



**ARTIGO ORIGINAL**

**DOENÇA CRÔNICA E AÇÕES DE CUIDADO DO FAMILIAR**  
**CHRONIC DISEASE AND ACTIONS OF CARE TO THE RELATIVE**  
**ENFERMEDAD CRÓNICA Y LAS ACCIONES DE CUIDADO DEL FAMILIAR**

Carolina Kroeker Kroeger Siemens<sup>1</sup>, Maria de Fátima Mantovani<sup>2</sup>, Mariluci Alves Maftum<sup>3</sup>, Elis Martins Ulbrich<sup>4</sup>

**RESUMO**

**Objetivo:** identificar as ações de cuidados que os familiares de doentes crônicos executam para si e relacioná-las com seu perfil, seu conhecimento sobre os fatores de risco e seus sentimentos. **Método:** estudo descritivo de abordagem quantitativa com 98 familiares de pacientes internados num hospital em Curitiba/PR, mediante formulário de entrevista, e analisados com o programa Statistica versão 8.0. A pesquisa teve o projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, CAAE 0241.0.208.091-10. **Resultados:** entre os familiares, 28% mudaram seus hábitos após o diagnóstico de HAS ou internação do paciente, enquanto que 72% não os mudaram. Associação significativa foi encontrada entre mudanças de hábito com as variáveis de perfil: sexo, grau de instrução, renda, e sentimentos de preocupação, tristeza, medo e negação. **Conclusão:** a promoção da saúde do adulto através de ações de cuidado configura-se em campo de investigação a fim de prevenir o aparecimento das Doenças Crônicas. **Descritores:** Doença Crônica; Saúde do Adulto; Fatores de Risco.

**ABSTRACT**

**Objective:** identifying actions of care that family members for chronically ill perform for themselves and relating it to their profile, their knowledge about the risk factors and their feelings. **Method:** a descriptive study with a quantitative approach conducted with 98 family members of patients at a hospital in Curitiba/Parana, through interview form, and analyzed with the software Statistica, version 8.0. The research had its project approved by the Research Ethics Committee, CAAE 0241.0.208.091-10. **Results:** among family members, 28% have changed their habits after diagnosis of SAH or hospitalization of the patient, while 72% have not changed it. Significant association was found between changes in habit with the profile variables: gender, education, income, and feelings of worry, sadness, fear and denial. **Conclusion:** promoting adult health care through actions configured in the field of research in order to prevent the onset of Chronic Diseases. **Descriptors:** Chronic Disease; The Adult Health; Risk Factors.

**RESUMEN**

**Objetivo:** identificar las acciones de cuidados que los familiares de enfermos crónicos prestan para si y relacionarlos con su perfil, su conocimiento sobre los factores de riesgo y sus sentimientos. **Método:** un estudio descriptivo con enfoque cuantitativo con 98 miembros de la familia de los pacientes en un hospital de Curitiba/Paraná, a través de formulario de entrevista, y se analizaron con el software Statistica, versión 8.0. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética de Investigación, CAAE 0241.0.208.091-10. **Resultados:** entre los miembros de la familia, 28% han cambiado sus hábitos tras el diagnóstico de HSA o la hospitalización del paciente, mientras que 72% no los han cambiado. Se observó asociación significativa entre los cambios en el hábito con las variables de perfil: género, la educación, los ingresos, y los sentimientos de preocupación, tristeza, miedo y negación. **Conclusión:** la promoción de la atención de salud para adultos a través de acciones configuradas en el campo de la investigación con el fin de prevenir la aparición de enfermedades crónicas. **Descritores:** Enfermedades Crónicas; La Salud del Adulto; Factores de riesgo.

