral ou tópicos - líquidos, cremes ou pomadas, que não forem prescritos pelo médico para tratamento de micoses nas unhas
- Após o banho, seque bem o corpo, principalmente as regiões de genitais, articulares (dobra de joelhos, cotovelos, axilas) e interdigitais (entre os dedos)
- O momento do banho é ideal para se observar a presença de hematomas (manchas roxas), hiperemia (vermelhidão), pruridos



(coceiras), assaduras ou qualquer outro tipo de lesão, as quais, se tratadas adequadamente e a tempo, evitam complicações e previnem a ocorrência de úlceras por pressão (escaras)

- Ao segurar o paciente pelos braços ou mãos, não exerça demasiada pressão. Lembre-se: sua pele é frágil e, muitas vezes, uma simples pressão é suficiente para provocar uma lesão

### ***Algumas vezes, é preciso auxiliar com o vestuário e, assim, deve-se considerar:***

Um vestuário simples e confortável, criando sempre que possível a oportunidade de escolha pelo próprio paciente; essa rotina permite a preservação da personalidade elevando a autoestima e a independência.

- As roupas devem ser simples, confeccionadas com tecidos próprios ao clima
- O paciente pode ter perdido a capacidade de expressar sensações de frio ou calor, dessa forma, o cuidador deve estar atento para trocar o vestuário conforme a variação da temperatura
- Preservar a independência requer uma comunicação eficaz e, por isso, o cuidador deve estimular o ato de vestir-se sozinho, dando instruções com palavras fáceis de serem entendidas, orientando o paciente calmamente e gesticulando, se necessário
- Dê a ele a oportunidade de optar pelo tipo de vestuário e as cores que mais lhe agradem
- Tenha calma e paciência, não o apresse enquanto ele executa sua rotina de vestir-se
- Para que ele mesmo possa procurar suas roupas, nos armários, cole fotos de peças e/ou objetos pessoais na parte externa da gaveta ou guarda-roupas. Isto o ajudará a encontrar rapidamente o que procura
- Roupas como blusas, camisas ou suéteres poderão ser abertas na parte da frente ou costas, para facilitar a colocação ou retirada
- Evite roupas com botões, zíperes e presilhas, elas dificultam o trabalho do paciente para abri-las ou fechá-las. Dê preferência às roupas com elástico ou velcro
- Deve-se evitar o uso de chinelos, pois eles podem escapar dos pés e facilitar as quedas
- Todos os tipos de sapatos devem ser providos com solados antiderrapantes. Os mais indicados são aqueles que possuem elástico na parte superior, pois além de serem fáceis de tirar e colocar, evitam que o paciente tropece e caia, caso o cadarço se desamarre

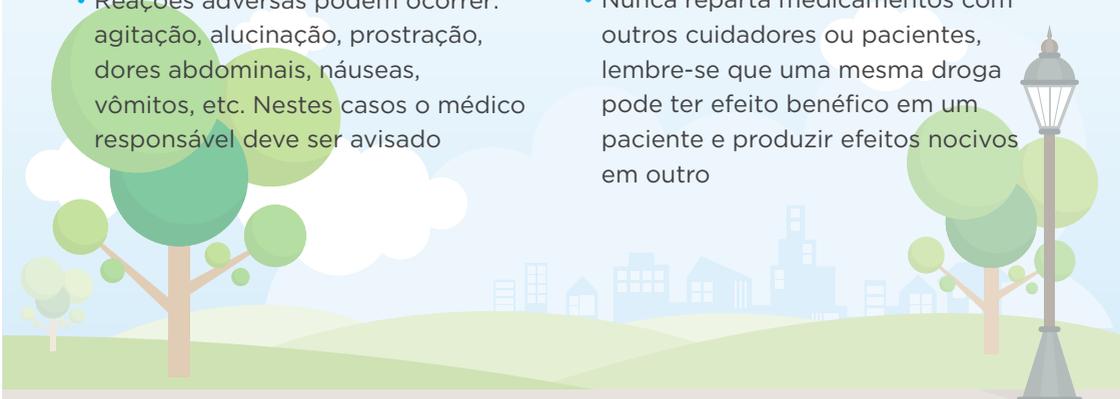
# APRENENDO A LIDAR COM AS MEDICAÇÕES

Já foi dito que alguns pacientes recusam-se a tomar a medicação prescrita, tornando mais difícil para o cuidador administrar o remédio em horário correto. Não menos importante é quando o paciente quer se medicar várias vezes, porque se esqueceu de que já tomou sua medicação. É muito importante que o cuidador reconheça que medicamentos e doses só devem ser administrados se prescritas pelo médico, além de atentar para as seguintes orientações:

- Nunca dê remédios (por mais “inofensivos” que possam parecer) ou receitas caseiras para gripe, obstipação intestinal, hipertensão, etc. sem que o médico esteja ciente. É comum a ocorrência de problemas sérios após o uso de medicamentos ditos “inofensivos”
- Informe a todos os médicos envolvidos com o paciente sobre as drogas utilizadas por ele
- Reações adversas podem ocorrer: agitação, alucinação, prostração, dores abdominais, náuseas, vômitos, etc. Nestes casos o médico responsável deve ser avisado

imediatamente

- Cuidadores devem seguir rigorosamente as orientações recebidas pelo médico que acompanha a evolução da DA quando o paciente faz acompanhamento com outros médicos, como cardiologista, pneumologista ou outras especialidades
- Os líquidos devem ser oferecidos entre 1,5L – 2L por dia, caso não haja restrição prescrita por médico. A hidratação adequada pode prevenir quedas súbitas de pressão arterial
- Caso haja uma queda súbita de pressão arterial, contate o médico e mantenha o paciente no leito com os membros inferiores elevados, sem travesseiros. Não dê a ele líquidos ou alimentos
- O cuidador jamais deverá mudar as doses e horários das medicações sem consultar o médico anteriormente
- Nunca reparta medicamentos com outros cuidadores ou pacientes, lembre-se que uma mesma droga pode ter efeito benéfico em um paciente e produzir efeitos nocivos em outro



