

**A RELAÇÃO E AS ADVERSIDADES ENTRE O CUIDADOR INFORMAL E O PACIENTE**

**THE RELATIONSHIP AND ADVERSITIES BETWEEN THE INFORMAL CAREGIVER  
AND THE PATIENT**

**LA RELACIÓN Y LAS ADVERSIDADES ENTRE EL CUIDADOR INFORMAL Y EL  
PACIENTE**

 10.56238/ramv20n15-011

**Nicole Segnor Sauer**

Graduanda em Medicina

Instituição: Centro Universitário Alfredo Nasser (UNIFAN)

E-mail: nicole.segnor.sauer@gmail.com

**Ana Vitória Mascarenhas Sganzerla**

Graduanda em Medicina

Instituição: Centro Universitário de Goiatuba (Unicerrado)

E-mail: anavitoriams12@yahoo.com.br

**Ramon Giroto**

Médico

Instituição: Universidade Iguazu (UNIG)

E-mail: ramongiroto@hotmail.com

**Isabela Felipe Ribeiro**

Graduanda em Medicina

Instituição: Centro Universitário de Goiatuba (Unicerrado)

E-mail: isabelafribeiro08@gmail.com

**Vitor De Franco Gomes Filgueira**

Graduando em Medicina

Instituição: Centro Universitário de Goiatuba (Unicerrado)

E-mail: vitordf97@gmail.com

**Cristiana Daniela de Souza**

Graduanda em Medicina

Instituição: Centro Universitário Alfredo Nasser (UNIFAN)

E-mail: sdcristi@gmail.com

**Isabelle Arruda Leão Oliveira**

Graduanda em Medicina

Instituição: Centro Universitário de Goiatuba (Unicerrado)

E-mail: isabellearrudaleao@gmail.com





used, in which five stages are used: observation of reality; key points; theorizing; solution hypotheses; application to reality. To prepare the first stage, an interview was carried out with a patient with motor disabilities and her informal caregiver, residing in the city of Aparecida de Goiânia. In this first moment, their experiences were observed, asking questions ranging from their identification data to their lifestyle habits. Based on this, one can understand the problems present in this reality. Continuing the theorization, solution hypotheses were developed, capable of positively modifying the patient's habits, and finally developing the last stage of the arc with the application of these measures to the patient's reality. In this way, through evidence-based prior knowledge, it was possible to provide a better quality of life for the patient and her family caregiver.

**Keywords:** Informal Caregiver. Motor Disability. Quality of Life. Maguerez Arch.

## RESUMEN

El cuidado abarca el mantenimiento del bienestar y la calidad de vida de una persona dependiente, contribuyendo a sus actividades diarias y brindándole la mayor autonomía posible. Los cuidadores familiares, también llamados cuidadores informales, desempeñan su función sin remuneración y son responsables de todo el proceso de cuidado, cuya construcción se rige por diversos factores como los vínculos afectivos y de sangre, la convivencia en el hogar o la satisfacción de los deseos tanto del cuidador como de la persona cuidada. Por lo tanto, este estudio busca analizar los desafíos y la relación entre el cuidador y la persona cuidada, buscando explorar medidas para mejorar este vínculo y proteger a ambas partes, utilizando una metodología de resolución de problemas basada en el Arco de Maguerez. Se utilizó el Arco de Maguerez, que consta de cinco etapas: observación de la realidad; puntos clave; teorización; hipótesis de solución; y aplicación a la realidad. En la primera etapa, se realizó una entrevista con una paciente con discapacidad motora y su cuidador informal, residentes en la ciudad de Aparecida de Goiânia. En esta fase inicial, se observaron las experiencias de la paciente, desde datos de identificación hasta hábitos de vida. Con base en esto, se pudieron comprender los problemas presentes en esta realidad. Siguiendo el marco teórico, se desarrollaron hipótesis de solución capaces de modificar positivamente los hábitos del paciente y, finalmente, se implementó la última etapa del arco con la aplicación de estas medidas a la realidad del paciente. De esta manera, mediante el conocimiento previo basado en la evidencia, fue posible brindar una mejor calidad de vida al paciente y a su cuidador familiar.

**Palabras clave:** Cuidador Informal. Discapacidad Motora. Calidad de Vida. Arco de Maguerez.







foram consideradas publicações referentes a teses, dissertações, resumos de congressos, editoriais e artigos de revisão voltados à temática. Utilizou-se como fonte bases de dados do MEDLINE/PUBMED, Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e revistas eletrônicas de saúde.

