

Doença de Alzheimer

Orientações ao cuidador

Roberta Rigo Dalacorte¹

André Luiz Moschetta²

Seu Carlos, setenta e dois anos, há algum tempo passou a esquecer onde deixa as chaves da casa ou os chinelos. Porém, o que mais preocupa sua esposa é o marido repetir a mesma pergunta várias vezes durante as conversas. Recentemente, em uma festa de aniversário, seu Carlos parecia perdido ao cumprimentar o aniversariante, como se não soubesse o que lhe dizer e o motivo de estar lá. Aconselhada por amigas, dona Lúcia levou-o ao médico. Após muitas perguntas foi selado o diagnóstico: era Doença de Alzheimer. Seu Carlos viu sua independência, auto-estima e identidade sob ameaça. A primeira reação foi negar a doença, sentindo-se injustiçado por estar diante de uma enfermidade incurável. Mas com o passar do tempo as dificuldades ficaram evidentes, incontrolláveis, causando tristeza e depressão. Dona Lúcia, a pessoa que lhe é mais próxima, que o ama, não escapou dos mesmos sentimentos, uma vez que sabe que perderá gradativamente um relacionamento construído ao longo de décadas.

O diagnóstico da Doença de Alzheimer pode ser desesperador, no entanto, através da busca por informações, seu peso pode ser em muito aliviado. Usando de carinho e dedicação, é possível garantir que a pessoa querida viva de modo confortável e digno. E o familiar se transformará, então, em um cuidador.

O que são as demências?

Demências são doenças neurológicas que levam à perda gradual das funções cerebrais mais complexas. Conhecidas popularmente como *esclerose*, afetam a

¹ Médica Geriatria pela USP. Doutorado em Medicina e Ciências da Saúde pela PUCRS.

² Médico Internista pelo Hospital Nossa Senhora da Conceição de Porto Alegre. Médico Residente do Serviço de Geriatria do Hospital São Lucas da PUCRS.

memória, o raciocínio, a fala, a capacidade de aprender e de executar tarefas do dia-a-dia.

São aproximadamente 60 os tipos de demência. A Doença de Alzheimer (DA) é a mais comum, seguida pela demência associada a acidentes vasculares cerebrais (“derrames” ou “isquemias”). O tratamento, na quase totalidade dos casos, limita-se ao alívio dos sintomas. É importante lembrar que apenas algumas demências podem ser curadas – aquelas relacionadas à deficiência de algumas vitaminas ou a disfunções da tireóide, por exemplo.

O que é importante saber sobre a Doença de Alzheimer?

A DA foi descrita pela primeira vez no início do século passado, pelo psiquiatra alemão *Alois Alzheimer*. Ocorre principalmente a partir dos sessenta anos, mas pode aparecer já aos quarenta. No Brasil acomete mais de 1,2 milhão de pessoas; sua causa, no entanto, permanece desconhecida. O indivíduo afetado apresenta uma deterioração gradativa de sua capacidade mental. Hábitos corriqueiros como escovar os dentes, trocar de roupa e utilizar o telefone se transformam em verdadeiros desafios.

O diagnóstico de DA é realizado através de consulta médica, através de história clínica e testes psicológicos. Exames complementares também podem ser solicitados. É comum o médico ser procurado após meses ou mesmo anos do início das alterações, minimizadas e confundidas como “problemas da idade”, o que pode retardar o tratamento e a organização dos cuidados ideais ao doente. As dificuldades de memória relacionadas ao envelhecimento normal são sentidas pela maioria das pessoas, não significam doença, e não progridem. Já a DA leva a esquecimentos importantes, mais frequentes, que interferem de modo relevante na vida do doente e da família. Outras situações, que também podem confundir o diagnóstico, são problemas psiquiátricos, como depressão e psicoses.

Como evolui a Doença de Alzheimer?

A DA é gradativa (os sintomas aparecem lentamente), progressiva (piora com o passar do tempo) e irreversível (não há cura). Sua evolução possui três estágios: DA leve (inicial), DA moderada (intermediária) e DA grave (avançada).