- Mantenha em seu poder uma lista atualizada dos medicamentos que estão sendo utilizados pelo paciente, contendo nome da medicação, dose, horário e data do início do tratamento. Estes dados poderão ser úteis em casos de reações adversas ou superdosagem
- Procure saber com antecedência quais farmácias mais próximas estarão de plantão nos finais de semana, feriados e/ou plantão 24h
- Mantenha sempre à mão o número do telefone do médico, hospitais e prontos-socorros para eventuais atendimentos de emergência
- Caso o paciente não aceite a medicação, observe se ele tem dificuldade para engolir ou cuspe os comprimidos, converse com o médico para que ele decida o que fazer
- Se o medicamento produzir intolerância gástrica (azia, náuseas, vômitos, sensação de empachamento), o médico deve ser comunicado para decidir o que fazer
- Supervisionar doses e horários das medicações prescritas é dever do cuidador, que não deve esperar que o paciente as tome por si só. Haverá um momento em que a responsabilidade pela administração das drogas ficará inteiramente a cargo do cuidador
- Armários que contenham medicamentos deverão ser mantidos fechados à chave, e esta guardada em local inacessível ao paciente
- O paciente nunca deverá ficar sozinho com medicamentos ao seu alcance
- Ao administrar a medicação, o cuidador deverá ter certeza de que o paciente engoliu, pois caso ele não o tenha feito, além de não estar medicado, crianças e/ou animais domésticos poderão acidentalmente ingeri-los caso tenha cuspid
- Qualquer suspeita de superdosagem de medicamentos ou ingestão de produtos tóxicos deve ser comunicada ao médico antes de se provocar vômitos ou realizar qualquer tipo de procedimento
- Em situações de emergência (vide sinais de alerta ao final deste guia), quando não é possível o contato com o médico do paciente, este deve ser levado imediatamente ao pronto-socorro mais próximo



# ALTERAÇÕES DE HUMOR E COMPORTAMENTO<sup>10-15</sup>

## **Cuidados com a depressão**

Alguns portadores de DA podem apresentar estados depressivos, isto ocorre mais comumente nos estágios iniciais da doença. Muitas vezes a pessoa pode estar percebendo o que está acontecendo com ela, e, por isso, se entristece.

- Tentar entender o que ocorre é uma função do cuidador atencioso
- Converse com o médico para que ele avalie a necessidade de prescrever medicação
- Evite comentários sobre a doença em presença do paciente, não existe uma forma de se saber em qual momento ele está mais atento
- Observe se há sinais de inapetência e por quê. Pacientes deprimidos tendem a recusar alimentação
- Demonstrações de carinho ainda são a melhor forma de se evitar e/ou eliminar a depressão. Faça com que o paciente sinta-se querido pela família
- Mesmo conhecendo as limitações físicas e/ou mentais do paciente, continue estimulando-o a realizar atividades que ele possa executar
- Elogie-o sempre após uma atividade executada por ele, mesmo que ela esteja inacabada ou mal feita
- Diga palavras positivas que demonstrem carinho, isso aumenta a autoestima, como: “Como você hoje está bonito”, ou, “Ninguém faz isso melhor do que você”, etc.

- Observe se o paciente tem empatia com o cuidador. Algumas vezes, mesmo diante de um cuidador experiente, os pacientes deprimem-se por não simpatizarem com ele

## **Apatia**

Os cuidadores precisam receber informações de que a apatia é um comportamento; e a depressão, um distúrbio de humor. Ambas precisam ser avaliadas por um médico, pois sua origem pode estar relacionada a diferentes fatores. Fique atento para:

- Fatores biológicos (presença de infecções, desidratação, etc.)
- Psicológicos (percepção do que está



ocorrendo)

- Sociais (conflitos familiares, perda de status, incertezas e isolamento)
- Observe se a pessoa torna-se sem iniciativa, como se estivesse “desligada”. Se o cuidador a chama para almoçar, ela vai; se não chama, não vai. Esta pessoa necessita de estímulos constantemente
- É importante que haja consciência que é possível melhorar ou curar estes fenômenos desde que o familiar busque conversar com profissionais com boa base de conhecimento e sensibilidade para entender o que está acontecendo com o paciente, sua família e ambiente para, então, atuar focado no problema identificado

### **Agressividade**

Dentre as alterações de comportamento apresentadas pelo paciente no curso das demências, a agressividade é, sem dúvida, a que atinge mais negativamente o familiar e o cuidador. Dificilmente a família consegue entender o que se passa com o paciente agressivo, fazendo com que uma pequena crise apresentada por ele, gerada muitas vezes por ocorrências simples, como o estímulo ao banho, alcance grandes proporções, fato responsável por conflitos conjugais e familiares intensos, que pode ser refletida na decisão que algumas famílias tomam de institucionalizar o paciente.