Os critérios de inclusão para seleção dos artigos foram: artigos publicados na língua vernácula, cujo recorte temporal foram de 5 anos (2019 a 2024), artigos totalmente disponíveis na íntegra, sem ônus para os autores. Já os critérios de exclusão foram os artigos que não estavam disponíveis, fora do recorte temporal, publicações em outros idiomas que não o português e que após a leitura do título e resumo do artigo, não atendessem aos critérios para elegibilidade da pesquisa.

Frente ao material técnico e científico necessário, se realizou criação de medidas interventivas com base nos conteúdos encontrados durante a teorização, posteriormente foram aplicados à realidade, com medidas assertivas para intervenção.

## **4 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **4.1 OBSERVAÇÃO DA REALIDADE**

M.M.A., 64 anos, aposentada, viúva, brasileira, moradora do município de Aparecida de Goiânia- GO. Atualmente, reside apenas com a filha K.O.A de 44 anos, em uma casa com dois quartos, um banheiro, sala, cozinha e varanda.

A paciente K.O.A é cadeirante, necessita do uso de fraldas e apoio para atividades básicas como vestir-se, tomar banho e mudar de ambiente. Relata quadro hipertensivo, o qual mantém-se controlado por meio do uso de medicamentos e acompanhamento ambulatorial. Faz uso de Besilato de Anlodipino 5mg, Losartana Potássica 50mg, Hidroclorotiazida 25mg, e Citrato de Tofacitinibe 5mg cedido pelo governo de Aparecida de Goiânia para tratamento de Artrite Reumatóide.

A paciente M.M.A, mãe e cuidadora de K.O.A refere não apresentar nenhuma comorbidade ou fazer uso de quaisquer medicamentos. Faz crochê como hobby e como atividade remunerada extra. É sedentária e relata como principal problema entre a relação paciente – cuidadora os cuidados relacionados com a higiene, pois relata dificuldade visto que não tem cadeira de banho como apoio.

Quanto aos hábitos de vida, ambas afirmam possuir alimentação regrada. Apresentam diurese e evacuação normais, referindo ingestão hídrica de aproximadamente três litros de água por dia cada.

Ao exame físico de K.A.O, pressão arterial de 130/70 mmHg no momento da aferição, saturação 98%, FC 87 bpm. Paciente em bom estado geral (BEG), lúcida e orientada no tempo e no espaço (LOTE), hidratada, normocorada, acianótica e anictérica.

**CABEÇA:** crânio: simétrico sem deformidades; couro cabeludo: ausência de descamação e lesões; olhos: pupilas isocóricas e fotorreativas, sem desvio ocular, apresenta boa acuidade visual; orelhas: ausência de otorreia; nariz: ausência de rinorreia; boca: dentes preservados, sem ulcerações na mucosa.



**PESCOÇO:** traqueia móvel e centralizada, ausência de linfonomegalia, movimentos normais.

**PELE E FÂNEROS:** hidratada, presença de lesões nos membros superiores e inferiores.

**APARELHO RESPIRATÓRIO:** Inspeção estática: tórax atípico, simétrico, sem retrações, sem abaulamentos, sem cicatrizes. Inspeção dinâmica: eupnéico, sem sinais de esforço respiratório. Palpação: FTV antero-posterior presente, expansibilidade em ápice, terço médio e bases simétricas e preservadas, sem edema, sem enfisema subcutâneo. Percussão: som claro-pulmonar em toda projeção pulmonar. Ausculta: MV simétrico e preservado, sem ruídos adventícios, sem sopros pulmonares, ressonância vocal normal.

**APARELHO CARDIOVASCULAR:** ritmo cardíaco regular em 2 tempos, bulhas cardíacas normofonéticas, ausência de sopro.

**ABDOME:** Inspeção: plano, sem abaulamentos, sem retrações, sem cicatrizes, sem peristaltismo visível, sem circulação colateral. Ausculta: RHA normoativos, sem sopros. Percussão: som maciço em quadrante superior direito, e timpanismo em demais quadrantes e sem sinais de ascite (piparote, skoda e macicez móvel). Palpação superficial: parede normotensa, sem massas palpáveis, normotérmica. Palpação profunda: sem massas anormais, indolor, sem visceromegalias, descompressão brusca negativa

**APARELHO OSTEOMUSCULAR:** MMII sem mobilidade.

Ao exame físico de M.M.A, pressão arterial de 125/80 mmHg no momento da aferição, saturação 97%, FC 74 bpm. Paciente em bom estado geral (BEG), lúcida e orientada no tempo e no espaço (LOTE), hidratada, normocorada, acianótica e anictérica.