<sup>1</sup>Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná/UFPR. Curitiba (PR), Brasil. E-mail: [carolina\\_k2@hotmail.com](mailto:carolina_k2@hotmail.com);

<sup>2</sup>Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná/UFPR. Curitiba (PR), Brasil. E-mail: [mantovan@ufpr.br](mailto:mantovan@ufpr.br);

<sup>3</sup>Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná/UFPR. Curitiba (PR), Brasil. E-mail: [maftum@ufpr.br](mailto:maftum@ufpr.br); <sup>4</sup>Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná/UFPR. Curitiba (PR), Brasil. E-mail: [lilaulbrich@yahoo.com.br](mailto:lilaulbrich@yahoo.com.br)



## INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), são responsáveis por 63,5% de todos os óbitos ocorridos no mundo, quatro vezes mais quando comparado com as doenças infecciosas e parasitárias (15,3%), e a maior porcentagem corresponde às doenças cardiovasculares, que resultam em 30,5% das mortes.<sup>1</sup> Este fato ocorre devido à urbanização que acarretou em mudanças no estilo de vida e nos hábitos das pessoas, e à transição demográfica que vem acontecendo no Brasil desde a década de 1960.<sup>2</sup>

Os hábitos e estilo de vida são responsáveis por parte da morbimortalidade em adultos, porém a sua modificação não é facilmente obtida, pois requer a eliminação de algumas situações prazerosas, já incorporadas ao cotidiano e às vezes apoiadas socialmente, como o ato de fumar ou ingerir bebida alcoólica. Contudo, a alteração desses hábitos pode gerar significativa modificação na qualidade e expectativa de vida.<sup>3</sup>

As necessidades de adequações para a adoção de hábitos de vida saudáveis provocam mudanças estruturais na dinâmica cotidiana da família. Assim, a família é co-participante na responsabilidade pela saúde e nas intercorrências de adoecimento crônico de seus integrantes. Neste contexto a presença da doença crônica afeta não apenas o paciente, mas estende-se ao seu âmbito familiar.<sup>4</sup> A família do portador de doença crônica sofre um processo de desajustamento na sua estrutura e suas funções, pois passa a ter que adaptar sua dinâmica familiar às novas necessidades e atividades relativas ao tratamento e apoio ao paciente, e tendem a aumentar na medida em que há evolução da doença.<sup>5</sup>

Quando um membro é acometido por alguma doença, a busca por soluções começa na família. Perante um evento crítico relacionado a um problema de saúde, a vida familiar tende a sofrer modificações com esta nova situação, que acaba por envolver todos os membros<sup>(4)</sup>, pois a família se constitui num ambiente social no qual os indivíduos que nele interagem são capazes de torná-lo propício ou não à saúde, gerando condições de saúde ou doença, por estarem sujeitos aos mesmos hábitos, costumes e crenças.<sup>6</sup> Quando os aspectos positivos são mais fortes e os negativos mais fracos, a ação preventiva poderá ser concretizada. Como na sociedade os pais são os principais influenciadores/educadores, eles devem ser

os primeiros a adotar hábitos saudáveis, e a incentivar os filhos a adotá-los.<sup>7</sup>

Estes aspectos são muitas vezes relegados a um segundo plano na prática hospitalar do enfermeiro, pois embora conviva diariamente com a doença crônica e as repercussões desta na vida do indivíduo, as preocupações deste profissional geralmente se restringem às questões do adoecimento e tratamento.

Ao considerar estes aspectos, deve-se refletir sobre como cada um dos seus membros se cuida ao vivenciar uma complicação da doença crônica que culmina na internação hospitalar. Deste modo, a questão que norteou esta pesquisa foi: Quais são os cuidados que o familiar do doente crônico realiza para si?

As ações de cuidado aqui abordadas são as modificações dos hábitos de vida e as atividades preventivas, e a doença crônica considerada foi a hipertensão arterial sistêmica (HAS), pela sua magnitude epidemiológica, cuja prevalência no Brasil, segundo estimativas com base em dados obtidos de alguns estudos populacionais, leva a acreditar que ela afeta aproximadamente um quarto da população brasileira.<sup>8</sup>

## OBJETIVO

- Identificar as ações de cuidados que os familiares de doentes crônicos executam para si e associá-las com o seu perfil, conhecimento sobre os fatores de risco da HAS e sentimentos em relação a esta doença.