Considere as seguintes sugestões:

- Não revide a agressividade, nem verbal, nem física. Embora o paciente aparentemente saiba o que está fazendo, você tem que ter a consciência de que ele não sabe
- A primeira providência a ser tomada é

identificar a causa da agressividade

- As rotinas, que nesta fase já podem ser necessárias, precisam ser estabelecidas sem que o paciente sinta que você quer e precisa que determinada atividade seja feita sempre no mesmo horário. Pense, por exemplo, em dizer: “Acho que está na hora de nos arrumarmos para dar tempo de ir buscar Maria na escola. Preciso de sua companhia, você sabe, tenho receio de ir só”
- Analise com cuidado o tom de voz e as palavras ditas ao paciente, utilizando palavras simples, de forma suave
- Sempre que possível, dê a ele a oportunidade de opinar sobre vestuário, alimentação, atividades, etc.
- Lembre-se que qualquer situação que provoque desconforto físico e/ou mental pode ser responsável por crises de agressividade
- Não se sinta incompreendido pelo médico responsável se ele optar por não medicar o paciente agressivo. Lembre-se, antes de recorrer às medicações, é extremamente válido tentar identificar causas e aprender como atenuar as crises, sem auxílio de medicamentos
- Procure informar-se com o médico. Ele, melhor do que ninguém, poderá explicar-lhe o efeito nocivo que a maioria das medicações utilizadas para manter o paciente calmo pode trazer para as funções de memória, atenção, linguagem, marcha, orientação, etc.
- Lembre-se, apenas com calma e grande paciência você conseguirá trazer o paciente à realidade

## Perambulação

É um estado de inquietação que faz com que o paciente ande de um lado para outro, sem demonstrar sinais de cansaço. É uma alteração de comportamento que também pode estar relacionada a quadros infecciosos e desidratação.

A principal preocupação é a segurança pessoal e ambiental da pessoa. É importante que o familiar tente reconhecer as possíveis causas da perambulação.

- A perambulação pode ocorrer a qualquer momento, mas dificilmente no início da doença. Alguns pacientes não a apresentam porque não existe um padrão de evolução comum a todos. O cuidador deve pensar, portanto, em formas de minimizar os riscos e perigos que a perambulação pode oferecer (quedas, fugas, etc.)
- Familiares próximos, comerciantes, amigos, vizinhos, devem ser comunicados quando o paciente apresentar este fenômeno. Eles devem ser orientados que, caso o paciente seja encontrado vagando pelas ruas, devem aproximar-se calmamente e, tranquilizando-o, conduzi-lo para casa
- A dieta que o paciente recebe deve ser equilibrada com uma oferta maior de carboidratos, pois o seu consumo de energia é maior. A perambulação é um dos fatores que pode explicar a perda de peso
- A desorientação têmporo-espacial (incapacidade para reconhecer dias e noites e o local onde se encontra) também pode explicar a inquietação motora demonstrada pelo paciente. Mantenha calendários visíveis e objetos familiares espalhados pela casa
- Infecções, reações adversas a alguns medicamentos, dores, fecalomas (fezes em consistência de pedra), devem ser investigadas e descartadas por um médico. Às vezes a presença de um inseto nas roupas ou qualquer outra sensação de desconforto pode causar inquietude motora, fazendo o paciente perambular
- Alterações de sono também são responsáveis pela perambulação. Deve-se evitar que o paciente durma durante o dia. Lembrar que idosos têm menor necessidade de horas de sono
- Banhos de sol pela manhã são saudáveis e auxiliam no reequilíbrio do ciclo sono-vigília
- Pacientes que apresentam perambulação noturna (caminham à noite) não devem dormir de meias. O risco de escorregar e cair é muito alto. São permitidas apenas as meias que tenham material antiderrapante na sola
- Mantenha o paciente ocupado durante o dia. Atividades e exercícios físicos adaptados às suas limitações (se houver) devem fazer parte de sua rotina
- Caminhadas e atividades domésticas simples serão de grande valor. Embora ele(a) muitas vezes não consiga terminar uma atividade, isso acaba consumindo energia e, possivelmente, resultando em um sono mais tranquilo
- Medidas de segurança devem ser adotadas, mesmo para aqueles pacientes que nunca tenham se perdido; a família deve procurar identificá-lo com uma pulseira, medalha, ou até mesmo na parte interna da etiqueta do vestuário com nome, endereço, telefone e, se possível, dados médicos
- Todos os riscos devem ser avaliados pelo

cuidador. Assim, portas, janelas, poços, piscinas, escadas, sacadas, devem ser supervisionados rotineiramente com a finalidade de manter a segurança do paciente que perambula

- Os arredores da casa também devem ser analisados, ruas com tráfego intenso oferecem grande perigo
- Travas colocadas na parte alta ou baixa da porta mantêm a casa segura e dificilmente são percebidas pelo paciente
- Se houver quintal, este deve ser protegido por cercas altas e firmes ao redor
- Vãos abertos em escadas devem ser fechados e colocados portões nos pavimentos superior e inferior
- As chaves do carro devem ser guardadas em local seguro, longe do alcance do paciente. Muitos já foram encontrados após horas, perdidos, dirigindo inclusive carros de outras pessoas
- Pense que talvez retirar uma ou outra peça do carro, impedindo com isso que ele funcione, pode ser uma boa solução alternativa
- Caso o paciente saia e se perca, é conveniente iniciar a procura em locais que habitualmente ele frequentava, familiares a ele
- Lembre-se, o paciente não pode sentir-se perseguido pelo cuidador, observe-o e supervisione suas atividades com sutileza

### **Alucinações**

Alguns pacientes podem apresentar alucinações visuais ou auditivas quando têm a falsa impressão – sem que haja

um estímulo externo – de estar vendo ou ouvindo coisas que outras pessoas não veem ou ouvem, respectivamente. Esta alteração de comportamento provoca grande transtorno na estrutura familiar, especialmente porque a maioria das pessoas não está preparada para administrar bem esta situação.

