

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CAROLINA KROEKER KROEGER SIEMENS

DOENÇA CRÔNICA E AÇÕES DE CUIDADO DO FAMILIAR: SUBSÍDIOS
PARA A ENFERMAGEM

CURITIBA

2011

CAROLINA KROEKER KROEGER SIEMENS

DOENÇA CRÔNICA E AÇÕES DE CUIDADO DO FAMILIAR: SUBSÍDIOS
PARA A ENFERMAGEM

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como parte das exigências para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profª Drª Mª de Fátima Mantovani

CURITIBA

2011

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela maravilhosa condução de amor. Mesmo nos momentos de dificuldade, me concedeu meios para superá-los, principalmente através de pessoas que me apoiaram e ajudaram. Agradeço por mais esta oportunidade e experiência de vida.

Ao meu marido, pela paciência, motivação, por acreditar que tenho capacidade, e por simplesmente estar ao meu lado e compartilhar todos os momentos comigo. Com ele, os desafios parecem menores, e as alegrias, maiores.

À minha família, pela educação recebida, cujos frutos foram a disciplina, a persistência, e os vários anos de estudo, que me ajudaram na conquista de mais uma etapa na vida. Pela ajuda nos momentos quando não tinha a quem recorrer, e principalmente pelas orações.

À minha professora orientadora, que me conduziu a este tema, que soube aproveitar as minhas qualidades, e ensinar onde tive dificuldades. Vou lembrar com carinho as palavras que ela proferia após as reuniões de orientação: “Está ficando bom”. Como essa frase me motivava a continuar!

Aos outros professores do mestrado, por compartilharem conosco o seu conhecimento e experiência de vida.

Aos meus colegas de mestrado, Eveline, Janete, Tatiane, Viviane, Luísa, Ana Elisa, Leila, Regina, Renata, Tania, Ana Paula, Kaoana, Janyne, Andréa, Derald, Angela, Thaise, Ramone e Fernanda, que me acompanharam durante esses dois anos de mestrado, com as quais tive momentos de desafios, superação, apoio e alegria.

Aos meus amigos, que me acompanharam durante este processo, se mostrando interessados pelo meu mestrado, e por compartilharem os bons e maus momentos.

Aos meus colegas de trabalho e, principalmente, à Enfermeira Rocio, que desde o início me incentivou a fazer o mestrado, me liberando para poder participar das aulas.

RESUMO

Os objetivos desta pesquisa foram identificar as ações de cuidados que os familiares de doentes crônicos executam para si, relacioná-las ao seu perfil, ao conhecimento dos fatores de risco e aos sentimentos em relação à doença crônica, e verificar a noção de risco de adoecimento destes familiares. A pesquisa é de natureza quantitativa descritiva e foi desenvolvida no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, localizado no município de Curitiba. A amostra foi composta por 98 familiares adultos de pacientes internados que possuíssem como um dos diagnósticos de internação a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Foram entrevistados mediante formulário de entrevista composto por três partes: a primeira, para identificar os participantes; a segunda, para avaliar seu conhecimento sobre a HAS e sentimentos em relação à doença; e a terceira, visava caracterizar os seus hábitos. As entrevistas foram realizadas no período de março a maio de 2011. Para avaliação da existência ou não de associação entre variáveis qualitativas, foram realizados os testes de Qui-Quadrado e o teste exato de Fisher. Os resultados mostraram que 75% dos familiares encontravam-se na faixa etária acima dos 30 anos, 67% eram do sexo feminino e 54% eram parentes de primeiro grau do internado. A percepção de risco de desenvolver a HAS foi relatado por 51% dos familiares. O percentual de indivíduos que mudam de hábito no momento do diagnóstico do paciente foi estimado em 24% e o percentual de indivíduos que mudam de hábito no momento da sua hospitalização foi estimado em 11%. As modificações relatadas se referem a evitar o sal na comida, cuidar do peso e evitar frituras. Entre os hábitos que não sofreram muito impacto, encontra-se a prática de exercícios físicos. 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, encontram-se: um estilo de vida saudável (53%); não faria diferença se mudassem de hábitos (31%); não saber que o seu familiar-paciente tinha HAS (11%); não conseguiram mudar seus hábitos (11%); não se importam em ter a mesma doença (11%); entre outros. Conclui-se que existe associação (valores de $p < 0,05$) entre mudança de hábito por ocasião do diagnóstico de hipertensão do parente e o gênero feminino, maior escolaridade e nível de renda. Além disso, os sentimentos de preocupação, medo, não aceitação e tristeza mostraram-se associados à mudança de hábito quando do internamento do doente. Sugere-se que os enfermeiros abordem as famílias que convivem com alguma doença crônica no ensino, na pesquisa e na assistência, e que orientem as famílias em relação aos riscos que estão expostas, estimulem a mudança de hábito e capacitem os indivíduos para melhorar e controlar a saúde.

Palavras-chave: Doença crônica. Saúde do adulto. Prevenção de Doenças. Fatores de Risco.

ABSTRACT

The objectives of this research were to identify the care actions that chronically ill patient's families make on themselves, associate them to their profile, to the knowledge of the risk factors and to feelings toward the chronic disease, and to verify the awareness of illness risks to these families. The research is of a descriptive quantitative nature and was developed at Parana's Federal University hospital *Hospital de Clinicas*, located in the city of Curitiba. The sample was composed of 98 adult family members of hospitalized patients that had, as one of the hospitalization diagnosis, the Systemic Arterial Hypertension (SAH). They were interviewed with an interview form made of three parts: the first, to identify the participants; the second, to evaluate their knowledge about SAH and their feelings toward the disease; and the third, had the intend of characterizing their habits. The interviews were made in the period between March and May 2011. For the evaluation of the existence or non-existence of a connection between qualitative variables, were performed Chi-Square tests and the Fisher's exact test. The results showed that 75% of the family members were found in the age range over 30 years, 67% were from the female gender and 54% were first degree relatives of the patients. The awareness of the risks of acquiring SAH was reported by 51% of the family members. The percentage of the individuals that change their habits from the moment of the patient's diagnosis on was estimated at 24% and the percentage of the individuals that change their habits from the moment of the patient's hospitalization on was estimated at 11%. The reported modifications refer to avoid ingestion of salt, watch the weight and avoid fried foods. Among the habits that weren't very impacted is the practice of physical excersices. The reasons for the non-changing habits in 72% of the interviewed, even after the SAH diagnosis in a family member or their hospitalization, are found: in a healthy life-style (53%); it wouldn't make any difference if they would change their habits (31%); not knowing that their family member/patient had SAH (11%); they weren't able to change their habits (11%); they didn't care about having the same illness (11%); among others. The conclusion is that there is a bigger chance (amount of $p < 0.05$) of changing the habits on occasion of a hipertension diagnosis of a family member when belonging to the female gender, with a higher level of schooling and a higher income. Furthermore, the feelings of concern, fear, non-acceptance and sadness increase the chances of habit changes meaningfully when the ill is hospitalized. It is suggested that nurses approach families that are in close contact with a chronic disease with teaching, researching and assistance, and that they direct the families regarding the risks they are exposed to, stimulate the changes of habits and enable the individuals to improve and control health.

Key words: Chronic disease. Adult health. Disease prevention. Risk factors.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

GRÁFICO 1 -	RELAÇÃO DO PARTICIPANTE COM O INTERNADO (n=98), CURITIBA, 2011.....	23
GRÁFICO 2 -	COMPORTAMENTOS DE RISCO E ATIVIDADES DE PREVENÇÃO AUTORREFERIDOS (n=98), CURITIBA, 2011.....	24
GRÁFICO 3 -	CONHECIMENTO SOBRE OS FATORES DE RISCO PARA HAS DOS FAMILIARES (n=98), CURITIBA, 2011.....	28
GRÁFICO 4 -	FATORES DE RISCO QUE OCASIONARAM A HAS DO INTERNADO REFERIDOS PELOS FAMILIARES (n=98), CURITIBA, 2011.....	31
GRÁFICO 5 -	CONHECIMENTO SOBRE AS COMPLICAÇÕES DA HAS DOS PARTICIPANTES (n=64), CURITIBA, 2011.....	35
GRÁFICO 6 -	SENTIMENTOS EM RELAÇÃO À SAÚDE DO FAMILIAR QUANDO EM CONTATO COM DOENTE CRÔNICO (n=98), CURITIBA, 2011.....	37
GRÁFICO 7 -	MOTIVOS PELOS QUAIS OS PARTICIPANTES NÃO MUDARAM OS HÁBITOS (n=71), CURITIBA, 2011.....	47

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS DOS PARTICIPANTES, CURITIBA, 2011.....	20
TABELA 2 - AVALIAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE O CONHECIMENTO DA OBESIDADE COMO FATOR DE RISCO PARA HAS E O GRAU DE INSTRUÇÃO (n=98), CURITIBA, 2011.....	30
TABELA 3 - AVALIAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE O GRAU DE PARENTESCO E A PERCEPÇÃO DE RISCO DE ADOECIMENTO PELA HAS (n=98), CURITIBA, 2011.....	33
TABELA 4 - AÇÕES DE CUIDADO DOS PARTICIPANTES POR CATEGORIA (n=27), CURITIBA, 2011.....	39
TABELA 5 - AVALIAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS DE PERFIL E A MUDANÇA DE HÁBITO NO DIAGNÓSTICO (n=98), CURITIBA, 2011.....	42
TABELA 6 - AVALIAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE SENTIMENTOS E MUDANÇA DE HÁBITO NO INTERNAMENTO (n=98), CURITIBA, 2011.....	44