DA leve. O sintoma inicial, geralmente, mas não de modo exclusivo, é o esquecimento; sobretudo de informações mais recentes. São queixas freqüentes não conseguir memorizar o nome de alguém durante uma conversa, esquecer uma panela no fogo aceso ou a porta de casa aberta. Quando participa de conversas, principalmente em grupos, o doente passa a chamar a atenção dos demais ao repetir informações ou perguntas. Paralelamente, ficam preservadas as capacidades aprendidas há mais tempo, como costurar, datilografar, andar de bicicleta e tocar instrumentos.

DA moderada. Com o passar do tempo ocorre diminuição da inteligência; desorientação, o portador não sabe em que lugar se encontra e em que dia está; e incapacidade de concentração. Ocorrem alucinações (ver ou ouvir coisas que não existem) e idéias delirantes (acreditar em coisas que não são verdadeiras). O doente é visto conversando com alguém que não está presente, muitas vezes que já morreu, ou acredita estar sendo enganado, traído. Certos traços de personalidade podem ser exacerbados, como a sexualidade e o bom humor. Depressão é muito comum neste período, já que o portador percebe o declínio gradual de suas capacidades e o conseqüente sofrimento para si e seus entes queridos.

DA avançada. A memória e a capacidade de comunicação vão se exaurindo. Ocorre a perda do controle da bexiga e do intestino, e o doente não é mais capaz de ajudar em sua própria higiene. Na fase final da doença há impossibilidade de se movimentar e alterações grosseiras na postura, com flexão de todas as articulações. Pode-se chegar ao estado vegetativo, situação onde se mantêm apenas as funções básicas da vida, sem interação alguma consigo mesmo ou com o mundo externo.

Erros comuns no cuidado do portador

1. *Achar que a DA ocorre do mesmo jeito em todas as pessoas.*

A evolução da DA é diferente em cada caso. O tempo de doença também varia, de poucos anos a mais de uma década.

2. *Chatear-se com atitudes do portador.*

Muitos cuidadores ficam entristecidos ou raivosos quando o doente toma certas atitudes: agressão verbal ou não colaboração em tarefas. É muito

importante lembrar que, por mais inacreditável que isto pareça, o portador não sabe o que faz, e nestes momentos precisa apenas que sua doença seja compreendida.

3. *Achar que o portador não percebe o que está lhe acontecendo.*

Não se sabe com certeza em que intensidade o doente conhece e sofre por sua incapacidade. As sensações básicas de dor, frio, fome, talvez solidão e tristeza, e por que não, conforto e alegria, estão preservadas até o estágio mais avançado. Portanto, os cuidados devem ser prestados sempre com atenção, respeito e carinho, de modo contínuo, sem exceções. Um fato pouco lembrado é que os portadores de DA podem apresentar, em intensidade e tempos variáveis, momentos de lucidez, os quais surpreendem os que estão à sua volta. Esta é mais uma razão para manter os cuidados permanentemente adequados, já que a qualquer momento o doente pode se ver em situações que para ele sempre foram inaceitáveis, ocorrendo sentimentos negativos, como vergonha e rejeição. A premissa básica para o bom cuidado é o cuidador tratar como gostaria de ser tratado. Conversar na presença do portador utilizando um volume de voz ao qual ele não ouve, ou comentar a respeito do seu diagnóstico, como se ele não existisse, é insensível e passa a idéia de rejeição, falta de estima.

4. *Tratar o doente como se ele fosse criança.*

Algumas pessoas utilizam, equivocadamente, um jeito infantilizado de falar para demonstrar carinho. Mesmo quando frágil e confuso o doente continua sendo adulto, e ser tratado como criança pode ser motivo de humilhação e revolta, atrapalhando o cuidado.

5. *Não comentar sobre o diagnóstico com o doente*

É comum, no início, o portador perguntar a respeito da DA, despertando inquietação nos familiares e, algumas vezes, em médicos não acostumados a lidar com a situação. Há o receio de serem causados medo, tristeza e revolta. Neste momento não se pode esquecer que, se o doente ainda tem a capacidade de fazer tais perguntas, também pode se questionar se não está ficando louco, ou se uma doença maligna não está sendo escondida. Além