**CABEÇA:** crânio: simétrico sem deformidades; couro cabeludo: ausência de descamação e lesões; olhos: pupilas isocóricas e fotorreagentes, sem desvio ocular, apresenta boa acuidade visual; orelhas: ausência de otorreia; nariz: ausência de rinorreia; boca: dentes preservados, sem ulcerações na mucosa.

**PESCOÇO:** traqueia móvel e centralizada, ausência de linfonomegalia, movimentos normais.

**PELE E FÂNEROS:** hidratada, ausência de lesões.

**APARELHO RESPIRATÓRIO:** Inspeção estática: tórax atípico, simétrico, sem retrações, sem abaulamentos, sem cicatrizes. Inspeção dinâmica: eupnéico, sem sinais de esforço respiratório. Palpação: FTV antero-posterior presente, expansibilidade em ápice, terço médio e bases simétricas e preservadas, sem edema, sem enfisema subcutâneo. Percussão: som claro-pulmonar em toda projeção pulmonar. Ausculta: MV simétrico e preservado, sem ruídos adventícios, sem sopros pulmonares, ressonância vocal normal.



APARELHO CARDIOVASCULAR: ritmo cardíaco regular em 2 tempos, bulhas cardíacas normofonéticas, ausência de sopro.

ABDOME: Inspeção: plano, sem abaulamentos, sem retrações, sem cicatrizes, sem peristaltismo visível, sem circulação colateral. Ausculta: RHA normoativos, sem sopros. Percussão: som maciço em quadrante superior direito e timpanismo nos demais quadrantes, sem sinais de ascite (piparote, skoda e macicez móvel). Palpação superficial: parede normotensa, sem massas palpáveis, normotérmica. Palpação profunda: sem massas anormais, indolor, sem visceromegalias, descompressão brusca negativa

APARELHO OSTEOMUSCULAR: ausência de alterações em MMII e MMSS.

#### 4.2 PONTOS CHAVES

- Cuidador informal
- Incapacidade funcional
- Melhora no ambiente familiar
- Saúde mental

#### 4.3 TEORIZAÇÃO

O cuidado compreende a manutenção do bem-estar e qualidade de vida da pessoa dependente, de forma a contribuir com o exercício das suas atividades diárias, proporcionando ao mesmo, a maior autonomia possível. Os cuidadores familiares, chamados também de informais, exercem sua função sem remuneração, são responsáveis por todo processo de cuidar, cuja construção é norteadada por diversos fatores, tais como: laços afetivos, consanguíneos, mesma habitação ou por satisfazer o desejo de quem cuida e de quem é cuidado (MELO et al., 2016).

Compreende-se que o cuidador é a pessoa que supre as necessidades advindas da incapacidade funcional, temporária ou definitiva para o autocuidado, visando auxiliar o impedido física ou mentalmente, a desempenhar tarefas práticas de atividades de vida diária, as quais envolvem demandas relacionadas à alimentação, higiene, suporte físico e emocional que devem ser abordadas de modo integral e de acordo com as singularidades da pessoa a ser cuidada.(COPPETTI; GIRARDON-PERLINI, 2020)

Aos cuidadores recaem responsabilidades onerosas, e que muitas vezes, são desempenhadas com pouco ou nenhuma orientação pelos profissionais de saúde. Tal despreparo os torna vulneráveis a efeitos negativos que impactam negativamente na qualidade de vida e saúde (COPPETTI; GIRARDON-PERLINI, 2020). Os encargos suscitam a sobrecarga do cuidador informal, reconhecida como a percepção do impacto experimentado nos diversos aspectos da vida por ter o dever de assistir



uma pessoa dependente. Estes podem incidir tanto sob a tarefa de cuidar como para realizar as atividades do cotidiano (REVILLA- AHUMADA, 2020).

O cuidar de um familiar requer grande doação por parte do cuidador, como a renúncia da sua própria vida, de suas dores e de seus desejos, ao ser obrigado a lidar com o sofrimento de quem é cuidado e de realizar tarefas para as quais não está preparado. Isto faz com que a relação pessoal e familiar seja passível de adoecimento, já que o cuidador abdica de grande parte de sua vida pessoal em favor do outro (KUCMANSKI, et al., 2016)

Geralmente, os cuidadores familiares encontram dificuldades em continuar com seus vínculos empregatícios e necessitam abandonar o emprego para desempenharem a tarefa do cuidado, comprometendo a situação financeira. As relações afetivas também passam a receber uma atenção secundária, assim como os compromissos sociais, especialmente os relacionados a momentos de descanso e recreação, caracterizando um déficit social, econômico e de saúde (COUTO; CASTRO; CALDAS, 2016).