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	1
1.1 OBJETIVOS	4
2 REVISÃO DE LITERATURA	5
2.1 A FAMÍLIA E A DOENÇA CRÔNICA	5
2.2 A HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E AS DOENÇAS CRÔNICAS	8
2.3 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E FATORES DE RISCO MODIFICÁVEIS	11
3 MÉTODO	15
3.1 TIPO DE PESQUISA	15
3.2 LOCAL DA PESQUISA	15
3.3 AMOSTRA	16
3.4 COLETA DOS DADOS	17
3.5 ANÁLISE DOS DADOS	18
3.6 ASPECTOS ÉTICOS	19
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	20
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS FAMILIARES	20
4.2 CONHECIMENTO E SENTIMENTOS DOS FAMILIARES	27
4.3 AÇÕES DE CUIDADO DOS FAMILIARES	38
5 CONCLUSÕES	51
REFERÊNCIAS	54
APÊNDICES	63

1 INTRODUÇÃO

O enfermeiro, em sua prática profissional hospitalar, convive diariamente com a doença crônica e a sua repercussão na vida do indivíduo e família. Contudo, as preocupações deste profissional neste ambiente, na maioria das vezes, restringem-se à enfermidade e deixam de considerar o indivíduo no âmbito familiar, social, político e econômico. Para ampliar esta visão, necessita-se olhar para o entorno do doente crônico como copartícipe, não só do tratamento, como na prevenção de outros agravos. Portanto, os enfermeiros devem refletir sobre o tipo de cuidado que a família presta a si ao vivenciar uma complicação da doença crônica que culmina na internação hospitalar.

As Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) constituem sério problema de saúde pública em todos os países. A Organização Mundial de Saúde (OMS) destaca-as como responsáveis por 59,6% de todas as mortes ocorridas no mundo, o dobro das mortes relacionadas às doenças infecciosas, sendo que a maior porcentagem corresponde às doenças cardiovasculares, que resultam em 29,0% das mortes (WHO, 2004).

O aumento significativo das Doenças Crônicas não Transmissíveis ocorre devido à transição demográfica que vem acontecendo no Brasil desde a década de 60, como a queda da mortalidade e da fecundidade, aumento do número de idosos, transição epidemiológica e nutricional, seguindo a tendência mundial (BRASIL, 2010a).

Para atender a essas mudanças, o Ministério da Saúde tem priorizado ações para reduzir o impacto dessas doenças, incluindo apoio a ações de promoção à saúde, prevenção e controle, e avaliação dos programas e políticas já existentes (BRASIL, 2010a).

A presença da doença crônica afeta o paciente e se estende ao seu âmbito familiar. Quando uma pessoa é acometida por alguma doença, a procura por soluções começa na família e é sua a responsabilidade de cuidar dos seus membros, buscar recursos e exercer as atividades do cuidado. Perante um evento crítico relacionado a um problema de saúde na família, a vida familiar tende a sofrer modificações que envolve todos os membros (ALTHOFF; RENCK; SAKAE, 2005).

Estudos realizados com famílias que vivenciam uma situação de doença crônica referem dificuldades relacionais e limitações ao viver em função do doente e das suas necessidades constantes, que podem acarretar desintegração da família, modificação do estado de saúde do cuidador, tanto físico como mental, e falta de tempo para o autocuidado. Os sentimentos resultantes da interferência da doença crônica na família são raiva, depressão, preocupação, medo, não aceitação da doença, obrigação de cuidar do seu familiar e sensação de impotência, devido à precariedade de uma ajuda efetiva e incerteza diante da evolução da doença (ALTHOFF; RENCK; SAKAE, 2005; MELO; SILVA; FERNANDES, 2005; ALSHUBAILI *et al.*, 2008; PETRONILHO, 2010; PINTO; CARRANCA; BRITES, 2010; VOLPATO; SANTOS, 2007).

Dessa forma, a valorização dos interesses de cada um dos membros e da família como um todo é necessária (MARCON *et al.*, 2005), pois a família se constitui num ambiente social, e todos os indivíduos que nele interagem são capazes de tornar este ambiente propício ou não à saúde, gerando condições de saúde ou doença, à medida que, na convivência familiar, estão sujeitos aos mesmos hábitos, costumes e crenças (ARAÚJO; SILVA; SANFORD, 2000, apud MELO; SILVA; FERNANDES, 2005).

As condições que geram saúde ou doença são determinadas por hábitos e estilos de vida, que são responsáveis por grande parte da morbimortalidade em adultos. A modificação desses hábitos não é facilmente obtida, pois demanda abolição de algumas situações prazerosas, já incorporadas ao cotidiano e certas vezes apoiadas socialmente. Contudo, a sua alteração pode gerar significativa modificação na qualidade e expectativa de vida (STEIN; ZELMANOWICZ; LIMA, 2004).

A família é coparticipante na responsabilidade pela saúde e nas intercorrências de adoecimento de seus integrantes, carecendo ser ouvida em suas dúvidas. Sua opinião precisa ser levada em consideração e sua participação deve ser incentivada em todo o processo de cuidado, não devendo ser vista apenas como aquela que precisa cumprir as determinações dos profissionais de saúde (LIMA; LOPES; ARAÚJO, 2001).

Neste contexto, a enfermagem pode atuar no tratamento e na prevenção da doença crônica, abordando a família para esclarecer, participar, ajudar e negociar, e

utilizar diversas estratégias de cuidado, levando em consideração que esta tem sua própria visão de saúde, doença e cuidado (LIMA; LOPES; ARAÚJO, 2001).

Em minha prática profissional, num Hospital Universitário de Curitiba na Unidade de Neurocirurgia na função de enfermeira assistencial, percebo que vários familiares que visitam e/ou acompanham seus parentes nesse setor, não recebem o apoio necessário para lidar com a situação do internamento e dos fatores que o acarretaram. Também, muito menos é discutido acerca dos riscos que podem existir para sua própria saúde, seja pelos fatores genéticos, no caso de familiares consanguíneos, ou pelos fatores ambientais, por conviver no mesmo ambiente do doente e exposto aos mesmos determinantes.

A percepção de risco que as pessoas possuem muitas vezes não guarda nenhuma relação com os seus agentes causadores. As informações são, sobretudo, oriundas da experiência pessoal e dos relatos dos casos vivenciados por amigos ou conhecidos, nos quais os eventos de adoecimento acarretam sintomas graves (CAVALCANTE; FRANCO, 2007).

Qualquer que seja o risco, deve-se considerar seu caráter subjetivo, e este depende de muitos fatores, como o contexto e a inserção da pessoa em um determinado evento (NAVARRO; CARDOSO, 2005). No caso desta pesquisa, consideram-se os aspectos culturais, pessoais e ambientais no adoecimento de um membro da família e também o estilo de vida dos familiares.

Destarte, um dos aspectos pesquisados neste estudo foi o interesse do familiar pelo seu estado de saúde, o que pensa a respeito de seu estilo de vida, de fatores de risco para doenças crônicas, das suas complicações, entre outros, e como imagina o futuro da sua saúde.

O cuidado abordado nesta pesquisa é o da incumbência pessoal com a sua saúde, a partir do momento em que um familiar tem o diagnóstico de uma doença crônica e passa por uma internação hospitalar. Portanto, consideraram-se, nesta pesquisa, que as modificações dos hábitos de vida e as atividades preventivas são ações de cuidado.

Aquele que cuida bem de um próximo, não necessariamente emprega o mesmo cuidado para si. No estudo de Baggio, Monticelli e Erdmann (2009) demonstra-se que o enfermeiro realiza o cuidado do outro, contudo não presta a mesma atenção ao seu próprio cuidado (negligência do cuidado do eu).

Desse modo, há a necessidade de se buscar o conhecimento que os familiares têm acerca da doença crônica, pois o fato de conviver no mesmo ambiente e exposto aos mesmos fatores de risco pode levá-los a adquirir uma noção de risco e a se preocupar com sua saúde.

Ao perceber a escassez de pesquisas acerca deste assunto, assim como a importância do apoio dos enfermeiros às famílias de doentes crônicos, questiona-se: há associação entre o perfil sociodemográfico do familiar/cuidador, seus sentimentos em relação à doença e seus conhecimentos dos fatores de risco para HAS e a mudança de seus hábitos de vida?

1.1 OBJETIVOS

- Identificar as ações de cuidado que os familiares de doentes crônicos executam para si.
- Verificar a noção de risco de adoecimento dos familiares de doentes crônicos.
- Identificar o perfil, o conhecimento e os sentimentos que os familiares possuem acerca da doença.
- Associar o perfil do familiar, seus sentimentos e seu conhecimento dos fatores de risco para HAS com as suas ações de cuidado.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A FAMÍLIA E A DOENÇA CRÔNICA

A família pode ser identificada como “grupo social complexo e multidimensional, com estruturas, papéis, funções, crenças e poderes próprios e interligados ao ambiente em que vive” (ALTHOFF; RENCK; SAKAE, 2005, p. 222). A ideia de família está relacionada à forma como ela se constitui socialmente, e atualmente essa estrutura se apresenta com ampla variação.