disso, ao saber do diagnóstico é possível tomar decisões que requerem lucidez, por exemplo, sobre herança, evitando transtornos desnecessários. O importante não é a notícia em si, mas o modo como é dada. Será confortante para ele saber que o mais importante é que não está sozinho, a equipe de saúde está disponível para ajudar-lhe, os familiares estão sabendo do que acontece, e há disposição para encontrar meios que facilitem a sua vida. Convém limitar-se a responder apenas as indagações levantadas, evitando informações em excesso. Algumas famílias optam por manter uma postura de não aceitar a doença e manter ao doente a falsa esperança de cura. Deve-se ter muita prudência em relação a esta atitude, pois na verdade, ao negar a doença e sua gravidade, os familiares estão revelando que ainda não compreenderam o que se passa, e isso tornará toda a organização do cuidado mais difícil.

Comunicando-se com o portador

No dia-a-dia, ao fazerem perguntas, as pessoas raramente têm paciência para esperar mais do que poucos segundos pela resposta, e ao mesmo tempo, é comum esta surgir apenas horas depois. Quando se tenta dialogar com o portador de DA, freqüentemente é esquecido que ele não tem apenas a fala comprometida, mas também a velocidade de elaboração de respostas. Estas podem ser dadas segundos a horas após, o que implica em muita paciência e jogo de cintura por parte do cuidador. Déficits de visão e audição são comuns, o que também dificulta o contato.

O raciocínio vai se tornando cada vez mais concreto, incapaz de fazer abstrações, a habilidade de aprender e compreender vai desaparecendo. Usar palavras simples, claras, objetivas, não exemplos. Não gritar ou dividir as palavras em sílabas, isso dificulta a compreensão. Falar pausadamente, separando as palavras, mantendo a musicalidade, o ritmo da linguagem. As informações devem ser dadas uma a uma, fornecendo a segunda somente após o entendimento da primeira. Pedir ao portador, na dúvida, para repetir o que lhe foi falado. A aproximação junto ao doente deve ser tranqüila, para não assustá-lo, o toque sutil é útil para chamar e manter sua atenção.

Antes de falar convém fazer-se enxergar, com os lábios visíveis. Facilita o contato chamar pelo nome, e não por sons (“hei”, “oi”) ou tratamentos (“pai”, “seu”).

O portador de DA perde gradativamente a capacidade de formar palavras, de ler, e de compreender a linguagem verbal, o que torna o uso da linguagem não-verbal (gestos e expressões faciais) fundamental para a boa comunicação. Procurar olhar e ser olhado pelo paciente, utilizando a expressão facial e do corpo de acordo com o conteúdo da fala. Não dizer “sim, tudo bem” quando se quer dizer “não”, pois seu rosto ou seu tom de voz dirá “não”, e isso trará desentendimento. Perguntas agressivas provocarão respostas agressivas.

Para manifestar suas insatisfações, seus sentimentos negativos, o doente, sobretudo a partir do estágio moderado, apresenta alterações de comportamento que podem ser confundidas com a própria DA. Quando inquieto, agitado, agressivo, pode estar querendo passar a mensagem de que o ambiente não está bom, ou “estou com medo”, “não entendo”, por exemplo. E quando abatido, não colaborando com as tarefas, querendo ficar na cama mais do que o habitual, talvez queira dizer “me sinto solitário”, “me sinto triste”, “sinto que estou incomodando, que sou um peso”. Nos casos mais avançados, é interessante ficar atento a mudanças no olhar, pois este pode ser o único canal de comunicação. Se a situação não se resolver é necessário consultar a um médico, já que comportamentos anormais podem ser o primeiro sinal de uma doença infecciosa, ou outras.

Cuidados básicos

O doente vai perdendo sutilmente a capacidade de se vestir, alimentar-se, mobilizar-se, cuidar da própria aparência, controlar bexiga e intestino, e tomar banho. Logo, convém buscar informação e organizar-se para prevenir surpresas desagradáveis. É fundamental buscar ajuda de profissionais qualificados, ou seja, com especialização e experiência no cuidado de doentes com DA. Os médicos neurologistas e geriatras são os mais consultados. No decorrer da doença provavelmente será necessário o apoio profissional de fisioterapeuta, psicólogo, terapeuta ocupacional, fonoaudiologista e enfermeiro, dentre outros.