## MÉTODO

Artigo elaborado a partir da dissertação << *Doença Crônica e Ações de Cuidado do Familiar: subsídios para a enfermagem* >>, apresentada na Universidade Federal do Paraná/UFPR. Curitiba (PR), Brasil, 2011.

Estudo de natureza quantitativa, descritiva desenvolvido em 14 unidades de um Hospital Universitário localizado no município de Curitiba-Paraná. A amostragem foi por conveniência com 98 familiares de pacientes que apresentavam como um dos diagnósticos de internação a Hipertensão Arterial Sistêmica, com idade entre 18 e 59 anos, que convivessem com o mesmo ou tivessem parentesco com este.

A coleta de dados foi no período de março a maio de 2011, mediante formulário de entrevista, previamente testado, contendo questões referentes à identificação dos participantes, conhecimento sobre a doença do familiar, sentimentos em relação a ela, e hábitos e cuidados relativos à doença do seu familiar.



Os dados foram organizados em planilha do Microsoft Excel 2010, e como medida de controle de qualidade, foi validada a digitação de 20% dos formulários de entrevista. Após esta etapa, foram analisados com o programa computacional Estatística versão 8.0, e utilizados os testes de Qui-Quadrado com  $p < 0,05$ .

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, e aprovado na reunião do dia 22 de setembro de 2010, sob o registro CEP/SD: 1011.136.10.09 e CAAE: 0241.0.208.091-10.

## RESULTADOS

Em relação aos aspectos sociodemográficos dos familiares, 75% encontravam-se acima dos 30 anos, 67% eram do sexo feminino e 68%

eram casados. Observou-se que 44% dos familiares iniciaram e/ou terminaram o Ensino Fundamental, 57% tinham renda familiar de 1 a 3 salários mínimos e dois terços (66%) eram católicos.

Em relação às ações de cuidado identificadas pelas mudanças de hábitos, 28% dos familiares responderam que os modificaram após o diagnóstico de HAS ou internação do familiar-paciente (tabela 1). Dos 98 entrevistados, 24% afirmaram que mudaram de hábito no momento do diagnóstico do paciente e 11% afirmaram que mudaram de hábito no momento da hospitalização do paciente.

Tabela 1. Ações de cuidado dos participantes por categoria (n=27). Curitiba - PR, 2011.

Categorias*	1	2	3	4	HA	Total
Evita sal	-	26%	22%	52%	-	100%
Faz exercícios	33%	41%	8%	7%	11%	100%
Deixou de fumar	11%	-	-	4%	85%	100%
Evita frituras	7%	37%	19%	30%	7%	100%
Cuida do peso	19%	22%	19%	33%	7%	100%
Evita bebida alcoólica em grande quantidade	7%	-	4%	22%	67%	100%
Evita ficar estressado	15%	63%	11%	11%	-	100%
Realiza consulta médica	30%	30%	7%	22%	11%	100%
Realiza exame da pressão arterial	19%	33%	19%	22%	7%	100%

Legenda: \*1 - nunca; 2 - poucas vezes/às vezes; 3 - muitas vezes; 4 - sempre; HA - hábito anterior.

As mudanças evidentes foram a redução do sal (74%), o controle do peso corporal (52%) e a diminuição de frituras na alimentação (49%). Já os hábitos menos incorporados foram a prática de exercício físico (74%), a realização de consultas médicas (60%) e o controle do estresse (78%).

Ao avaliar a relação entre mudança de hábitos quando do diagnóstico e as variáveis de perfil como idade, religião e grau de parentesco, os resultados indicaram não haver significância estatística. Contudo, o sexo ( $p=$

0,024), o grau de instrução ( $p= 0,026$ ) e a renda ( $p= 0,043$ ) estão significativamente associados à mudança de hábito quando ocorre o diagnóstico de hipertensão no paciente. Assim, observou-se maior chance de mudança de hábito por ocasião do diagnóstico de hipertensão do parente entre mulheres, indivíduos com maior grau de instrução e com maior nível de renda (Tabela 2).

Tabela 2. Avaliação da associação entre variáveis de perfil e a mudança de hábito no diagnóstico (n=98). Curitiba - PR, 2011.