Os autores Althoff, Renck e Sakae (2005) afirmam existir o modelo de família nuclear/tradicional, formado por pais e filhos, e existe a diversidade de arranjos familiares, como os monoparentais, ou os constituídos por avós, mães e filhos, entre outros formatos. No momento de decidir quem faz parte da família, são elementos de análise a consanguinidade, a afetividade, o fato de morar juntos, e a participação financeira nos gastos domésticos.

Os familiares muitas vezes assumem o papel de cuidadores domiciliares, pois quando a pessoa é acometida por uma doença crônica, enfrenta alterações no estilo de vida decorrentes das restrições impostas pela própria patologia, das necessidades terapêuticas e da possibilidade de submeter-se a internações hospitalares, quando ocorrerem complicações. As restrições afetam também os familiares, que acompanham todo este processo de adoecimento. A doença de uma pessoa se torna a enfermidade da sua família, conseqüentemente as mudanças necessárias para o tratamento são incorporadas por ela (SILVA; GUEDES; MOREIRA; SOUZA, 2002).

Um dos estudos que trata acerca do viver da família no enfrentamento do processo saúde-doença crônica é o de Althoff, Renck e Sakae (2005). Os resultados mostram que a condição de saúde da criança acometida pelo diabetes interfere no cotidiano da vida familiar. Por exemplo, quando a criança necessita de dieta especial, toda a família incorpora estes novos hábitos alimentares. Há também alteração das atividades de lazer da família, e até mesmo o sono é comprometido, pois a família teme que a criança tenha episódios de hipoglicemia ou hiperglicemia durante a noite.

Outro exemplo de mudanças no estilo de vida provocadas pela presença da doença crônica é da pesquisa de Melo, Silva e Fernandes (2005), que analisaram o relacionamento familiar após mastectomia e identificaram alterações no dia a dia. Ocorreram mudanças nos hábitos de uma família em virtude da doença da mãe. Um dos filhos da paciente era alcoólatra e provocava apreensão entre os outros membros, porém ele procurou mudar seus hábitos para proporcionar um ambiente mais equilibrado à sua mãe.

As mudanças no estilo de vida provocadas pela presença da doença também estão associadas a alterações estruturais na dinâmica cotidiana da família. Isso inclui cobrir as despesas relacionadas a tratamento medicamentoso, exames laboratoriais, deslocamentos para unidades de saúde, entre outros. Ainda, representa um aumento no orçamento familiar, com o qual muitos brasileiros não conseguem arcar, gerando nos familiares uma preocupação em relação à condição financeira para o atendimento das necessidades adicionais causadas pela doença. A preocupação aumenta, quando o principal provedor das necessidades familiares é o acometido pela doença, levando até a uma desestruturação familiar em alguns casos (SILVA; GUEDES; MOREIRA; SOUZA, 2002).

Essas alterações estruturais também foram mencionadas por Pinto, Carranca e Brites (2010), que expõem a inexistência de grupos de apoio para compartilhar as dificuldades enfrentadas pelo cuidador; aumento de gastos e diminuição do orçamento familiar por abandono do emprego, tanto do doente crônico como do cuidador; condições inapropriadas para receber o doente após a alta hospitalar; modificações do estado de saúde físico, mental e a falta de tempo para o autocuidado do cuidador; e as alterações causadas por *deficit* da pessoa doente. Percebe-se, nas pesquisas, existir maior preocupação ou interesse com a questão das dificuldades do assistir o doente dependente, do que nas ações de cuidado executadas pelo cuidador visando sua própria saúde.

Em relação aos efeitos que a doença crônica causa na qualidade de vida (QV) dos familiares, os autores Alshubaili *et al.* (2008) compararam a QV dos cuidadores-familiares de doentes com Esclerose Múltipla, com a da população em geral, e avaliaram a relação entre a QV e o perfil dos entrevistados. Foram questionados 170 cuidadores, com idade média de 35,7 anos, em 2005/2006, no Hospital Público de Neurologia e Neurocirurgia no Kuwait. Os resultados mostraram que a QV dos cuidadores de doentes com Esclerose Múltipla é menor, comparado

com a população em geral - o grupo controle. A QV dos cuidadores de portadores de esclerose múltipla foi mais afetada pelo medo de ter a doença do que pela função de cuidador.

De tal modo, no estudo referido, concluiu-se que os cuidadores precisam de atenção específica, principalmente se forem menos instruídos, desempregados, com medo de ter esclerose múltipla e cuidando de doentes com longa duração da doença, pois essas variáveis foram relacionadas com uma QV menor (ALSHUBAILI *et al.*, 2008). Nota-se que o medo sentido pelos familiares em relação à Esclerose Múltipla, era pelo fato de poderem ser afetados pela mesma impotência e infortúnio da doença que os seus entes estavam sofrendo.

Outras alterações emocionais relatados por familiares em contato com a doença crônica, foram aflição, tensão, insegurança e preocupação, além do medo. Esses sentimentos são desencadeados pela circunstância do adoecimento crônico de um membro da família, pelas recorrências de internações hospitalares, e por medo de complicações e da morte. Essa instabilidade emocional dificulta o enfrentamento da situação, tanto pessoal como familiar (SILVA; GUEDES; MOREIRA; SOUZA, 2002).

Apesar de todos esses sentimentos, das dificuldades estruturais no cuidar do doente crônico e das mudanças no estilo de vida, a família pode representar apoio, carinho, compreensão e estímulo, auxiliando no cuidado diário e exercendo uma influência positiva na vida dos integrantes doentes (ROSSI; PACE; HAYASHIDA, 2009).

Destarte, tanto o doente crônico como seus familiares precisam ser motivados para aceitar as possíveis limitações nas atividades diárias impostas pelo adoecimento, e a enfrentar essa restrição. O apoio dispensado ao indivíduo com doença crônica, como exemplo, o diabetes no estudo de Rossi, Pace e Hayashida (2009), pode favorecer ou dificultar o alcance de um ótimo resultado no controle glicêmico. Entre os fatores positivos da adesão ao tratamento estão a união entre os membros da família e a afetividade, já os conflitos familiares representaram uma barreira à adesão.

Ao pensar nesta perspectiva, foi avaliado em pesquisa se os familiares que cuidam dos seus membros doentes contribuem positivamente, ou não, no controle da doença. Costa e Nogueira (2008) solicitaram aos pacientes que lembrassem de episódios relacionados ao cuidado da sua pressão arterial envolvendo os familiares

e pessoas próximas do seu convívio, que tanto ajudaram, como prejudicaram o cuidado.

Os episódios foram divididos em categorias, como aspecto familiar, financeiro, de saúde, e emocional. As subcategorias “Harmonia na família”, “Melhoria financeira na família”, “Controle da pressão arterial”, e “Bem-estar” receberam referências positivas despontando a boa influência da família nos cuidados necessários para o tratamento da HAS. As subcategorias “Preocupação com filhos/netos”, “Relacionamento entre familiares/amigos”, e “Alteração emocional” apresentaram o maior número de referências negativas, mostrando circunstâncias conflituosas e desagradáveis no cotidiano desses doentes, e dificultando com isso o controle da HAS. Com os relatos, obteve-se um total de 146 consequências, sendo 58 abordados como positivos e 88 como negativos (COSTA; NOGUEIRA, 2008).

O envolvimento da família, no sentido de colaborar no controle da doença crônica, é muito importante, porém ainda se constitui num desafio. Essa conquista depende tanto do doente, como da família, dos profissionais de saúde, e da comunidade, que podem ou não prover suporte necessário para uma busca efetiva do cuidado (COSTA; NOGUEIRA, 2008).

2.2 A HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E AS DOENÇAS CRÔNICAS

O controle das DCNT é um grande objetivo do Ministério da Saúde, pois elas representam a maior parcela dos óbitos no país e de despesas com assistência hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS), correspondendo a cerca de 75% dos gastos com atenção à saúde, devido às doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas, diabetes e doenças musculoesqueléticas, entre outras (BRASIL, 2010a).

As Doenças Crônicas não Transmissíveis apresentam uma história natural prolongada e uma multiplicidade de fatores de risco complexos, alguns conhecidos, outros desconhecidos, que interagem entre si. Outras características são o período longo de latência e curso assintomático, o percurso clínico, em geral lento, prolongado e permanente, sendo as manifestações clínicas com períodos de

remissão e exacerbação, as lesões celulares irreversíveis e sua evolução pode levar a graus variados de agravos, incluindo a morte (LESSA, 1998).

Neste estudo, destaca-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), pois é responsável por aproximadamente 25% da etiologia multifatorial da cardiopatia isquêmica e por 40% da etiologia dos acidentes vasculares cerebrais. Além desses, também é um fator de risco para doenças como insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica, entre outras. Por causa dessa multiplicidade de consequências, a HAS é reconhecida como a origem das Doenças Crônicas Não Transmissíveis e uma das causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida das pessoas (FUCHS, 2004).

A prevalência da HAS 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 (BRASIL, 2010b).

A determinação da prevalência da HAS na população deveria ter como parâmetro a medida objetiva da pressão arterial. Contudo, devido aos altos custos e à complexidade de inquéritos com medidas objetivas, a vigilância utilizou-se da morbidade autorreferida (BRASIL, 2010b).