No início a pessoa faz tudo o que sempre fez, do mesmo jeito. Mas no futuro precisará deixar lentamente suas atividades, o que deve ser feito da forma menos traumática possível. Obviamente, tudo dependerá dos interesses do portador, de sua motivação, suas habilidades, o estágio atual da doença e principalmente da estrutura e do apoio recebidos. Ao contrário do que se pode pensar, é possível sim pedir ajuda ao doente nas tarefas diárias. A cooperação será limitada, mas o sentimento de ser útil não tem preço.

Higiene

No banho – usar tapete antiderrapante desde as fases iniciais, quedas são comuns. Para convidar o doente pode-se mostrar a toalha de banho, facilitando a compreensão. Depois, quando há dificuldade para ficar em pé, será necessário uma cadeira ou um banco, de material impermeável, com pés emborrachados, fixos. É comum precisar de ajuda para lavar-se, a qual deve ser oferecida por alguém do mesmo sexo, a não ser que o cuidador seja um cônjuge, o contrário pode causar vergonha.

Ir ao banheiro – para a perda involuntária de urina ou fezes podem ser usados absorventes íntimos, ou a roupa pode ser protegida por um forro de pano. Para utilizar o banheiro, barras de segurança nas paredes são de muito auxílio. Uma luz indicando a direção do banheiro durante a noite facilita sua utilização.

Alimentação

Sempre que possível, desde o estágio mais leve, convém acompanhar o doente, sem pressa, em todas refeições. Assim a quantidade de alimento ingerido será maior. Variar sabores é um estímulo para a memória e os sentidos do paciente. Quando nas fases moderada e avançada convida-lo para comer mostrando a comida ou objetos que lembrem refeição. Finalmente, haverá incapacidade para engolir os alimentos, situação esta muito estressante para a família. Neste ponto deve-se procurar ajuda médica para se decidir sobre a passagem de uma sonda (um “caninho”), para alimentar o doente. Para isso são necessários dietas e cuidados próprios que serão orientados pela equipe de saúde.

Deve-se ficar atento para causas de desnutrição ou falta de líquidos: dificuldade para pedir comida ou para alimentar-se, problemas nos dentes, má digestão, dor abdominal, diarréia. O médico deve ser avisado sobre estas situações.

Vestuário

Com o evoluir da doença perde-se a capacidade de escolher roupas adequadas, seja para a temperatura ou para a ocasião do dia. Preferir roupas não muito justas nem folgadas, de uso simples, sem muitos fechos, bolsos ou cordões. Sapatos nem apertados nem frouxos, de tecido confortável, com sola macia, sem cadarço, são fundamentais para prevenir quedas.

Ambiente e segurança

O ambiente deve ser o mais simples, seguro e familiar possível. Manter rotinas simples e repetitivas na casa facilita a participação do portador. Suas tarefas devem ser feitas “passo a passo”, com calma, pois podem demorar sobremaneira. As atividades devem ser supervisionadas para que não ocorram acidentes, garantindo a segurança física do doente. Atentar para objetos que possam precipitar acidentes: tapetes com franjas ou que deslizam (usar antiderrapantes), móveis pontiagudos (arredondar ou proteger as pontas), móveis leves ou com rodinhas (preferir móveis fixos, que não se movam com facilidade), objetos frágeis (não deixar o portador manipula-los sozinho). Podem ser consultadas empresas de arquitetura especializadas em projetar adaptações para portadores de demência.

Quando o doente fizer questão de sair de casa sozinho, procurar acompanhá-lo à distância, se possível. Nos estágios mais avançados, se ainda houver um certo grau de compreensão e mobilidade, o portador necessitará de acompanhamento nas 24 horas. Se ele se sentir ofendido pelo “excesso de zelo”, a saída pode ser persuadi-lo a receber ajuda ou “deixar para outra hora”, quando provavelmente terá esquecido o assunto. Em momentos como este utilize as limitações de memória e de atenção do doente para mudar o que ele está fazendo. Se isto não der certo, e ele insistir em que você saia de perto, então é o momento de dizer-lhe com firmeza, mas com carinho, que não será possível fazê-lo sozinho, pois poderá haver acidentes.