O cenário em que o cuidador familiar se encontra é de um conjunto de esferas afetivas e emocionais. Logo, é comum que haja sentimentos de desespero, cansaço, ansiedade, angústia e desamparo. Além disso, existe a pressão que a sociedade exerce sobre essas pessoas em relação ao dever de cuidar de um ente. É importante ressaltar, que o cuidador familiar é uma pessoa comum que se vê na tarefa de cuidar de alguém próximo, por vezes sem preparo técnico e psicológico. Assim, pode se encontrar em constante risco de prejudicar suas capacidades funcionais, como sua saúde física e mental, independência na vida diária e integração social, suporte familiar e independência econômica. Ao perder essa forma multidimensional, o cuidador familiar pode se tornar um paciente em potencial (CAMARGO, 2010). Portanto, é essencial que o cuidador perceba seus sentimentos e reações para que possa a partir disto cuidar da pessoa dependente e de si da melhor forma possível, devendo compreender suas limitações, reconhecer as dificuldades e, desta forma, trabalhar seus sentimentos de frustrações sem se culpar (RUIZ; BORGES; LOPES, 2017).

A sobrecarga sofrida pelos cuidadores pode ser percebida por queixas somáticas variadas presentes nas alterações que os acometem, como dores musculares, perda ou diminuição da força física, comprometimento do sono, cefaleias, cansaço, esgotamento, agravos psíquicos, como ansiedade e depressão, que retratam a síntese de todo o impacto emocional absorvido (GRATÃO; VENDRÚSCOLO; TALMELLI 2012). Segundo Mendes, Figueiredo e Santos (2019), os cuidadores podem, ainda, adquirir comorbidades crônicas como hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus em decorrência da sobrecarga do cuidado.

O ônus que esse cuidador suporta, faz com que sua qualidade de vida seja influenciada negativamente. O conceito de qualidade de vida de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) é a “percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores



nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (INOUE, 2008). Um dos fatores que influencia negativamente a qualidade de vida é a ausência de apoio social. O apoio social inclui ter alguém com quem contar em situações difíceis para receber, por exemplo, auxílio material, emocional ou afetivo e, além disso, diz respeito a se perceber valorizado no contexto dos grupos dos quais faz parte (AMENDOLA; OLIVEIRA; ALVARENGA, 2008).

Neste contexto, se faz necessário o olhar do profissional de saúde voltado para o cuidador, com intuito de proteger, promover a saúde do mesmo, refletindo na sua capacidade de cuidar de si e do outro, com validação da qualidade de atuação no tratamento e na relação com o paciente (SAMPAIO, 2011). Segundo Fiorotto (2017), o cuidador se torna mais seguro e confiante para enfrentar os desafios do ato de cuidar quando é orientado e instrumentalizado de forma adequada. Patrocínio (2015) complementa que, em qualquer situação em que se apresente a necessidade do cuidado no ambiente familiar, é fundamental que o cuidador receba além da capacitação para cuidar do outro, uma rede de apoio que o possibilite cuidar de si próprio, já que sua saúde fica comprometida pelo estresse físico e emocional.

#### 4.4 HIPÓTESES DE SOLUÇÃO

- Ofertar um banco de banho, para auxiliar na melhoria de vida da pessoa com incapacidade funcional.
- Entregar “Guia Prático do Cuidador”, para leitura e melhoria do autocuidado do cuidador informal e dos cuidados com o paciente.
- Orientar verbalmente acerca da saúde mental do cuidador juntamente com o guia prático, para melhorar o ambiente e a relação familiar entre cuidador e pessoa cuidada.
- Reforçar sobre a importância de consultas periódicas com médicos especialistas.

#### 4.5 APLICAÇÃO À REALIDADE

Todas as hipóteses de solução foram realizadas no intuito de atuar através de atitudes eficazes, trabalhando as questões mais comuns do cuidado no domicílio, ajudando o cuidador e a pessoa cuidada, estimulando o envolvimento da família, da equipe de saúde e da comunidade nos cuidados, e promovendo melhor qualidade de vida do cuidador e da pessoa cuidada.

Assim, foi entregue um banco de banho, solicitado pela paciente para facilitar a higiene pessoal e a segurança durante o banho, tanto para paciente quanto para cuidador.

Além disso, foram passadas orientações e entregue um “Guia prático do cuidador”, mediante as intervenções, espera-se que o cuidador possa ter uma conduta diferenciada a partir das intervenções propostas, podendo alcançar uma maior qualidade de vida hoje e futuramente.



## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse contexto, faz-se necessário ressaltar que as intervenções propostas pelos acadêmicos se mostraram satisfatórias, visto que o objetivo de explorar medidas para melhorar a qualidade de vida do cuidador e do paciente e melhorar a relação entre eles foi concluído.