Segundo os indicadores de morbidade e os fatores de risco do Ministério da Saúde, 26,4% da população curitibana alegaram, em pelo menos uma consulta, ter diagnóstico clínico de hipertensão arterial sistêmica, entre os que referiram ter realizado exame para medir a pressão arterial nos últimos dois anos da pesquisa, na população de 25 anos ou mais (BRASIL, 2010c).

Além disso, a taxa de prevalência de hipertensão arterial sistêmica em Curitiba é de 14,8% na faixa etária entre 25 a 39 anos, 30,1% entre 40 a 59 anos, e 52,5% acima de 60 anos. De acordo com os indicadores por escolaridade, na população de 25 anos ou mais, 32,6% das pessoas que não concluíram o Ensino Fundamental são hipertensas e também 22,9% das que completaram o Ensino Fundamental. Já o percentual de indivíduos com esse diagnóstico, por sexo, é 23,6% masculino e 28,5% feminino (BRASIL, 2010c).

A hipertensão arterial sistêmica é definida como uma pressão arterial sistólica (PAS) maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica (PAD) maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos acima de 18 anos, que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva. Segue que o limite escolhido para definir hipertensão

arterial é o de igual ou maior a 140/90 mmHg quando encontrada em pelo menos duas aferições, realizadas em momentos diferentes (BRASIL, 2010d).

Destarte, admite-se como pressão arterial ideal a condição em que o indivíduo apresenta o menor risco cardiovascular, e ela se expressa com a PAS < 120 mmHg e PAD < 80 mmHg. A pressão arterial é considerada normal quando a PAS é < 130 mmHg e a PAD < 85 mmHg. Os níveis de PAS entre 130 e 139 mmHg e de PAD entre 85 e 89 mmHg são considerados limítrofes (BRASIL, 2010d).

A grande maioria dos casos de hipertensão arterial tem sua ocorrência explicada por interação entre predisposição genética e os fatores ambientais e características individuais. A história e o exame físico de um doente hipertenso devem ser obtidos de forma completa, incluindo a avaliação de seus fatores de risco, como: obesidade, abuso de bebidas alcoólicas, predisposição familiar, uso de contraceptivos hormonais, transtornos de sono, entre outros (FUCHS, 2004).

Os fatores de risco da HAS dividem-se em modificáveis e não modificáveis. No primeiro inclui-se o estilo de vida, como alimentação, atividade física, tabagismo e etilismo. No segundo, encontra-se a hereditariedade, a idade e o sexo (BRASIL, 2010a). Lessa (1998) ainda acrescenta a raça como fator de risco não modificável.

A epidemiologia moderna está muito mais voltada para os determinantes sociais das doenças, porém em vários casos de doenças crônicas não transmissíveis, com destaque para as cardiovasculares e diabetes mellitus, não se pode minimizar o papel biológico da herança. A predisposição genética favorece as interações com os demais fatores de risco, manifestando a HAS mais frequentemente nos indivíduos com história familiar positiva (LESSA, 1998).

Vários estudos mostraram a importância do elemento genético na determinação da HAS (BLOCH, 1998). Os estudos indicam que estes fatores situam-se na faixa de 15-35%. Nos estudos com gêmeos, as estimativas de hereditariedade da pressão arterial são de aproximadamente 60% para os homens e 40% para as mulheres. A HAS antes dos 55 anos ocorre 3,8 vezes mais frequentemente entre os indivíduos com história familiar positiva de hipertensão (KOTCHEN, 2008).

Ainda em relação aos fatores de risco não modificáveis, a prevalência de hipertensão arterial sistêmica nos adultos é maior proporcionalmente à idade. Nos indivíduos acima de 60 anos, cerca de 65,4% apresentam-se hipertensos. Nos EUA, a pressão arterial sistólica média é mais alta nos homens do que nas mulheres durante o início da vida adulta, no entanto entre os indivíduos mais velhos o índice

de aumento relacionado à idade ocorre mais entre as mulheres. A raça também parece ser fator determinante, pois a HAS é mais comum e mais grave em negros do que em brancos (KOTCHEN, 2008).

2.3 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E FATORES DE RISCO MODIFICÁVEIS

Vários estudos apontam a interferência da falta de prática de exercício físico na evolução da hipertensão. A pressão arterial pode ser reduzida por meio de 30 minutos de atividade física moderadamente intensa, como caminhada rápida, de 6 a 7 dias por semana, ou por exercícios menos frequentes, porém mais intensos (KOTCHEN, 2008).

Além disso, a prática de exercícios aeróbios reduz a pressão arterial sistólica e diastólica em uma média de 5 e 3 mmHg, respectivamente. Alguns cuidados com exercícios devem ser levados em conta, como não prender a respiração durante a execução do exercício; ao sinal de dor no peito, palpitação ou dor de cabeça, descansar, e se persistirem os sintomas, procurar um médico; e evitar banhos muito quentes – incluindo saunas – ou muito frios após o exercício, pois podem causar aumento ou diminuição da pressão arterial (STEIN; RIBEIRO, 2004).

Outro fator de risco modificável é o tabagismo. O risco para os fumantes de cigarro é dose-dependente, pois aumenta com a duração, a quantidade e o tempo de exposição. O departamento de saúde, educação e bem-estar dos Estados Unidos da América realizou uma estimativa da expectativa de vida dos fumantes. As pessoas com 25 anos de idade teriam uma diminuição da expectativa de vida de 4,6 anos se fumassem de 1-9 cigarros/dia, de 5,5 anos de 10 a 19 cigarros por dia, de 6,2 anos para fumantes de 20 a 39 cigarros/dia e de 8,3 anos para fumantes de 40 ou mais cigarros por dia. Os indivíduos fumantes com fatores de risco para doenças cardiovasculares, tais como hipertensão, dislipidemia, obesidade e sedentarismo, são considerados de alto risco (ACHUTTI; ROSITO; ACHUTTI, 2004).

Dentre os fatores de risco modificáveis, encontra-se o aumento do consumo de alimentos de alta densidade calórica (com alta razão kcal/g), muitas vezes ricos em gordura total, saturada, colesterol e sódio, e o declínio do gasto energético

devido ao transporte motorizado, à mecanização do trabalho e outros aspectos da atualidade. O aumento do consumo de alimentos é consequência também das porções alimentares aumentadas, e à alimentação fora de casa (*fast-foods*) (DUNCAN; ROSSI; KIELING; SCHMIDT, 2004).

Devido a esta ingestão calórica desregulada com propensão à obesidade, o alto consumo de gorduras saturadas, sal e carboidratos simples, assim como a baixa ingestão de frutas, verduras e legumes, recomenda-se limitar o consumo de gorduras de carnes e laticínios (maiores fontes externas de colesterol), de gorduras hidrogenadas como a margarina, e evitar frituras em geral. Na medida do possível, os alimentos vegetais pouco processados, como pão, leguminosas, verduras, legumes, frutas, nozes e óleos ricos em ácidos graxos poli e monoinsaturados, devem fazer parte constante de uma alimentação cardioprotetora (DUNCAN; SCHMIDT; FOPPA, 2004).

A prevenção e tratamento da obesidade são necessários para reduzir a pressão arterial e o risco de doença cardiovascular. Em experimentos de curto prazo, mesmo a perda de peso modesta pode levar à redução da pressão arterial. A redução no peso corporal de, em média, 9,2 kg, pode levar a reduções médias da pressão arterial de 6,3/3,1 mmHg. A atividade física regular facilita a perda de peso (KOTCHEN, 2008).

Há uma variabilidade individual na sensibilidade da pressão arterial ao cloreto de sódio (NaCl), variabilidade que, provavelmente, tenha uma base genética. Limitar a ingestão diária de NaCl para 4,4 a 7,4g resulta em diminuição da pressão arterial de 3,7 a 4,9/0,9 a 2,9 mmHg nos hipertensos e reduções menores nos indivíduos normotensos. As dietas deficientes em potássio, magnésio e cálcio estão associadas a pressões arteriais mais altas e maior prevalência da hipertensão (KOTCHEN, 2008).

Um experimento evidenciou que uma dieta rica em frutas, verduras e laticínios com baixo teor de gordura durante um período de oito semanas, reduz a pressão arterial em indivíduos com pressões arteriais normais, altas ou hipertensão branda. Frutas e vegetais são fontes ricas em potássio, magnésio e fibras, e os laticínios são uma grande fonte de cálcio (KOTCHEN, 2008).

O hábito de consumir bebidas alcoólicas é socialmente aceito na maioria dos países. No Brasil, sabe-se que a maioria das pessoas utiliza bebidas alcoólicas na busca de efeitos prazerosos, sem que isto ocasione prejuízos consideráveis na sua

vida. Por outro lado, para aproximadamente $\frac{1}{4}$ da população adulta, estima-se que em algum momento de suas vidas acontecem problemas crônicos associados ao uso do álcool (SOIBELMAN; LUZ JUNIOR; DIEMEN, 2004).

Mesmo sendo reconhecido como prioridade em saúde pública, esse problema ainda costuma ser identificado apenas nos estágios finais, quando já podem ter sucedido perdas, e as chances de reabilitação do indivíduo são menores. Tirando o preconceito ainda vigente, a abordagem do uso de álcool por parte dos profissionais de saúde permite a efetivação de medidas preventivas, assim como a identificação e intervenção precoce nos casos que já apresentarem problemas associados ao beber (SOIBELMAN; LUZ JUNIOR; DIEMEN, 2004).