Variável de perfil	Mudança de hábito no diagnóstico		Valor de $p$
	Não	Sim	
<b>Sexo</b>			
Feminino	70%	30%	0,024
Masculino	91%	9%	
<b>Grau de instrução</b>			
Até Ens. Fundamental	89%	11%	0,026
Ensino Médio	71%	29%	
Superior/pós-graduação	60%	40%	
<b>Renda (em salários mínimos)</b>			
Até 1	80%	20%	0,043
1 a 3	84%	16%	
3 ou mais	59%	41%	

A relação entre sentimentos e mudança de hábito, e a relação entre conhecimento dos fatores de risco para HAS e mudança de hábito,

no momento do diagnóstico da doença, não apresentaram significância estatística.

Quanto à relação entre variáveis de perfil e mudança de hábito quando do internamento,



não foi encontrada significância estatística. Da mesma forma, o conhecimento dos fatores de risco não está associado a mudanças de hábitos por ocasião do internamento do familiar.

Porém, conforme a tabela 3, os sentimentos de preocupação ( $p=0,014$ ), medo ( $p=0,001$ ), não aceitação ( $p=0,029$ ) e tristeza ( $p=0,027$ ) aumentam significativamente a chance de haver mudança de hábito quando ocorre o internamento.

**Tabela 3.** Avaliação da associação entre sentimentos e mudança de hábito no internamento (n=98). Curitiba - PR, 2011.

Sentimentos	Mudança de hábito no internamento		Valor de p
	Não	Sim	
<b>Preocupação</b>			
Não	100%	-	0,014
Sim	83%	17%	
<b>Medo</b>			
Não	97%	3%	0,001
Sim	74%	26%	
<b>Não aceitação</b>			
Não	91%	9%	0,029
Sim	57%	43%	
<b>Tristeza</b>			
Não	93%	7%	0,027
Sim	72%	28%	

Os motivos pelos quais os 72% dos entrevistados não mudaram os seus hábitos, mesmo após o diagnóstico de HAS de um membro da família ou sua internação, foram: 53% já tinham um estilo de vida saudável; 31% afirmaram que não faria diferença se mudassem de hábitos; 14% deram razões diversas; 11% não sabiam que o seu familiar-paciente tinha HAS; 11% tentaram mudar seus hábitos, mas não conseguiram; 11% não se importariam em ter a mesma doença; 6% dos participantes não sabiam da ligação dos hábitos com a HAS; e 6% disseram que irão ter a HAS de qualquer forma, por ela ser genética.

## DISCUSSÃO

Ao discorrer sobre as ações de cuidado executadas pelos 28% dos familiares, destaca-se a atividade física reduzida, apesar das vantagens na qualidade de vida e no perfil de morbi-mortalidade que ela proporciona. A prevalência de sedentarismo no Brasil é bastante elevada. Num estudo com amostra de 1.935 pessoas, a proporção de indivíduos com escore 0 de atividade física por semana foi de 10% entre os homens e 11% entre as mulheres, e 29% da população investigada apresentava nível de atividade física insuficiente. No entanto existe a dificuldade por parte do sujeito de pesquisa em estimar e quantificar a atividade física e determinar com precisão o que seria uma semana normal/rotineira. Outra limitação é considerar apenas a dimensão do lazer, ou incluir as atividades relacionadas ao trabalho, deslocamento e serviços domésticos.<sup>9</sup>

Em relação ao consumo de bebida alcoólica, 67% afirmaram que não tinham o hábito, e

22% disseram que sempre evitavam a bebida alcoólica após o diagnóstico de HAS na família. O álcool é uma substância tóxica que pode contribuir para a ocorrência de HAS, hipertrigliceridemia, diabetes não insulínica, câncer, hepatopatia, encefalopatia, entre outros. O alcoolismo é uma importante patologia social, porém o questionamento direto sobre o hábito de ingerir bebidas alcoólicas gera desconforto, pela discriminação social implícita nesta questão.<sup>10</sup> Acredita-se que essa situação pode ter influenciado as respostas dos participantes.