Garantir a dignidade do doente, principalmente quando as alterações de comportamento comprometem seu papel social. A partir de um certo momento as atividades sociais se limitarão a receber visitas em casa e participar de eventos em família, mesmo assim é aconselhado evitar locais tumultuados, barulhentos, ou onde estarão pessoas que não compreendem ou não se importam com a doença.

A capacidade de dirigir é freqüentemente a primeira a desaparecer, convém abordar o problema logo no início da doença. Mesmo em pacientes com DA leve capazes de dirigir, a habilitação deve ser revista a cada seis meses, com a expectativa de ser necessário parar a qualquer momento. Aprender a manusear um aparelho de microondas pode prevenir acidentes futuros com o fogão.

Como lidar com os problemas de memória?

Um fato freqüente é o doente se perder em locais públicos, o que justifica o uso de um bracelete, por exemplo, contendo nome, endereço e telefone de contato. Convém utilizar bilhetes escritos pela casa, providenciar pares de chaves e óculos extras. Para falar sobre o tempo usar eventos (“antes do almoço”, “depois do jantar”), e não números. O cuidador profissional pode usar um crachá com letras grandes contendo seu nome.

Preferir atividades que exijam menos atenção, mais prazerosas. Se possível, fazer uma avaliação com um psicólogo perguntando-lhe sobre técnicas para memória específicas para portadores de DA.

Outros problemas comuns

Déficit de audição e de visão

Apesar de muito comuns entre os idosos, costumam ser subestimados no portador de DA, como se não tivessem maior relevância frente ao quadro. No entanto, a diminuição da capacidade de ver ou de ouvir tem grande impacto no contato com o mundo externo, podendo resultar em isolamento social e todas suas conseqüências. As consultas ao oftalmologista e ao otorrinolaringologista são idealmente realizadas uma vez ao ano, ou com mais freqüência, se necessário. O tratamento não cirúrgico, quando

possível, pode melhorar a qualidade de vida do paciente. Às vezes, tampões de cera obstruindo a audição são a causa da surdez, sendo facilmente removíveis por um médico.

Delírios

São situações onde o doente vê, ouve, sente ou imagina coisas irreais. Podem se tornar freqüentes os momentos em que o doente vê e fala com pessoas que não estão presentes, mesmo já falecidas, ou acha que está em outro local e em outra época, fazendo coisas inesperadas, como estudar para uma prova ou preparar-se para viajar. Estas situações podem ser contornadas tentando-se distrair o doente. Podem ser sugeridas outras atividades, ou fazer perguntas que mudem o foco de atenção. Entrar no seu mundo imaginário pode ser a única solução, porém cabe ao cuidador sempre manter o doente protegido dos pontos de vista físico e humano.

Agitação e agressividade

Podem significar problemas de adaptação ao ambiente ou de comunicação. Se não forem resolvidos, um médico deve ser consultado, pois a causa pode ser uma doença aguda qualquer.

Depressão

Isolamento social, abandono de atividades e perda da independência são causas freqüentes de depressão. Pode se manifestar apenas por alterações do comportamento, com apatia e desinteresse. Em doentes mais incapacitados, expressões no olhar são a única pista para a existência de maus sentimentos. Medicamentos antidepressivos, receitados após uma avaliação médica, costumam trazer bons resultados.

Insônia

Muito freqüente na DA. O paciente chega a inverter o ritmo de sono, dormindo no período do dia. Antes de procurar um médico é fundamental atentar para medidas de higiene do sono (as roupas, a cama e a temperatura devem ser confortáveis; o quarto

deve ser o mais escuro possível, porém mantendo-se um abajur à beira da cama e uma luz indicativa da direção do banheiro ou da saída do quarto; o ambiente deve ser silencioso; evitar alimentação ou banho antes de dormir). Muitas vezes serão necessários remédios tranqüilizantes para regular o sono do paciente.

Vaguear noturno

Alguns doentes passam a caminhar, vaguear, durante a noite. Nestas circunstâncias o ideal é permiti-lo, o que raramente é possível por falta espaço ou de segurança. Neste caso serão úteis medicamentos prescritos pelo médico. Exercícios regulares também podem diminuir a necessidade de caminhar à noite.