Os fatores ambientais citados podem ser controlados através de intervenções preventivas. Nós, enfermeiros, podemos exercer influência no perfil de risco dos nossos pacientes por meio de orientação. A longo prazo, espera-se que essas ações tenham impacto maior na saúde dos pacientes do que o tratamento de suas queixas imediatas. Para isso ser possível, é necessário também o engajamento das instituições e da sociedade no estímulo a padrões de vida mais saudáveis, e adaptação da estrutura assistencial ao foco preventivo (DUNCAN; SCHMIDT; FOPPA, 2004).

O objetivo das intervenções preventivas é minimizar o risco de desenvolver doenças comuns. As intervenções preventivas preconizadas, atualmente, estão relacionadas a doenças cardiovasculares, neoplásicas e sexualmente transmissíveis. A decisão de aplicar as ações preventivas depende também do interesse do doente. Pouco se ganha quando se prescreve tratamento preventivo aos indivíduos que não apresentarem interesse ou que têm baixa motivação. Deve-se reconhecer também que mudanças de estilo de vida são limitadas pelas condições socioculturais, como a falta de recursos para adoção de padrões mais saudáveis, e os valores sociais em relação aos outros fatores de risco, como tabagismo e etilismo (STEIN; ZELMANOWICZ; LIMA, 2004).

Contudo, duas estratégias de prevenção têm sido propostas. Uma é a populacional, cujo objetivo é a redução da exposição ambiental aos fatores de risco. Os veículos dessa abordagem são a restrição da adição de sal na preparação de alimentos industrializados, identificação da quantidade de cloreto de sódio presente nos alimentos e estratégias educacionais. A redução de 2 mmHg na pressão arterial

de toda a população resultaria numa significativa diminuição na incidência de eventos cardiovasculares (FUCHS, 2004).

A outra estratégia é dirigida a grupos de risco, e ela propõe uma intervenção preventiva em indivíduos com valores de pressão arterial limítrofes. As medidas seriam as mesmas do tratamento não medicamentoso da HAS, porém aqui indicadas em um contexto de promoção à saúde. Sua eficácia foi avaliada em vários ensaios clínicos (FUCHS, 2004).

As ações terapêuticas preventivas exigem preocupação especial em indivíduos assintomáticos. Para a sua implementação, deve-se levar em conta as características do tratamento (eficácia, custo e efeitos adversos), o risco absoluto individual de apresentar a doença e a capacidade de identificar, corretamente, os indivíduos sob risco na população (DUNCAN; SCHMIDT; FOPPA, 2004).

Existindo estratégias populacionais visando a prevenção e controle das DCNT, várias dessas doenças podem ser diagnosticadas precocemente, ainda na fase assintomática (LESSA, 1998).

Os novos desafios para a saúde pública são encontrar mecanismos e estratégias para o enfrentamento destas doenças, que também têm um forte impacto na qualidade de vida dos indivíduos portadores, causam morte prematura, e geram grandes efeitos econômicos para a sociedade, comunidade e família (BRASIL, 2010a).

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE PESQUISA

A pesquisa é descritiva com tratamento quantitativo dos seus dados. Neste caso, há interesse na descrição das associações entre as variáveis, sem a intenção de estabelecer uma conexão causal. Com este método, é possível coletar uma grande quantidade de dados acerca da história de saúde de um número de pessoas e um grande número de interrelacionamentos pode ser descoberto em um tempo curto (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Os estudos de natureza descritiva propõem-se a investigar o “que é”, a descobrir as características de um fenômeno como tal. Eles podem abordar aspectos de uma sociedade, como o levantamento da opinião e atitudes da população acerca de determinada situação (RICHARDSON, 1999).

As pesquisas descritivas têm como objetivo principal a descrição das características de uma certa população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre as variáveis. Entre as descritivas, existem aquelas que têm por objetivo levantar as opiniões, atitudes e crenças de um grupo, ou que visam descobrir a existência de associações entre variáveis (GIL, 2002).

3.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida em 14 unidades do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC/UFPR), localizado no município de Curitiba. As unidades são as seguintes: a Clínica Médica Masculina (CMM), a Clínica Médica Feminina (CMF), a Cardiologia, a Cirurgia Otorrinolaringologia, a Quimioterapia de Alto Risco, o Transplante Hepático, a Cirurgia Urológica, a Neurocirurgia, a Cirurgia Geral, a Cirurgia do Aparelho Digestivo (CAD), a Cirurgia Vascular, a Cirurgia Torácica e Cardiovascular (CTCV), a Ortopedia e Traumatologia, e a Neurologia.

O Hospital de Clínicas é um hospital universitário pertencente à Universidade Federal do Paraná, a Universidade mais antiga do Brasil, e é o maior hospital do Estado do Paraná e o terceiro hospital universitário do Brasil. Sua área construída é de 63 mil m². É um hospital 100% público, sendo o maior prestador de serviços do SUS do Estado do Paraná. Diariamente, circulam cerca de 11 mil pessoas neste hospital, e são atendidos, em média/mês, quase 61 mil pacientes, com 1.464 internações e 837 cirurgias. Possui 261 consultórios e 510 leitos, divididos em 59 especialidades. No total são mais de 2.900 funcionários. Sua missão é prestar assistência hospitalar acreditada à comunidade, proporcionando um campo para o ensino, a pesquisa e a extensão.

3.3 AMOSTRA

Foram convidados a participar da pesquisa os familiares de pacientes crônicos que estavam presentes nos horários de visita durante o período de março a maio de 2011, no hospital selecionado, e que aceitaram fazer parte do estudo.

Para a determinação do tamanho da amostra, foi usado o parâmetro estatístico com base na estimativa da proporção populacional. Neste trabalho foi considerado o grau de confiança de 95%, que corresponde a um valor de $\alpha = 0,05$ e um valor crítico $\sigma = 1,96$, e valores populacionais de p e $q = 0,5$ cada um. Para o valor de E (margem de erro) foi considerado 10%, resultando em, no mínimo, 96 participantes. Não foi considerado para o cálculo a porcentagem de perdas e recusas.

A amostra desse estudo foi composta por 98 familiares de pacientes internados nos serviços anteriormente citados. Os critérios de seleção do paciente foram: que apresentasse a HAS como um dos diagnósticos de internação, que tivesse idade igual ou superior a 18 anos até 59 anos, e que não estivesse em estado grave no momento da entrevista. Esta faixa etária foi escolhida visto que os indivíduos se encontram em idade economicamente ativa e a internação é um momento de ruptura no seu cotidiano. A partir disso, os critérios de escolha dos familiares foram: estar na mesma faixa etária e ter parentesco com o paciente ou conviver com o mesmo.

3.4 COLETA DOS DADOS

Os dados foram coletados no período de março a maio de 2011, mediante entrevista. O instrumento foi dividido em três partes: a primeira e segunda contendo questões com múltiplas alternativas, identificadas com letras maiúsculas de A a R, para identificar os participantes da pesquisa e avaliar seu conhecimento sobre a HAS e seus sentimentos em relação à doença, e a terceira contendo 9 questões do tipo “sim ou não” e 9 questões tipo escala de Likert de 5 pontos, que visavam caracterizar os hábitos do entrevistado (APÊNDICE A).

Esse roteiro foi submetido à validação interna por meio de um teste piloto, realizado em outubro de 2010. Foram efetivadas algumas alterações como em relação à nomenclatura dos níveis de escolaridade, acrescentadas perguntas como renda e religião, aumentadas as opções sobre o relacionamento com o doente crônico, e tirado a pergunta sobre a identificação do agente das informações sobre a doença do familiar.

A escala de Likert é um dos métodos mais utilizados para medir atitudes (escala de atitude). Possibilita a coleta de dados de uma quantidade importante de itens que indicam atitudes negativas e positivas sobre um objeto. Cada item se classifica ao longo de um contínuo de 5 pontos que varia entre “muito de acordo a muito em desacordo” (RICHARDSON, 1999). Nesta pesquisa, a escala foi composta por números de 1 a 5: o número 5 correspondendo à resposta *sempre*; o número 4 a *várias vezes*; o número 3 a *indiferente*; o número 2 a *poucas vezes*; e o número 1 à resposta *nunca*.

As atitudes são predisposições para reagir negativa ou positivamente a respeito de certos objetos, instituições, conceitos ou outras pessoas. Elas são similares aos interesses, mesmo quando estes se referem especificamente a sentimentos ou preferências em relação às atividades de uma pessoa. As atitudes podem ser semelhantes às opiniões. Para sua medição, em vez de ser observada em diferentes situações, frequentemente a pessoa é entrevistada, buscando-se indireta ou diretamente sua revelação. As medidas de atitudes e crenças proporcionam informação útil e difícil de se obter de outra maneira, mas os resultados obtidos não podem ser considerados exatos (RICHARDSON, 1999).

Cada entrevista teve duração aproximada de vinte minutos e foi realizada pela autora em uma sala disponibilizada pelo enfermeiro de cada clínica para proporcionar privacidade ao entrevistado.

Os familiares foram entrevistados durante o período de visita, que na maioria dos setores ocorre durante à tarde das 14:00 às 16:00 horas. Na Cirurgia Geral, além do horário da tarde também havia o horário de visita da noite, das 20:00 às 21:00 horas. Nas unidades de CMF, CMM, e Neurologia, além da tarde e da noite, havia o horário da manhã, das 11:00 às 12:00 horas.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram organizados em planilha do Microsoft Excel 2010 e, como medida de controle de qualidade, foi validada a digitação integral de 20% dos formulários de entrevista pela pesquisadora. Após essa etapa, foram analisados com o programa computacional Statistica versão 8.0.