### **Observe as sugestões a seguir:**

- A alucinação, quando presente, requer do cuidador calma e paciência para trazer o paciente de volta à realidade, sem grandes traumas. Como as causas são várias, é necessária avaliação médica
- Fique alerta às infecções, dependência de álcool, reações adversas às medicações utilizadas, desidratação, dores fortes e presença de fecaloma (fezes em consistência de pedra)
- Tente trabalhar sempre na tentativa de trazer o paciente à realidade. Observe quais ruídos, objetos, etc. são responsáveis pela alucinação e providencie para que sejam removidos
- Cortinas, papéis de parede ou louças estampadas costumam gerar crises. Nesse caso, é conveniente substituí-los por padronagens lisas e claras
- Sombras na janela podem ser provocadas por vegetação (folhas de árvores que balançam ao vento) e, neste caso, devem ser podadas
- Evite espelhos, eles podem desencadear uma crise alucinatória, quando, por exemplo, o paciente perder a capacidade de reconhecer sua própria imagem refletida. Cobri-los ou removê-los é o ideal
- Saiba respeitar uma crise de alucinação, que para o paciente é bastante real, com

palavras calmas, tom de voz suave e o toque carinhoso. Traga-o de volta à realidade transmitindo-lhe confiança

### **Delírios**

Trata-se da falsa crença que o paciente tem de estar sendo roubado, perseguido por pessoas estranhas ou membros da própria família (persecutório). Acredita que não está em sua casa e frequentemente pede para ir embora (falso reconhecimento), desconhece as pessoas que convivem com ele, diz que há estranhos em sua casa, etc.

- É extremamente importante que o cuidador tenha a consciência de que o paciente não sabe o que está fazendo. Agir com calma, paciência e carinho diante de delírios
- Tranquelize-o caminhando pela casa para mostrar-lhe que não há ninguém estranho que possa ter roubado algo
- Mantenha objetos familiares espalhados pela casa
- Não responda às acusações, lembre-se, ele não sabe o que faz
- Quando ele solicita a todo o momento ir embora para casa, leve-o a dar uma volta e retorne dizendo: “Pronto, chegamos em casa”. Este é um artifício bastante eficaz. No entanto, saia de casa acompanhado por mais uma pessoa, no momento em que ele estiver calmo
- Se o paciente confundir um familiar ou amigo com um assaltante/agressor entenda que é um delírio e, por isso, tente acalmá-lo com carinho. O que para você é um delírio, para ele

é uma realidade

- Use e abuse do toque suave, do abraço e dê todo o amor e respeito que o paciente precisa e merece.

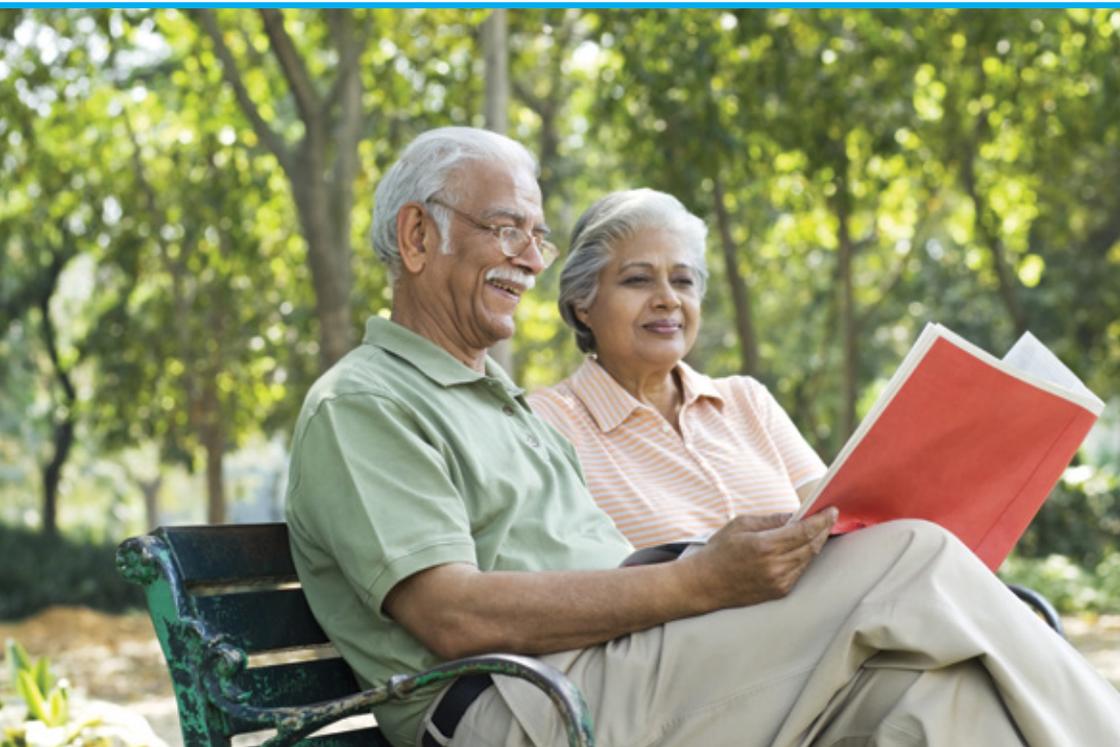
As situações motivadas pelo delírio devem ser tratadas com delicadeza e seriedade