O estresse do cuidador

O que define alguém como *cuidador* é simplesmente estar disposto a cuidar. O cuidador pode ser um cônjuge, um familiar, um amigo, ou alguém contratado para tal, chamado *profissional* ou *formal*. Cuidar do doente com DA significa dedicação mental e física constantes, tal responsabilidade deve ser dividida entre duas ou mais pessoas, evitando a sobrecarga e o estresse de uma única pessoa.

Recomenda-se que os cuidadores tenham tempo para cuidar de si mesmos, não só descansando, mas também participando de atividades que distraiam, contraponham o estresse. Quando não existem pessoas dispostas a ajudar ou não há condições financeiras para a contratação de auxílio, a realização de uma reunião familiar pode ser o meio para se solucionar o problema.

É surpreendente como há casos de familiares, mesmo filhos ou irmãos, que não se importam com a situação vivida pelo doente e por seu cuidador. Esta atitude talvez seja fruto da falta de informação, ou da não aceitação da doença. É indicado convidar amigos e familiares para estarem presentes à consulta médica, e pedir ao médico ajuda para inteirar aqueles que não estão ajudando.

Para cuidar de um portador de DA é necessário que o cuidador seja, sobretudo, paciente, atento e respeitoso. A repetição de erros, o não entendimento de orientações, a incapacidade para tarefas simples, a falta de discernimento e a desinibição que aparecem com o tempo, são desencorajadores. Para isso deve existir uma rede de

suporte não só para o doente, mas também para a pessoa que se defronta diariamente com as dificuldades impostas pela doença. A existência de familiares, amigos, vizinhos e outras pessoas interessadas na saúde do doente e do cuidador faz muita diferença. Uma atitude que ajuda a manter a qualidade da assistência é o cuidador diminuir expectativas em relação ao doente, prevenindo que se sinta frustrado e irritado. “Mas isso não se aprende do dia para a noite”.

Se o cuidador está sozinho, por mais amoroso e capaz que seja, se sentirá sobrecarregado. O esforço mental e físico, as noites mal dormidas e a ausência de atividades sociais causam falta de prazer no dia-a-dia. Diminuição ou aumento do apetite, baixa auto-estima, irritabilidade, episódios de choro ou agressividade, revelam que o cuidador está estressado, precisando de ajuda. Este quadro é incompatível com a administração da assistência que o portador de DA precisa. Neste momento, a contratação de um cuidador profissional, ou a institucionalização, quase sempre serão a única saída, sobretudo nas fases finais da doença.

Como escolher o cuidador profissional?

Como em todas as áreas, existem bons e maus profissionais, a questão é como saber diferenciá-los. O ideal é dar preferência para cuidadores com boas referências. A entrevista de emprego deve ser demorada e minuciosa, onde se pergunta a respeito de experiências prévias, relação com familiares e amigos, limitações e qualidades no exercício da profissão, o porquê de escolher este trabalho, dentre outras coisas.

Os maus tratos a portadores de demência são mais freqüentes do que se imagina. Sinais de agressividade, abuso ou negligência nem sempre são evidentes (mesmo ao médico), tornando úteis câmeras escondidas e microfones para surpreendê-los. Contudo, quando o doente reage negativamente à presença do cuidador, nem sempre significa que houve maus tratos, podendo se tratar apenas de antipatia ou não adaptação. Entende-se porque a troca de cuidador é tão comum.

Quando utilizar instituições de longa permanência (asilos, lares, clínicas) e como as escolher?

A utilização ou não de instituições de longa permanência depende de uma série de fatores. Ao procurá-las a família deve ter certeza de que não se trata de um ato de rejeição, de abandono, e sim de uma atitude de amor, já que haverá melhora dos cuidados ao paciente. Quando as responsabilidades financeiras ou emocionais de se manter uma atenção adequada em casa se tornam insustentáveis, desgastando o ambiente familiar, a única saída será a institucionalização. Obviamente o lar, em geral, é o melhor lugar para o paciente, porém não se pode esquecer que um bom ambiente depende de harmonia e conforto, o que muitas vezes torna-se impossível para uma família estressada. Podem ser utilizados asilos em tempo parcial, em apenas alguns dias da semana ou mesmo um único turno ao dia.