Os resultados obtidos no estudo foram expressos por frequências e percentuais. Para estimar o percentual de indivíduos que mudam de hábito no momento do diagnóstico ou no momento da hospitalização do paciente, foram construídos intervalos de confiança de 95%.

Para avaliação da existência ou não de associação entre variáveis qualitativas, foram considerados os testes de Qui-Quadrado e o teste exato de Fisher. Esses testes avaliam a associação entre duas variáveis qualitativas organizadas em tabelas de contingência. O teste de Qui-quadrado foi aplicado em tabelas com mais de duas linhas e/ou colunas e o teste exato de Fisher para tabelas com duas linhas e duas colunas (PAGANO; GAUVREAU, 2004). Em todos os testes estatísticos, valores de p menores do que 0,05 indicaram significância estatística. Não foi possível calcular alguns valores de p, em função do pequeno número de casos, em algumas combinações, das duas variáveis da tabela.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

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 de acordo com as normas éticas estabelecidas pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 196/96 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.

A participação dos familiares foi de forma voluntária e as informações em relação a essa participação foram prestadas a eles. Cada um deles recebeu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) para assinar. Foi enfatizada a questão dos entrevistados não terem nenhum tipo de ganho financeiro, poderem a qualquer momento interromper a sua participação, não acarretar em interrupção do cuidado ao paciente se a negarem e dado o aviso de que qualquer informação fornecida pelo familiar seria mantida sob sigilo e anonimato, respeitando-se os valores culturais, morais, religiosos e sociais.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo são apresentados os resultados, que foram divididos em 3 itens: a caracterização dos familiares, conhecimento e sentimentos dos familiares, e ações de cuidado dos familiares.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS FAMILIARES

A tabela 1 mostra os aspectos sociodemográficos, como idade, sexo, estado conjugal, nível de escolaridade, renda mensal e religião dos familiares participantes.

TABELA 1 – ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS DOS PARTICIPANTES, CURITIBA, 2011

ATRIBUTOS		n	%
Idade	18-29 anos	25	25
	30-44 anos	35	36
	45-59 anos	38	39
	Total	98	100
Sexo	Feminino	66	67
	Masculino	32	33
	Total	98	100
Estado conjugal	Casado	66	68
	Solteiro	16	16
	Viúvo	2	2
	Divorciado	3	3
	União estável	11	11
	Total	98	100
Nível de escolaridade	Não possui ensino formal	1	1
	Ens. Fundamental incompleto	29	30
	Ens. Fundamental completo	14	14
	Ens. Médio incompleto	7	7
	Ens. Médio completo	27	28
	Ens. Superior incompleto	9	9
	Ens. Superior completo	8	8
	Pós-graduação	3	3
Total	98	100	

TABELA 1 – ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS DOS PARTICIPANTES (n = 98), CURITIBA, 2011 (continuação)

ATRIBUTOS		n	%
Renda mensal (em salários mínimos)	Até 1	15	15
	Acima de 1 a 3	56	57
	Acima de 3 a 5	19	20
	Acima de 5	8	8
	Total	98	100
Religião	Católica	65	66
	Evangélica	25	26
	Outras	5	5
	Nenhuma	3	3
	Total	98	100

FONTE: O autor (2011)

Observa-se que 75% encontram-se na faixa etária acima dos 30 anos, 67% são do sexo feminino e 68% são casados. Em Curitiba, vivem 916.792 mulheres e 835.115 homens (BRASIL, 2011a). Além das mulheres serem em maior número em Curitiba, infere-se que, na cultura brasileira, também sejam as que mais visitam os doentes no hospital, pois se sentem responsáveis pelo cuidado. Quando um familiar adoece, dificilmente um homem assume seus cuidados diretos. Ele pode até contribuir de outras maneiras, como auxiliar no transporte, promover atividades sociais, ajudar nas questões legais, entre outras, mas os cuidados diretos são prestados por mulheres na maioria das vezes, pelo próprio papel que ela desempenha no contexto familiar (SIMONETTI; FERREIRA, 2008).

De acordo com os dados da tabela 1, 44% dos familiares possuíam o Ensino Fundamental completo ou incompleto, 35% o Ensino Médio, e 17% o Ensino Superior. Apenas 1% não tinha escolarização, taxa inferior à do Estado do Paraná, onde o analfabetismo de pessoas de 15 anos ou mais de idade, em 2009, foi de 6,7% (BRASIL, 2011b).

Um estudo quantiquantitativo realizado numa unidade de saúde da Prefeitura de Curitiba, revelou que dos 69 usuários, 8% eram analfabetos, 77% frequentaram o Ensino Fundamental, 12% o Ensino Médio completo ou incompleto, e 4% o Superior (MANTOVANI *et al.*, 2008a). Esse resultado é diferente ao encontrado nesta pesquisa, mesmo se tratando de uma população similar. Quando ocorre uma complicação na saúde dos usuários, esses são encaminhados da unidade de saúde para um hospital de Curitiba conveniado com o Sistema Único de Saúde. Encontrou-

se entre os familiares desta pesquisa uma porcentagem maior entre os que iniciaram ou finalizaram o Ensino Médio e Superior e consideravelmente menor o número de pessoas que não possuem o ensino formal.

Em relação à renda familiar, 15% ganham até 1 salário mínimo; 57% de 1 a 3 salários mínimos; e 28% acima de 3 salários mínimos. Isso corrobora com a pesquisa de Mantovani *et al.* (2008a), em que se encontrou, entre 69 hipertensos de uma unidade de saúde de Curitiba, uma porcentagem de 2% que recebem abaixo de um salário mínimo; 61% de um a três; e 38% acima de três salários mínimos.

Acerca da religião, dois terços (66%) são católicos e 26% são evangélicos, os dois grupos religiosos que mais se destacaram. Entre os 5% que pertencem à categoria *outros*, encontram-se um ateu, um católico e evangélico, um mórmon, e dois espíritas. As religiões no Brasil, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2000, na faixa etária de 15 anos a 64 anos, são 73,8% católicos apostólicos romanos; 15,0% evangélicos; 1,6% espíritas; 2,2% outras religiões; e 7,4% sem religião (BRASIL, 2011c). As porcentagens são semelhantes às encontradas nesta pesquisa.

Na avaliação da escolaridade e da renda *versus* variáveis de perfil (idade, gênero, estado conjugal, escolaridade e renda), os resultados destes cruzamentos e os valores de p dos testes estatísticos não indicaram haver significância estatística.

Dos 98 entrevistados, cinco não conheciam o motivo da internação do seu familiar doente. Embora 93 soubessem dizer o nome da doença, podem não compreender o significado da mesma e suas implicações, conforme citado por Simonetti e Ferreira (2008), que pesquisaram o conhecimento dos cuidadores sobre a doença do idoso. Apesar da variedade de doenças citadas por aqueles, uma das suas dificuldades era entender a doença e suas complicações.

No entanto, como a maioria dos entrevistados sabia do motivo da internação, isso pode indicar proximidade deste familiar com o paciente, tendo em vista que 54% são parentes de primeiro grau do internado (gráfico 1). A relação do participante com o internado, em ordem decrescente, consta: 37% filhos; 25% cônjuges; 10% irmãos; 7% pais; 7% cunhados; 6% genro/nora; 5% sobrinhos; 2% outros (um neto e uma prima); e 1% cuidadora.

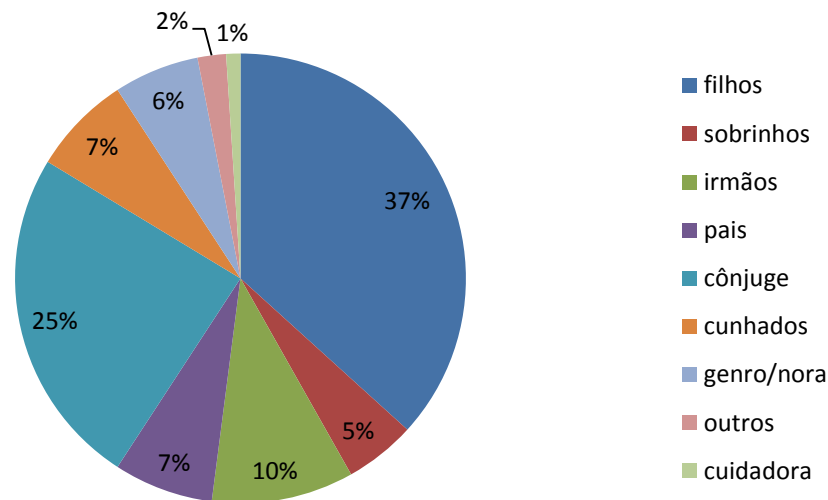


GRÁFICO 1 – RELAÇÃO DO PARTICIPANTE COM O INTERNADO (n=98), CURITIBA, 2011
 FONTE: O autor (2011)

O fato da maioria das visitas ser alguém da família, principalmente filhos, descendente direto, apoia a importância em se conhecer seus hábitos e crenças e corrobora com um estudo de Simonetti e Ferreira (2008), que entrevistaram cuidadores de idosos. Todos os entrevistados eram parentes dos idosos, e desempenhavam o papel de cuidadores, sendo a maioria filhos, algumas esposas e sobrinhas, neta e nora. Este fato permite inferir que a tarefa de cuidar e visitar doentes é, em geral, desempenhada por membros da família.