Em relação ao estresse, somente 11% conseguiam evitá-lo completamente após o diagnóstico ou internação do paciente. Há dificuldade de se tratar deste assunto com familiares de um doente internado, pois, mesmo sendo o estresse um dos fatores de risco para HAS, tanto os doentes crônicos como as famílias enfrentam desafios ligados ao desempenho de novos papéis que afetam suas atividades sociais, financeiras e suas capacidades físicas.<sup>11</sup>

Quanto às consultas médicas regulares, 30% não as realizavam mesmo após o diagnóstico ou internação do paciente. Percebe-se a falta de cuidados preventivos pelos familiares, fato que pode ser corroborado com um estudo realizado entre acadêmicos de enfermagem, que são pessoas ligadas à área de saúde, e que mesmo assim revelam que sua busca por assistência médica só acontece quando surge algum problema de saúde.<sup>12</sup>

A mudança de hábito destes familiares, ou a sua falta, relaciona-se à valorização da própria saúde, e isso envolve a tomada de decisões quanto ao modo de viver, assumindo



responsabilidades quanto aos comportamentos e atitudes que conduzem ou não à qualidade de vida.<sup>12</sup>

Um estudo que buscou identificar as medidas de prevenção, porém de complicações à saúde na presença de doença crônica em profissionais enfermeiros, demonstrou que eles aderiram ao tratamento, e que houve mudança no estilo de vida para enfrentar o adoecimento. Em relação às mudanças ocorridas na sua vida após o diagnóstico de doença crônica, 44,83% referem-se à esfera física, como controle do peso, e 20,69% referem mudanças comportamentais, como renúncia a algumas metas profissionais e redução do envolvimento com o paciente. Assim, os enfermeiros modificaram seus hábitos e realizaram alterações no trabalho que agravavam suas enfermidades. Somente 13,8% afirmaram não terem realizado mudanças de nenhum tipo.<sup>13</sup>

Destarte, a porcentagem dos hipertensos que mudaram seus hábitos no estudo referido é maior do que o encontrado nesta pesquisa entre os familiares, porém se deve levar em consideração que são profissionais da saúde, e por isso deduz-se que estes tenham um maior conhecimento sobre a doença. Além disso, a maior parte dos familiares deste estudo não são hipertensos e, por isso, a sua adesão às medidas preventivas pode ser considerada menos atraente.

A associação estatisticamente significativa entre mudança de hábito por ocasião do diagnóstico de HAS do paciente e o sexo do participante, corrobora com um estudo em que pesquisaram condutas de saúde entre universitários e suas diferenças de gênero. Descobriram que os estudantes do sexo masculino apresentaram condutas de maior risco para a saúde. Por sua vez, as mulheres, de uma maneira geral, apresentaram frequências mais baixas de condutas de risco, como consumo de álcool, uso de tabaco e de drogas ilícitas, porte de arma e envolvimento em briga física. Homens e mulheres apresentam condutas de saúde diferentes.<sup>14</sup>

Quanto ao grau de escolaridade, este vem sendo descrito recentemente como uma das mais importantes variáveis sociodemográficas no estudo do tabagismo. Em estudos populacionais, a prevalência do tabagismo tem sido maior entre pessoas de baixa e média escolaridade, porém encontrou-se uma pesquisa em que a maioria dos entrevistados possuía o Ensino Médio completo, um nível educacional superior ao da população brasileira em geral. Tal fato pode ser explicado pela constatação de que os fumantes que procuram apoio para parar de

fumar são os que possuem maior acesso à informação em geral, principalmente no que se refere aos cuidados em saúde (aqui incluídos os conceitos de prevenção).<sup>15</sup>

Levando o exposto em consideração, isto explicaria também o fato do grau de instrução influenciar na mudança de hábitos de familiares em contato com um membro doente, levando-os a buscar a prevenção de doenças.

O nível de renda e estado de saúde são variáveis correlacionadas, tanto pelo fato de aumentos da primeira proporcionarem maior acesso a bens e serviços de saúde que se refletem em melhorias no estado de saúde dos indivíduos, como pelo ganho de produtividade e de renda propiciados por melhorias da saúde do indivíduo.<sup>16</sup> Pode-se inferir que um maior nível de renda leva a uma maior busca por informações nos serviços de saúde sobre prevenção de doenças, permitindo/possibilitando mudarem seus hábitos.