### **Desinibição**

Comportamentos inadequados em público ou abordagens inconvenientes a cuidadores ou cônjuges são conhecidos como desinibição. Saber lidar com alterações de comportamento que envolvam a sexualidade é delicado e exige muita calma e discrição.

- Deve-se encarar com naturalidade os comportamentos inadequados apresentados pelo paciente. Se muito constrangedores, o médico deverá ser consultado para avaliar o comportamento
- Muitas vezes, a carência de afeto leva a distúrbios comportamentais. Ofereça amor, carinho e compreensão. A sua presença e o toque suave diminuem a ocorrência desses distúrbios
- Às vezes, cuidadores são abordados pelo paciente com insinuações inapropriadas. É importante distraí-lo, tentando desviar sua atenção com outro assunto
- Considere que alguns comportamentos considerados como inadequados podem estar relacionados a alguma necessidade correspondente. Tirar a blusa em público pode simplesmente significar que o paciente está com calor ou a blusa está apertada

- O paciente deve ser levado ao banheiro a intervalos regulares de tempo. Tirar as calças inesperadamente pode significar que ele quer apenas ir ao banheiro
  - Manipular genitais pode significar assaduras e coceiras. Aproveite o momento do banho para observar a pele
  - Pode ser que o cuidador observe o paciente masturbar-se frequentemente. Com tranquilidade, explique-lhe que esta é uma prática que merece ambiente reservado
  - Jamais reaja com ironia
- ou estardalhaço diante de comportamentos sexuais inusitados. Seja gentil e paciente, porém com firmeza
- A ansiedade pode ser controlada com um contato físico (um abraço, por exemplo), não esqueça que atitudes gentis transmitem calma e confiança
  - Diante de situações constrangedoras, não permita que o paciente fique exposto ao ridículo. Conduza-o para outro ambiente e com extrema calma explique-lhe que seu comportamento é inadequado



# .....: SEGURANÇA:.....

## PESSOAL E AMBIENTAL

### *Protegendo o paciente dele mesmo*

Pacientes confusos, que perambulam, com limitações motoras, desorientados no tempo e no espaço, necessitam de supervisão constante. E algumas medidas que previnam a ocorrência de acidentes, tanto domésticos quanto em ambientes externos, deverão ser adotadas. Dessa forma, pensar em adaptar o ambiente tornando-o mais seguro é de suma importância.

- Prevenir ainda é melhor do que remediar, então, você deve avaliar cada cômodo da casa em busca de problemas que podem expor o paciente a riscos de acidentes
- A cozinha e o banheiro são frequentemente os dois ambientes mais perigosos para o paciente
- Embora as adaptações sejam necessárias, não mude totalmente um ambiente que, para ele, é familiar e do qual ele gosta. Assim, sempre que possível, os móveis e objetos familiares a ele devem ser mantidos no mesmo lugar
- Todos os objetos perigosos devem ser removidos, genericamente: os pontiagudos, cortantes, quebráveis ou pesados (faqueiro e martelo); pequenos objetos como alfinetes, botões, agulhas, moedas (que podem ser engolidos), devem ser guardados em local seguro
- Objetos como eletrodomésticos, louças, facas, devem ser guardados em local seguro

- Estimule-o a ajudar com tarefas simples que não ofereçam perigo
- Nunca permita que o paciente execute atividade na cozinha quando estiver sozinho. Ele pode não recordar de como manipular eletrodomésticos com segurança
- Uma dona de casa que não lida mais com uma batedeira de bolo deve ser estimulada da seguinte forma: “Tenho uma nova receita que gostaria que você fizesse, no entanto, o ‘segredo’ para que ele fique gostoso é que deverá ser batido à mão; eu te ajudo se você quiser, vamos fazer?”
- Não permita que o paciente aproxime-se de panelas contendo alimentos quentes ou à chama do fogão
- Mantenha o gás desligado
- Atenção com a porta da cozinha se ela se comunica com o exterior da casa, mantenha-a fechada
- Mantenha produtos de limpeza, desinfetantes, detergentes ou inflamáveis (como álcool) em armários que devem permanecer fechados
- Mantenha fósforos e acendedores em local inacessível ao paciente
- A geladeira deve ser mantida limpa e fechada. Lembrar que a maioria dos pacientes mantém uma dieta alimentar (como os hipertensos e diabéticos) que deve ser respeitada
- Gavetas na cozinha que acomodam objetos pesados (faqueiros, por exemplo), devem ser colocadas na