A presença de doença crônica, apesar de causar um impacto familiar e no ambiente social, também pode possibilitar o estreitamento de laços afetivos entre os membros, como ser propulsora de mudanças nos hábitos da família, podendo vir a trazer equilíbrio (MELO; SILVA; FERNANDES, 2005).

O gráfico 2 mostra os comportamentos de risco para HAS e atividades preventivas referidos pelos familiares. Dos 98 entrevistados, 7% eram etilistas; 18% tabagistas; 9% consideravam-se obesos; e 10% afirmaram ter colesterol alto. Em relação às atividades preventivas, 65% consideravam seus hábitos alimentares saudáveis; 40% realizavam alguma atividade física; 56% responderam fazer a consulta médica regularmente; e 57% dos entrevistados desempenhavam alguma atividade de lazer.

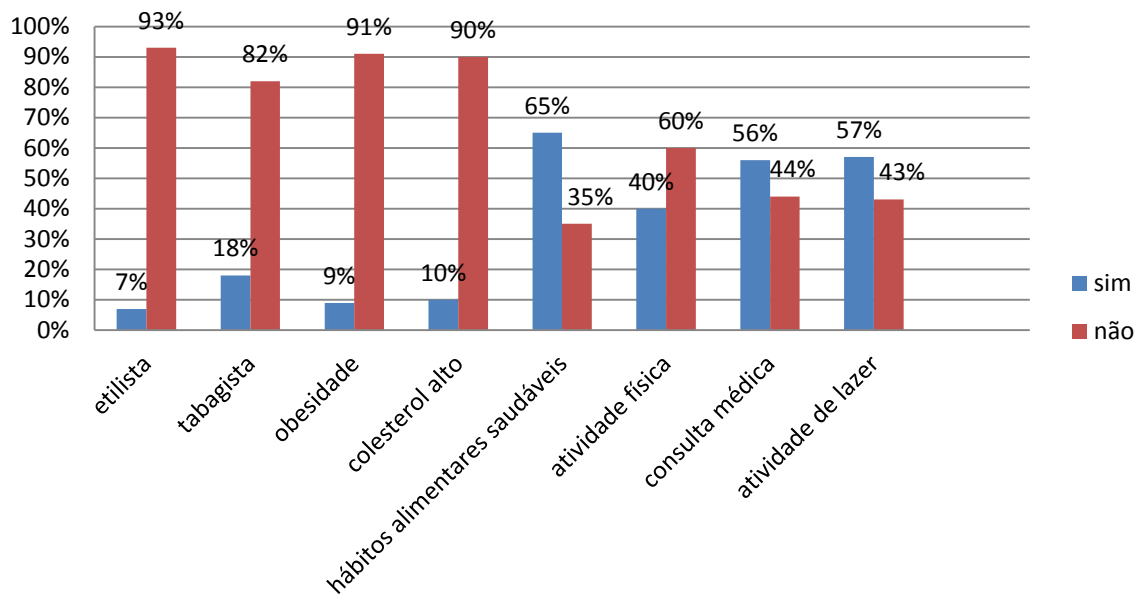


GRÁFICO 2 – COMPORTAMENTOS DE RISCO E ATIVIDADES DE PREVENÇÃO AUTORREFERIDOS (n=98), CURITIBA, 2011

FONTE: O autor (2011)

Neste estudo, verificou-se a presença do alcoolismo em 7% dos participantes, resultado maior que o estudo realizado em Rio Grande (RS), onde a sua prevalência era de 5,5% da população geral. O grupo mais vulnerável ao abuso e à dependência de álcool era formado por homens que pertenciam a um baixo nível socioeconômico (PRIMO; STEIN, 2004).

Os resultados em relação ao hábito de fumar são similares às taxas encontradas em Curitiba e no Paraná. A taxa de prevalência de fumantes regulares de cigarros, na população de estudo de 15 anos ou mais, em Curitiba, é 21,8% (BRASIL, 2010c). Já no Paraná, 18% das pessoas de 15 ou mais de idade são fumantes diários e/ou ocasionais (BRASIL, 2011d).

Acerca da obesidade autorreferida, 9% dos entrevistados se consideravam obesos, semelhante ao da taxa de prevalência do IBGE, na população de 15 anos ou mais, em Curitiba, que é de 11%, levando em consideração o Índice de Massa Corporal $\geq 30\text{kg/m}^2$ (BRASIL, 2010c).

No estudo de Sarturi, Neves e Peres (2010), cujo objetivo era estimar a prevalência de obesidade e fatores associados na população adulta, em Santo Ângelo (RS), observou-se que esta foi igual a 16,6%, e associada positivamente a

indivíduos que não praticavam atividade física, que não tinham nenhum cuidado com a alimentação e que relataram algum problema de saúde atual.

Nesta pesquisa, encontramos uma porcentagem de obesidade menor (9%), o que pode ser devido ao fato desta ser autorrelatada, diferente do estudo de Sarturi, Neves e Peres, que consideraram obesos os indivíduos que apresentaram índice de massa corporal igual ou superior a 30 kg/m². Além disso, entre os 9% de obesos, 33% não tinham hábitos alimentares saudáveis e 78% eram sedentários.

Acerca dos hábitos alimentares saudáveis, apesar de 65% dos participantes afirmarem que os possuem, esta é uma questão mais difícil de se mensurar, pois cada pessoa tem seu próprio entendimento sobre isto. Essa é uma limitação do estudo, tendo em vista que não foram questionados os tipos de alimentos e as formas de preparo.

Em relação ao sedentarismo, a taxa de 60% resultante desta pesquisa é superior à taxa de prevalência de indivíduos insuficientemente ativos, na população de estudo em Curitiba, que é de 42,3% em indivíduos de 15 a 69 anos (BRASIL, 2010c). Contudo, deve se considerar que a faixa etária não é igual entre estes dois estudos, sendo que neste a variação foi de 18 a 59 anos. Entre as atividades citadas pelos familiares, encontram-se futebol, academia ao ar livre, brincar com os netos, caminhada, entre outros.

Como a maioria considera-se sedentário (60%), esse fato pode estar relacionado à modernização e à introdução de novas tecnologias, que levaram o ser humano a transformar-se de um indivíduo do campo, fisicamente ativo, para um indivíduo com estilo de vida urbano, tipicamente sedentário (STEIN; RIBEIRO, 2004).

A consulta médica (*check-up*) era realizada por 56% dos familiares, o que corrobora com os dados do IBGE, em que 67,4% da população residente no Paraná realizou consulta médica nos 12 meses anteriores à data da entrevista (BRASIL, 2011e). Entre os que responderam afirmativamente, encontram-se aqueles que são acompanhados regularmente devido a uma moléstia já instalada.

Deve-se, contudo, refletir na questão que nem todas as pessoas que realizam a consulta médica regularmente têm acesso a uma consulta de qualidade. A organização do sistema de atenção à saúde consiste na disponibilidade quantitativa e qualitativa e na abrangência da medicina preventiva, curativa e de reabilitação para toda a população. Esse sistema passa a deter importante coparticipação na

determinação de complicações e de mortes evitáveis das DCNT. Tal contribuição do setor saúde decorre da má administração/planejamento e gestão do setor saúde, da irresponsabilidade, da omissão, da negligência e até da discriminação social da assistência médica à população (LESSA, 1998).

Um exemplo da importância de uma consulta médica de qualidade é a verificação da pressão arterial que, se não mensurada, impede a determinação precoce da HAS, dificultando estabelecer o seu tratamento e controle, o que favorece o aparecimento de complicações graves e, às vezes, seguidas de morte. É um procedimento simples, mas de grande importância para a população em relação à promoção e proteção à saúde (LESSA, 1998).

Observa-se que 43% referem não possuir atividades de lazer. Pode-se inferir que uma grande parte dos familiares que estiveram presentes na visita ao doente são os responsáveis pelo seu cuidado, tanto em casa como no hospital. Neste sentido, esta taxa de lazer pode ser devido ao fato dos cuidadores/familiares sentirem a perda da liberdade, pois suas vidas se limitaram a cuidar do outro, não gozando de atividades de lazer, o que acarreta infelicidade e desânimo (SIMONETTI; FERREIRA, 2008; VOLPATO; SANTOS, 2007).

Segundo Machado e Car (2007), os usuários do sistema de saúde reproduzem em suas falas as condutas prescritivas dos profissionais de saúde, porém, apesar de verbalizarem conhecimentos adequados acerca de atitudes e modificações no cotidiano necessárias ao alcance de um controle pressórico adequado, essas informações entram em conflito com a sua realidade cotidiana, como por exemplo usuários que expressam a informação para um adequado controle pressórico, porém vivenciam situações como a ausência às consultas agendadas e alteração do nível pressórico.

É importante ressaltar que o fato de a maioria 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.

Dos 98 participantes, 64% responderam não ter doenças e dos que responderam afirmativamente, 8% têm HAS, 5% HAS e DM, 7% HAS mais outro tipo de doença, e 16% possuem outras doenças. Dentre esses 16%, destacam-se esquistossomose, anemia, artrose, depressão, bronquite, infecção por *Helicobacter pylori*, hipotireoidismo, prostatite, sequela de traumatismo craniano, doença

cardiovascular e hérnia de disco. O fato de 36% afirmarem ter uma doença, sendo a maioria crônica, corrobora com o resultado do IBGE, em que 33% da população residente no Paraná declaram ter alguma doença crônica (BRASIL, 2011e).