Destacam-se também as associações entre mudança de hábito quando do internamento e os sentimentos preocupação, medo, não aceitação e tristeza. Os familiares cuidadores dedicam-se a cuidar por sentirem amor, compaixão e preocupação para com o doente. Eles se esforçam para estarem bem consigo mesmos para proporcionar ao membro doente uma minimização do seu sofrimento.<sup>17</sup>

Destarte, este sentimento de preocupação aparece na literatura ao abordarem a família preocupada com seus doentes, ou os próprios doentes. Não se encontrou o sentimento de preocupação relacionado à saúde do familiar que o levasse a mudar seus hábitos, como revelado na nossa pesquisa.

O aspecto do medo que a família tem em relação a uma doença crônica foi abordado num estudo que mostrou que este medo, quando existe um risco genético, conduz, muitas vezes, esses indivíduos a modificações de seus comportamentos e hábitos, que passam pela adoção de um estilo de vida saudável. O medo pode promover uma adesão incondicional a práticas preventivas e das recomendações médicas, o que corrobora com a nossa pesquisa, em que este sentimento levou os familiares a mudarem seus hábitos para evitarem o sofrimento da HAS.<sup>18</sup>

O aspecto da negação é discutido num estudo que trata sobre “saber ou não saber” quando existe um risco genético envolvido, levantando o problema da negação enquanto defesa ou fuga. As pessoas buscam uma maneira de não descobrir a verdade sobre si próprias, pois acham que não estão emocionalmente preparadas para suportar a



dor psíquica que essa mesma tomada de consciência envolve.<sup>19</sup>

A negação esteve presente nessa pesquisa e levou familiares a mudarem seus hábitos após o internamento do paciente. Infere-se que esse fato pode significar que o familiar não aceite esta situação da doença crônica, incentivando-o a evitá-la.

Os motivos citados para a ausência de mudança de hábitos de vida ou de preocupação com este aspecto pode estar associado à cronicidade da HAS, ou pela doença ser assintomática, o que exige preocupação especial em relação às ações terapêuticas preventivas. Os hábitos e estilos de vida são responsáveis por grande parte da morbimortalidade em adultos. A modificação desses não é facilmente obtida, pois demanda abolição de algumas situações prazerosas, já incorporadas ao cotidiano e certas vezes apoiadas socialmente. Contudo, a alteração dos hábitos pode gerar significativa modificação na qualidade e expectativa de vida.<sup>3</sup>

Outra razão da dificuldade de modificação de hábitos encontrada na literatura é a de que a implementação de medidas preventivas é muitas vezes limitada pela baixa motivação ou falta de recursos para adoção desses padrões mais saudáveis.<sup>20</sup> Pode decorrer também da falta de tempo para alimentar-se adequadamente, cuidar-se física e esteticamente, em prol do trabalho. Os compromissos com o trabalho estimados como prioritários impedem a primazia do cuidado de si em alguns casos.<sup>12</sup>

Em relação ao aspecto do estilo de vida saudável, que foi o maior motivo citado pelo grupo por não acharem necessário mudar seus hábitos (53%), ressalta-se que o fato dos participantes desta pesquisa conhecerem os fatores de risco para doença crônica, pode ter influenciado de alguma forma as respostas sobre os seus hábitos, pois a tendência é responder o que é correto, e não necessariamente o que efetivamente praticam.<sup>21</sup>

Em relação às quatro pessoas que afirmaram que irão desenvolver a HAS independentemente do seu estilo de vida, quando se comunica a alguém que foi identificado uma predisposição genética para determinada doença, o que deve ser dito é que não existe a certeza de vir a ter a doença, já que outros fatores para além da hereditariedade podem dificultar ou auxiliar o aparecimento da doença. O indivíduo apenas tem um fator de risco e o fato de ser detectada essa predisposição dá-lhe a vantagem de se prevenir. Poderá ser mais

bem vigiado do que alguém que não tenha esta genética, e permite ao indivíduo acionar estratégias para maximizar o tempo livre da doença.<sup>18</sup>