parte inferior do armário para evitar acidentes, caso haja o desencaixe

- O piso da cozinha deve ser preferencialmente antiderrapante, pois o risco de quedas com consequente fratura é muito alto
- Os banheiros geralmente apresentam pisos lisos e escorregadios. Tapetes antiderrapantes (emborrachados) evitam quedas
- Se possível, deve-se colocar barras de segurança na parede, no interior do box e ao lado do vaso sanitário, elas permitem que o paciente se apoie e, assim, sintam-se seguros
- Retire do armário do banheiro todos os medicamentos, lâminas de barbear, soluções, etc. Mantenha apenas os objetos pessoais de higienização. É comum que pacientes usem o creme de barbear em lugar do creme dental
- As tomadas devem ser cobertas por tampas
- Luminárias devem ser colocadas no alto, grandes lustres devem ser evitados. Fios e extensões mantidos fora das áreas de circulação
- Sofás e poltronas devem ser firmes e fortes, com antebraços que permitam o apoio para sentar e levantar, e revestidos de material impermeável e lavável, principalmente nos casos de pacientes incontinentes
- As paredes devem ser pintadas em tons pastel, não é aconselhável o uso de papéis de parede estampados e com desenhos, pois podem gerar crises de alucinação e agitação

- As portas devem ser mantidas fechadas e todas as chaves com cópias em poder do cuidador ou em local seguro inacessível ao paciente
- O paciente nunca deve ficar totalmente no escuro. Instale luz de vigília – abajur ou pequena luz que ligada à tomada produza iluminação suficiente
- A cama convencional e baixa é indicada nos estágios iniciais da doença. Deve-se sempre, no entanto, avaliar a necessidade de colocação de grades laterais
- Os pacientes agitados devem ter sua cama encostada em uma das paredes e possuir grade lateral
- A iluminação natural é ideal. Deve-se manter os ambientes claros e arejados
- Caso haja escadas, estas devem ser bem iluminadas, contar com corrimão de ambos os lados e portões nos pavimentos superior e inferior
- Distraia-o para que ele não suba e desça escadas desnecessariamente
- Os passeios externos devem ser incentivados, porém, estarão subordinados ao grau de dependência apresentado, e sempre acompanhado
- Passeios de carro podem ser agradáveis. Providencie para que haja travas nas portas, que impeçam que elas abram por dentro. Acomode o paciente preferencialmente com um acompanhante na parte traseira do automóvel, com cinto de segurança

## MAIS TARDIAMENTE

Observa-se prejuízo de memória muito importante, o paciente perde a capacidade de registro e tem dificuldades maiores para lembrar fatos antigos. Neste momento de evolução há também a incapacidade de reconhecer rostos familiares, amigos, a própria casa. Parece alheio ao que ocorre à sua volta e tem muita dificuldade de entender os comandos verbais mais simples. A linguagem se restringe a poucas palavras e pode evoluir para mutismo total. Há comprometimento da deglutição e são frequentes os engasgos com alimentos sólidos, líquidos ou ambos, o que pode resultar em pneumonias aspirativas de gravidade e desfecho variáveis. A alimentação deverá ser adaptada às dificuldades de deglutição. Pacientes permanecem mais tempo restritos a poltronas e leitos, apresentam dupla incontinência (urinária e fecal) e frequentes infecções de trato urinário e lesões de pele (vide guia dermatológico).

### PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS NA FASE GRAVE

- Extrema dificuldade de deglutição (disfagia)
- Restrição ao leito e/ou poltrona
- Posição fetal
- Contraturas, úlceras por pressão, infecções sistêmicas, pneumonias
- Perda global de memória de curto e longo prazo
- Perda significativa de peso
- Comunicação verbal limitada a sons ininteligíveis ou mutismo
- Perda de controle voluntário de esfínteres urinário e fecal

## ORIENTAÇÕES GERAIS

Certamente, os principais cuidados neste estágio são aqueles relacionados a:

- Nutrição
- Hidratação
- Higienização
- Mobilidade
- Humanização
- É interessante criar uma rotina para aqueles que apresentam dependência grave. Isto facilita o trabalho do cuidador e cria um hábito para o paciente
- Pacientes muito confusos devem ter suas próteses dentárias retiradas à noite, colocadas em solução antisséptica e, após higienização, recolocadas pela manhã
- Mesmo os acamados devem ser levados ao banheiro para que seja realizado o banho de chuveiro, esta é uma ótima oportunidade de mobilização
- Banhos no leito devem ser evitados, sendo indicados apenas para aqueles pacientes com prescrição de repouso rigoroso no leito
- Pacientes incontinentes devem ter suas fraldas trocadas de 3 em 3 horas, ou antes se necessário
- Assaduras podem surgir devido à má higienização ou à longa permanência com fraldas molhadas
- Após eliminações urinárias ou intestinais, deve-se providenciar uma higiene íntima

- Pacientes incontinentes retiram as fraldas facilmente, podem encontrar dificuldade para isso se o cuidador usar calça com cinto com a fivela para trás
- Se é difícil para ele manter-se em pé por muito tempo, pense que talvez uma cadeira de banho vá auxiliá-lo e permitir maior conforto
- Nas fases mais avançadas da doença, deve-se dar preferência aos conjuntos do tipo moletom, em função de sua praticidade
- Para pacientes limitados a cadeiras de rodas ou poltronas, o critério para a escolha do vestuário é ainda mais rigoroso. Deve-se optar por roupas confortáveis, largas, especialmente nos quadris
- As camas hospitalares com grades laterais e providas de colchão “caixa de ovo” são indicadas para pacientes de alta dependência