Os seguintes itens devem ser levados em conta na hora de avaliar a instituição: registro em órgãos competentes (repartição municipal, secretaria de saúde); referências de outras famílias e profissionais de saúde, disponibilidade e qualidade de recursos humanos (médico geriatra, enfermeiro, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional, proporção entre o número de cuidadores e o número de idosos – quanto menor o número de cuidadores pior pode ser o cuidado); procedimento em caso de emergência (há médico de sobreaviso 24 horas? Há cuidadores treinados em primeiros-socorros? Hospital por perto); regulamento; limpeza, ventilação, iluminação e espaço das dependências; área verde e localização; adaptação e presença de medidas de segurança contra acidentes; horários para visita.

Questões legais e financeiras

Para o recebimento de aposentadoria ou pensão, de aluguéis, venda de bens, conta bancária e similares será necessária uma interdição judicial, a qual deve ser considerada a partir do momento em que o doente fica impossibilitado de cuidar de si e de seus interesses e direitos da vida civil. Passa a ser representado por um *curador*, que se torna o responsável pela prática dos atos da vida civil em seu nome. Deve-se abrir um processo perante o Juiz competente e seguir as regras previstas na lei, no Código de Processo Civil.

Existe tratamento específico para a Doença de Alzheimer?

Os tratamentos disponíveis hoje em dia, infelizmente, servem apenas para aliviar os sintomas e a velocidade da doença, e não para revertê-la. Hoje, no Brasil, há quatro tipos de medicação para o tratamento dos distúrbios cognitivos (relativos às capacidades mentais) e comportamentais: Rivastigmina, Donepezil, Galantamina e Memantina. Tais substâncias, em alguns casos, podem trazer benefícios, principalmente nas fases mais leves da doença. Sua indicação, seus benefícios e efeitos colaterais devem ser discutidos com o médico, evitando expectativas fantasiosas, como grandes benefícios ou cura.

Como oferecer qualidade de vida ao doente?

Qualidade de vida está diretamente relacionada à prática de atividades, físicas ou lúdicas. As habilidades prazerosas, desenvolvidas ao longo da vida, devem ser mantidas pelo maior tempo possível. Pintar quadros, fazer esculturas, desenhar, tocar instrumentos musicais, costurar, jogar dados, pode significar um dos poucos momentos de plenitude emocional ao paciente. Também ele se sentirá importante se lhe forem dadas tarefas, mesmo que simples, em casa ou no trabalho.

Músicas sempre distraem e são um meio de trazer sensações boas, como tranquilidade e alegria, sendo úteis também em situações de estresse. Podem ser utilizadas para exercitar a memória e a coordenação motora, através do canto e da dança. E se forem da infância são uma oportunidade de recordar o passado.

O doente deve ser incentivado a manter exercícios físicos regulares. Caminhadas, necessariamente na companhia de alguém – para não se perder, podem ser muito agradáveis.

As atividades devem ser adaptadas para as capacidades do portador em questão. Grupos de convivência ou grupos educativos, visando ao aprendizado e aliviando a carga do cuidador, e oficinas de atividades onde possam ser treinadas as atividades básicas da vida diária, ou mais elaboradas, também são interessantes. Programas de terapia diária podem ser utilizados, inclusive contato com animais. O cuidador aprende e dá continuidade à terapia, com consultorias profissionais

esporádicas. Quando se decide por buscar qualidade de vida para o doente com DA, as orientações profissionais de terapia ocupacional, fisioterapia e educação física são de grande ajuda.

Na fase final o doente perde a capacidade de se sentar, de manter a cabeça elevada, de obedecer a comandos ou repetir gestos. Sua atividade física fica limitada a cuidados fisioterápicos, buscando apenas manter a mobilidade das articulações.

O principal objetivo no tratamento, para as pessoas doentes e as que delas cuidam, é tentar alcançar o máximo de qualidade de vida com o mínimo de sofrimento, seja psicológico, físico ou social. Para isso é muito interessante procurar grupos de apoio formados especialmente por cuidadores, onde o peso da função pode ser aliviado através da troca de experiências e informações.

Literatura consultada

CAOVILLA, Vera Pedrosa; CANINEU Paulo Renato (Coords). *Você não está sozinho*. Associação Brasileira de Alzheimer, 2002.

FREITAS, Elizabete Viana e cols. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Ed. Guanabara Koogan, 2006.