## CONCLUSÃO

Verificou-se que 28% dos familiares mudaram seus hábitos, que foram considerados ações de cuidado, em função do diagnóstico de HAS do paciente (24%) ou sua posterior internação (11%). Em relação às ações de cuidado pronunciadas pelos entrevistados, as mudanças se referem principalmente a evitar o sal, cuidar do peso e evitar frituras. Já em relação àqueles hábitos que não tiveram muita aderência, encontram-se a prática de exercícios físicos, o estresse e a consulta médica.

Na avaliação da relação entre mudança de hábito quando do diagnóstico e as variáveis de perfil, houve associação com o sexo feminino, indivíduos com maior escolaridade e com maior nível de renda. Contudo, não houve associação significativa com os sentimentos expressos pelos participantes, nem com seu conhecimento no momento do diagnóstico.

Na avaliação da mudança de hábito quando do internamento, os resultados indicaram não haver associação com o perfil e o conhecimento sobre os fatores de risco da HAS. Porém, os sentimentos de preocupação, medo, não aceitação e tristeza estiveram associados com significância estatística à mudança de hábito quando ocorre o internamento.

Entre os motivos pelos quais os entrevistados não mudaram os seus hábitos, mesmo após o diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica de um membro da família ou sua internação, encontram-se: acreditar que possuem um estilo de vida saudável; não faria diferença se mudassem de hábitos; não saber que o seu familiar-paciente tinha HAS; não conseguir mudar seus hábitos; não saber da ligação dos hábitos com esta doença; ou desenvolvê-la de qualquer forma, por ela ser genética.

A pesquisa visando à promoção da saúde do adulto através de ações de cuidado à saúde configura-se em campo de investigação a ser explorado por diferentes abordagens e a sua ampliação para outras instituições hospitalares e outras doenças crônicas, a fim de prevenir ou postergar o aparecimento destas, que leva a uma melhor qualidade de vida individual e coletiva, mesmo em meio à complexidade das desigualdades da população brasileira.