## INCONTINÊNCIA

- Esta é uma ocorrência bastante comum na fase mais tardia da DA e motivo de grande constrangimento, tanto para pacientes, quanto para cuidadores. É importante que se analise se há uma razão para estar havendo a perda involuntária de urina e fezes, pois muitas vezes o problema é reversível
- Observar sinais de infecção urinária é de extrema importância, como baixo débito urinário com oferta adequada de líquidos, disúria (dificuldade para urinar), sensação de queimação à micção, urina concentrada (escura) com odor fétido, mudanças de comportamento, etc., e diante disso, contatar o médico
- Problemas com a marcha, como dificuldade para caminhar, dores e rigidez de articulações, medo de cair, localização do banheiro muito distante, podem ser fatores que contribuem para o aparecimento da incontinência, que neste caso, é reversível. Basta, para isso, criar condições que facilitem o acesso ao banheiro e que o paciente chegue até lá com segurança
- Observe o intervalo de tempo entre uma micção e evacuação e outra, e leve-o ao banheiro antecipadamente
- Os pacientes comprovadamente incontinentes devem fazer uso de fraldas geriátricas à noite e, durante o dia, acompanhados ao banheiro obedecendo-se os intervalos que ele apresenta entre uma micção e outra
- Aqueles que apresentam impossibilidade completa de treino vesical (acompanhamento periódico ao banheiro), devem fazer uso de fraldas geriátricas ininterruptamente
- As fraldas deverão ser trocadas em intervalos máximos de 3h ou antes se necessário
- Evite que ele permaneça com fraldas molhadas, não esqueça que a acidez da urina pode provocar pruridos (coceiras), assaduras e lesões na pele
- A cada troca realize uma higiene íntima completa, ou seja, não se deve limpar a região dos genitais e sim lavá-las com água e sabonete

- Os lençóis devem ser trocados sempre que forem molhados
- As infecções urinárias de repetição (especialmente em senhoras) têm sido comprovadamente causadas pela má higienização, ou seja, o hábito de, após a micção ou evacuação, utilizar o papel higiênico de trás para frente, fazendo com que haja uma contaminação fecal

Os pacientes que recebem uma dieta adequada costumam ter seus hábitos intestinais regulares. Assim, é muito fácil controlar a evacuação, mesmo naqueles que apresentam incontinência fecal, basta, para isso, observar seu horário habitual e conduzi-lo ao banheiro com antecedência.

## ..... CONVULSÕES .....

Alguns pacientes podem apresentar convulsões, que geralmente ocorrem nas fases mais tardias da doença. Isto, no entanto, não impede que elas possam acontecer precocemente. O cuidador deve estar preparado para esta ocorrência que, via de regra, assusta enormemente, dando a impressão que o paciente pode morrer.

- Ajude o paciente em primeiro lugar. Se possível, marque no relógio quanto tempo durou a convulsão. Em seguida, fale com o médico e explique a ele o ocorrido
- Mantenha a calma, dificilmente o paciente morre durante uma convulsão
- Posicione o paciente no leito ou mesmo no chão se ele caiu, com a cabeça lateralizada
- Desabotoe golas e colarinhos, mantenha as vestes frouxas e confortáveis
- Mantenha o ambiente arejado
- Proteja-o de quedas, fique ao seu lado
- Caso seja a primeira vez que isto ocorre, contate imediatamente o médico responsável

- Se o paciente já usava medicação anticonvulsivante e, ainda assim, está apresentando convulsões, contate o médico para que ele decida o que fazer
- Não alimente pacientes convulsivos com grandes quantidades de comida, pois caso ele apresente uma convulsão com o estômago cheio, o risco de aspirações é muito maior
- Fracione sua dieta, ofereça várias vezes ao dia pequenas quantidades de alimentos
- É da maior importância que a segurança do paciente seja mantida durante uma crise convulsiva, que pode ser do tipo tônica (quando o paciente apresenta o corpo contraído), clônica (quando o paciente “pula” como se estivesse exposto a um choque elétrico) ou mista, do tipo tônico-clônica
- As quedas são bastante comuns durante uma crise convulsiva, no momento em que o paciente se “bate”. Essas quedas frequentemente trazem consequências ruins para ele, como as fraturas ou traumas cranianos, por exemplo<sup>16</sup>

# ..... SINAIS ..... DE ALERTA

*É comum que pacientes com diagnóstico de DA não apresentem mudanças súbitas de comportamento. Assim, qualquer mudança repentina observada pelo cuidador deve ser comunicada ao médico responsável. Por exemplo, um paciente com todas as suas necessidades de cuidados satisfeitas, tende a evoluir tranquila e lentamente no curso da doença. Caso ocorra uma mudança repentina e a pessoa se torne agitada, agressiva ou apática, inapetente, confusa, andando de um lado para o outro sem razão aparente, é possível que uma ou outra situação a seguir esteja ocorrendo, já que, diante destas situações, o que altera é o comportamento e, a febre, quando presente, pode ser o último sinal de uma infecção<sup>3,4,8</sup>.*