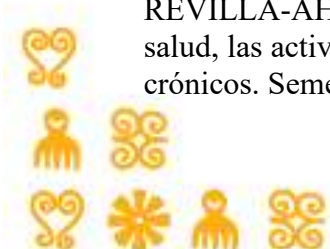
Portanto, a realização das aplicações à realidade foram de extrema importância e tiveram uma boa receptividade por parte das pacientes. Visto que demonstraram interesse em praticar os cuidados que lhes foram expostos.

Dessa forma, conclui-se que mesmo ações minimalistas podem surtir efeitos positivos, quando deparadas com pacientes comprometidos em colocá-las em prática, afim de melhorar a qualidade de vida.



## REFERÊNCIAS

- AMENDOLA, F., OLIVEIRA, M. A. C., ALVARENGA, M. R. M. (2008). Qualidade de Vida dos Cuidadores de Pacientes Dependentes no Programa de Saúde da Família. *Sistema de Informação Científica*. 17 (2): 266-72.
- BERBEL, N. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. *Semina: Ciências Sociais e Humanas*, Londrina, v. 32, n. 1, p. 25-40, 2012.
- BERBEL, N. Estratégias de ensino-aprendizagem. 32. ed. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2012.
- BOAVENTURA, L. C.; BORGES, H. C.; OZAKI, A. H. Avaliação da sobrecarga do cuidador de pacientes neurológicos cadeirantes adultos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 10, p. 3193–3202, out. 2016.
- CAMARGO, R.C.V.F., (2010). Implicações na Saúde Mental de Cuidadores de Idosos: uma necessidade urgente de apoio formal. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*.6 (2).
- COPPETTI, L.C., GIRARDON-PERLINI, N.M.O (2020). Care skill and overload of the family caregiver of patients in cancer treatment.
- COUTO, A.M., CASTRO, E.A.B., CALDAS, C.P. Vivências de ser cuidador familiar de idosos dependentes no ambiente domiciliar. *Rev RENE*. 2016; 17(1):76-85.
- DOMINGO, J.C. Relatos de experiência, em busca de um saber pedagógico. *Revista Brasileira de Pesquisa (Auto) Biográfica*, Salvador, v. 01, n. 01, p. 14-30, 2016.
- FIOROTTO, S. M. Resiliência e sobrecarga: um estudo sobre cuidadores. Rio de Janeiro: Autografia, 2017. p. 103-119.
- GRATÃO, A.C.M., VENDRÚSCOLO, T.R.P., TALMELLI, L.F.S. Sobrecarga e desconforto emocional em cuidadores de idosos. *Texto & Contexto Enferm*. 37 2012; 21(2):304-12.
- INOUE, K.(2008). Octogenários e Cuidadores: Perfil SocioDemográfico e Correlação da Variável Qualidade de Vida. *Sistema de Informação Científica*. 17 (2): 350-7.
- KUCMANSKI, L. S.; ZENEVICZ, L.; GEREMIA, D. S.; MADUREIRA, V. S. F.; SILVA, T. G.; SOUZA, S. S. Desafios enfrentados pelo cuidador no cotidiano familiar. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1022-1029, 2016.
- MELO, M.C., et al. Aprendizagem baseada na problematização: utilizando o arco de Maguerez na graduação de enfermagem. *Revista Eletrônica Gestão e Saúde*, 2016; 7(1):247-59.
- MENDES, P.N., FIGUEIREDO, M.L.F., SANTOS, A.M.R. Sobrecargas física, emocional e social dos cuidadores informais de idosos. *Acta Paul Enferm*. 2019; 32(1):87-94.
- PATROCINIO, W.P. Autocuidado do cuidador e o cuidado de idosos. *Rev Kairós*. 2015; 18(19):99-113.
- REVILLA-AHUMADA, L. (2020). Factores relacionados con la sobrecarga que intervienen sobre la salud, las actividades económicas, laborales y sociales de los cuidadores principales de pacientes crónicos. *Semergen*,46(5), 297-305.



RUIZ, J. M.; BORGES, C. A. P.; LOPES, D. G. Cuidando de quem cuida: um relato de experiência. In: BARROSO, S. M. (org.). Desafios (in)visíveis dos cuidadores familiares e profissionais. Rio de Janeiro: Autografia, 2017. p. 149- 173.

SAMPAIO, A. S. Cuidando do cuidador: perspectiva de atuação psicológica em uma casa de apoio. Psicologia Argumento, Curitiba, v. 29, n. 67, p. 491-498, out./dez. 2011. DOI <https://doi.org/10.7213/rpa.v29i67.20373>