**REFERÊNCIAS**

1. World Health Organization. Global Health. Observatory Data Repository. Mortality and burden of disease. Mortality and morbidity, 2008. WHO regions. Summary: Deaths (000s) by cause, in WHO Regions (a), estimates for 2008 [Internet]. 2008 [cited 2014 Feb 18]. Available from: URL: <http://apps.who.int/ghodata/?vid=10012>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Doenças crônicas não transmissíveis [Internet]. Brasília; 2010 [cited 2011 Oct 28]. Available from: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=31877&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=31877&janela=1)
3. Schmidt MI, Duncan BB. Promoção da Saúde do Adulto e Prevenção de Doenças Crônicas. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, editores. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4th ed. Porto Alegre: Artmed; 2013. p. 530-42.
4. Althoff CR, Renck LI, Sakae SVSS. Famílias de crianças que necessitam de cuidados especiais: o impacto sobre a vida familiar. *Fam Saúde Desenv.* 2005; 7(3): 221-9.
5. Marques DKA, Nascimento EP, Cruz DSM, Lacerda ORM, Souza IVB, Collet N. Family's experience of living with a child's chronic renal disease. *J Nurs UFPE on line [internet]*. 2012 [cited 2011 Oct 26]; 6(6):1338-45. Available from: [http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2513/pdf\\_1237](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2513/pdf_1237)
6. Melo EM, Silva RM, Fernandes AFC. O relacionamento familiar após a mastectomia: um enfoque no modo de interdependência de Roy. *Rev Bras Cancerologia.* 2005; 51(3): 219-25.
7. Santos ZMSA, Caetano JA, Moreira FGA. Atuação dos pais na prevenção da hipertensão arterial: uma tecnologia educativa em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva [internet]*. 2011 [cited 2011 Oct 18]; 16(11): 4385-94. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a11v16n11.pdf>
8. Brasil. Ministério da Saúde. Inquérito Domiciliar. Hipertensão Arterial [Internet]. 2010 [citado 2010 nov 03]. Available from: <http://www.inca.gov.br/inquerito/docs/hipertensaoarterial.pdf>
9. Lopes JA, Longo GZ, Peres KG, Boing AF, Arruda MP. Fatores associados à atividade física insuficiente em adultos: estudo de base populacional no sul do Brasil. *Rev Bras Epidemiol [Internet]*. 2010 [cited 2011 Oct 17];13(4):689-98. Available from:
10. Bloch KV. Fatores de Risco Cardiovasculares e para o Diabetes Mellitus. In: Lessa I, editora. *O Adulto Brasileiro e as Doenças da Modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis.* São Paulo - Rio de Janeiro: Ed. Hucitec Abrasco; 1998. p. 43-72.
11. Simonetti JP, Ferreira JC. Estratégias de coping desenvolvidas por cuidadores de idosos portadores de doença crônica. *Rev Esc Enferm USP.* 2008; 42(1): 19-25.
12. Brandão ES, Santos I, Cavalcanti ACD, Santana RF, Queluci GC, Azevedo SL. Uma sociopoética do autocuidado: comportamento de estudantes de enfermagem visando à promoção da saúde. *Rev Gaúcha Enferm.* 2009; 30(2): 280-8.
13. Teixeira RC, Mantovani MF. Enfermeiros com doença crônica: as relações com o adoecimento, a prevenção e o processo de trabalho. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2009 [cited 2011 Oct 12];43(2):415-21. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342009000200022&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000200022&tlng=pt)
14. Colares V, Franca C, Gonzalez E. Condutas de Saúde entre Universitários: diferenças entre gêneros. *Cad Saúde Pública [Internet]*. 2009 [cited 2011 Oct 21]; 25(3): 521-8. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v25n3/07.pdf>
15. Santos SR, Gonçalves MS, Leitão Filho FSS, Jardim JR. Perfil dos Fumantes que procuram um Centro de Cessação de Tabagismo. *J Bras Pneumol [Internet]*. 2008 [cited 2011 Oct 21];34(9):695-701. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-37132008000900010&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-37132008000900010&script=sci_arttext&tlng=es)
16. Neri MC, Soares WL. Estimando o Impacto da Renda na Saúde através de programas de transferência de renda aos idosos de baixa renda no Brasil. *Cad Saúde Pública [Internet]*. 2007 [cited 2011 Oct 21]; 23(8): 1845-56. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v23n8/11.pdf>
17. Volpato FS, Santos GRS. Pacientes oncológicos: um olhar sobre as dificuldades vivenciadas pelos familiares cuidadores. *Imaginário - USP [Internet]*. 2007 [cited 2011 Oct 28];13(14):511-44. Available from: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/ima/v13n14/v13n14a24.pdf>
18. Mendes FRP. A gestão cotidiana da herança indesejada: um estudo sociológico



sobre o risco genético de câncer hereditário. *Acta Sci Health Sci.* 2006; 28(1): 1-11.

19. Flemming M, Lopes A. Saber ou não Saber: dinâmica e impasses psicológicos na doença genética. *Rev Portug Psicossomática [Internet].* 2000 [cited 2011 Oct 28];2(1):33-40. Available from:

<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/287/28720104.pdf>

20. Duncan BB, Schmidt MI, Foppa M. Intervenções Preventivas no Adulto. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, editores. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências.* 3rd ed. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 495-7.

21. Machado LRC, Car MR. Dialética do modo de vida de portadores de hipertensão arterial: o objetivo e subjetivo. *Rev Esc Enferm USP [Internet].* 2007 [cited 2011 Oct 28];41(4):573-80. Available from:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342007000400006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000400006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)



Submissão: 26/02/2014

Aceito: 21/06/2014

Publicado: 01/10/2014

Correspondência

Carolina Kroeker Kroeger Siemens  
Rua Itupava, 330, Ap. 04  
Alto da Rua XV  
CEP 80045-140 – Curitiba (PR), Brasil

Português/Inglês

Rev enferm UFPE on line., Recife, 8(10):3290-7, out., 2014