## O MÉDICO DEVE SER AVISADO SE:

- Está com a pele muito seca e urinando muito pouco
- O intestino não funciona há mais de 3-4 dias (pode estar com fezes duras)
- A urina está com odor fétido, escura e pouco volume (pode estar com infecção do trato urinário ou desidratado)
- Perder subitamente o controle urinário, urinando na roupa (pode estar com infecção urinária)
- Está gemente ou balançando o corpo para frente e para trás (pode ter dor)
- Está suando muito (pode estar com dor, ou com problemas cardíacos/respiratórios)
- Apresenta crises de tosse que não estão associadas a resfriado, e piora quando deita (pode ter problemas cardíacos)
- Queixa-se de enjoo, náusea, transpira bastante e diz: “Acho que comi alguma coisa que me fez mal” (podem ser sinais e sintomas de infarto)
- Aparece confuso, não fala coisa com coisa (pode ter batido a cabeça em algum lugar que o cuidador não viu, e precisa ser avaliado)
- Apresenta sangramento retal (hemorroidas, fissuras)

**Referências:** 1. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data Global Action Plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. 2. Buriá C, Camarano AA, Kanso S, et al. Panorama prospectivo das demências no Brasil: um enfoque demográfico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(10):2949-2956, 2013. 3. Hickey JV. *Dementia in The Clinical Practice of Neurological and Neurosurgical Nursing*. 5th Edition Lippincott Williams&Wilkins USA 2003. 4. Ferretti CEL. Fundamentos de Enfermagem nas Doenças Neurodegenerativas Cerebrais in Diccini, Solange; Koizume, Maria Sumie (org) *Enfermagem em Neurociência – Fundamentos para a Prática Clínica* São Paulo, Editora Atheneu, 2007. 5. Vuilleumier P. Anosognosia: The Neurology of Beliefs and Uncertainties. *Cortex*, (2004) 40, 9-17. 6. Mittelman MS, Haley WE, Clay OJ, Roth, DL. Improving caregiver well-being delays nursing home placement of patients with Alzheimer’s disease. *Neurology* 2006;67:1592-9. 7. Sörensen S, Pinquart M, Duberstein P. How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. *Gerontologist* 2002;42(3):356-72. 8. DiMaria-Ghalili RA, Guenter Peggi. Problemas Nutricionais in Lewis SL, Dirksen SR, Heitkemper MM, Bucher L, Cmera, IM. *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*, 8ª Edição, Ed. Elsevier. Rio de Janeiro 2013. 9. Llanque SM, Enriquez M. Interventions for Hispanic caregivers of patients with dementia: A review of the literature. *Am J Alzheimers Dis Other Dement* 2012;27(1):23-32. 10. Lewis Sharon L. *Doença de Alzheimer, Demência e Delírium* cap 60 pag 1518-1527 in Lewis SL, Dirksen SR, Heitkemper MM, Bucher L, Camera IM. *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica Avaliação e Assistência dos Problemas Clínicos – Adaptado à realidade brasileira*. 8a Edição Ed Elsevier Rio de Janeiro, 2013. 11. Caramelli P, Bottino CMC. Tratado os sintomas comportamentais e psicológicos da demência (SCPD). *J Bras Psiquiatr*, 56(2): 83-87, 2007. 12. Gitlin LN, Winter L, Dennis MP, Hodgson N, Hauck WW. Targeting and managing behavioral symptoms in individuals with dementia: A randomized trial of a nonpharmacological intervention. *J Am Ger Soc* 2010;58:1465-74. 13. Bourgeois MS, Schulz R. Interventions for caregivers of patients with Alzheimer’s disease: A review and analysis of content, process, and outcomes. *Int J Aging and Human Development* 1996; 45(1):35-92. 14. Graessel E, Stemmer R, Eichenseer B, Pickel S, Donath C, Kornhuber J, Luttenberger K. Non-pharmacological, multicomponent group therapy in patients with degenerative dementia: a 12-month randomized, controlled trial *BMC Medicine* 2011, 9:129. 15. Ferretti CEL. *Behavior Disorders: A Non Pharmacological approach to dementia in dementia Dementia & Neuropsychologia* 1 (2), 190-195, 2007. 16. Mitchell SL, Black BS, Ersek M, Hanson LC, Miller SC, Sachs GA, Teno JM, Morrison RS. *Advanced Dementia: State of the Art and Priorities for the Next Decade* *Ann Intern Med*. 2012;156:45-51.



**PRÓ-MEMÓRIA**  
Informação que faz a diferença!

## **SOBRE O PRÓ-MEMÓRIA**

*O programa **Pró-Memória** tem o objetivo de disseminar hábitos saudáveis que complementam o tratamento prescrito pelo médico.*

*Através de plataformas e materiais diversos, além do suporte especializado de enfermeiras, o programa serve como uma importante fonte de informações para orientar o cuidador e melhorar a qualidade de vida dos pacientes.*

Em caso de dúvida, ligue para  
**0800 770 8955 - opção 2**  
e fale com um de nossos atendentes.

 **NOVARTIS**

BR1803802960  
6344951 VS GUIACUIDADOR 5,0 0616 BR  
Material destinado exclusivamente a pacientes que receberam prescrição do medicamento e a profissionais de saúde habilitados a prescrever e/ou dispensar medicamentos. Data de produção: maio/2018, 2018 - © - Direitos reservados – Novartis Biociências S/A  
- Proibida a reprodução total ou parcial não autorizada.

**Novartis Biociências S.A.**  
Setor Farma - Av. Prof. Vicente Rao, 90  
São Paulo, SP - CEP 04636-000  
[www.novartis.com.br](http://www.novartis.com.br)  
[www.portal.novartis.com.br](http://www.portal.novartis.com.br)

**SIC - Serviço de informação ao Cliente**  
0800 888 3003  
[sic.novartis@novartis.com](mailto:sic.novartis@novartis.com)