Esse resultado também vai ao encontro de um estudo dos integrantes do Núcleo de Estudos, Pesquisa, Assistência e Apoio à Família (NEPAAF) da Universidade Estadual de Maringá, que mapearam a distribuição geográfica das famílias de doentes crônicos da região norte do município de Maringá. O resultado mostrou que das 23.668 famílias desta região, 31% conviviam com alguma doença crônica de um de seus membros (MARCON *et al.*, 2005).

Em relação aos familiares hipertensos encontrados neste estudo, a taxa de 20% é similar ao encontrado por Schmidt *et al.* (2009), cujo objetivo era estimar a prevalência de hipertensão autorreferida e seu número absoluto no Brasil. Foram analisados dados de 54.369 pessoas com idade igual ou superior a 18 anos entrevistados pelo sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito telefônico (VIGITEL), realizado nas 27 capitais brasileiras. Verificou-se uma prevalência de HAS de 21,6% na população adulta, 24,4% entre as mulheres e 18,4% entre os homens. Estimou-se haver no Brasil um total de 25.690.145 adultos que referem ter hipertensão, levando os autores à conclusão que a prevalência de hipertensão é elevada no Brasil.

4.2 CONHECIMENTO E SENTIMENTOS DOS FAMILIARES

Observa-se no gráfico 3, as respostas dos participantes em relação aos fatores de risco para HAS. O excesso de sal foi apontado por 96% dos entrevistados, a dislipidemia por 68%, o excesso de doce por 30%, a obesidade por 94%, o sedentarismo por 88%, o etilismo por 83%, o tabagismo por 70%, o estresse por 96% e o fator genético por 77%.

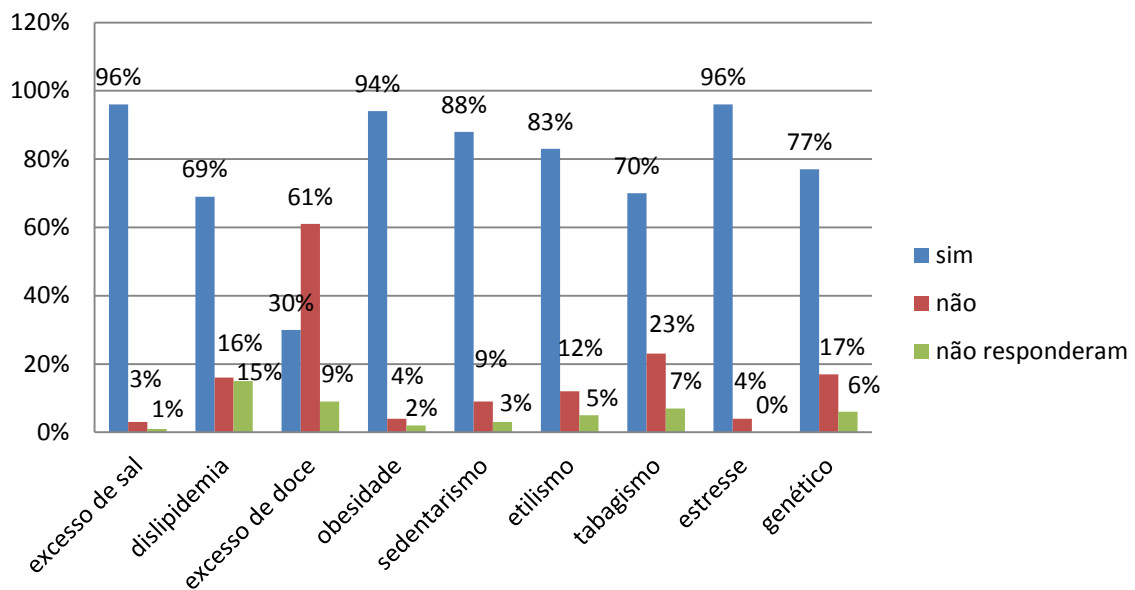


GRÁFICO 3 – CONHECIMENTO SOBRE OS FATORES DE RISCO PARA HAS DOS FAMILIARES (n=98), CURITIBA, 2011

FONTE: O autor (2011)

Segundo dados da Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH) (2011), a dislipidemia, a obesidade (incluindo o excesso de doce), o excesso de sal, o sedentarismo, o excesso de álcool, o fumo e o estresse são fatores que influenciam negativamente o equilíbrio da pressão arterial.

A obesidade e o excesso de peso aumentam o risco de HAS. A pessoa que tem HAS, ao ganhar peso, terá sua pressão mais elevada, e, ao perder peso, terá uma queda. A perda de peso abaixa o risco, pois proporciona a redução da glicose e das gorduras na corrente sanguínea, como os triglicerídeos, o colesterol total e o LDL-colesterol, que se depositam nas artérias. As recomendações para a redução de peso são a dieta e a atividade física (SBH, 2011).

Já o sal leva o corpo a reter mais líquidos, e o seu aumento eleva a pressão arterial. Destarte, deve-se evitar o exagero. Os brasileiros consomem em média 10 g por dia de sal (4 a 5 colheres de café completas), contudo o corpo precisa de menos do que 2,5 g/dia (ou 1 colher de café por dia) (SBH, 2011).

Outro estudo que comprova a ligação do sal com a HAS é de Molina *et al.* (2003), que mostra uma correlação positiva entre a excreção urinária de sódio (Na⁺) e pressão arterial sistólica e diastólica. Indivíduos hipertensos apresentaram maior excreção urinária de Na⁺, quando comparados com indivíduos normotensos.

O exercício físico ajuda a reduzir a pressão arterial. Pessoas que têm HAS e começam a fazer exercícios podem diminuir a dose dos medicamentos, ou mesmo ter a pressão arterial controlada sem o uso de remédios. Além disso, traz outros benefícios, como ajudar a controlar o peso, diminuir a tensão emocional e aumentar a autoestima (SBH, 2011).

A redução do consumo de álcool é eficaz para diminuir a pressão arterial ou até preveni-la. Sabe-se que entre 5 a 10% dos homens com HAS têm como causa do problema o alto consumo de bebidas alcoólicas. Igualmente prejudicial é o tabagismo, que pode causar taquicardia, aumentar a pressão arterial, ou ainda, piorar a aterosclerose, agravando as doenças cardíacas (SBH, 2011).

O estresse também pode dificultar o controle da pressão arterial. O ideal seria eliminar o estresse, mas como isso é difícil, indica-se aprender a controlá-lo. Entre as recomendações, estão aprender a identificar as situações que provocam tensão, planejar melhor as atividades para evitar acúmulo, diminuir o nível de exigência consigo mesmo e com os outros, procurar ter momentos de lazer e descanso, dividir com familiares as atividades de cuidado do doente, realizar exercícios físicos e técnicas de relaxamento, e compensar os momentos de maior desgaste com a realização de atividades que deem prazer (SBH, 2011).

Alguns destes fatores de risco também foram enfatizados por profissionais de saúde. Ao realizarem a mesma pergunta para os profissionais de saúde, estes referem como causas das doenças crônicas os hábitos alimentares inadequados, a obesidade, a hereditariedade e o sedentarismo (MERCADO-MARTÍNEZ; HERNÁNDEZ-IBARRA, 2007). Enfermeiros hipertensos relataram predominantemente os seguintes fatores de risco para a doença crônica: o estresse (25,6%), os antecedentes familiares de doenças crônicas (18,9%), a obesidade (14,4%), e o sedentarismo (12,2%) (TEIXEIRA; MANTOVANI, 2009).

Mesmo não sendo mencionado por todos os 98 entrevistados, o fator genético não pode ser esquecido. A epidemiologia moderna está muito mais voltada para os determinantes sociais das doenças, porém em vários casos de doenças crônicas não transmissíveis, com destaque para as cardiovasculares, não se pode minimizar o papel biológico da herança. A predisposição genética favorece as interações com os demais fatores de risco, manifestando a HAS mais frequentemente nos indivíduos com história familiar positiva (LESSA, 1998).

Na avaliação da escolaridade *versus* variáveis de conhecimento dos fatores de risco da HAS (excesso de sal, dislipidemia, excesso de doce, obesidade, sedentarismo, etilismo, tabagismo, estresse e o fator genético), realizou-se o agrupamento das classes de escolaridade Ensino Médio incompleto ou completo com superior incompleto, superior completo ou pós-graduação (APÊNDICE C).

De tal modo, os resultados destes cruzamentos apresentaram significância na relação entre escolaridade e o conhecimento da obesidade como fator de risco para hipertensão ($p=0,034$). Todos os indivíduos com escolaridade maior do que o Ensino Fundamental afirmaram saber que a obesidade é fator de risco para a HAS, enquanto entre os indivíduos com escolaridade até o Ensino Fundamental, 90% o conhecem (Tabela 2).

TABELA 2 – AVALIAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE O CONHECIMENTO DA OBESIDADE COMO FATOR DE RISCO PARA HAS E A ESCOLARIDADE (n=98), CURITIBA, 2011

ESCOLARIDADE	CONHECIMENTO DA OBESIDADE COMO FATOR DE RISCO PARA HAS		VALOR DE p
	Não	Sim	
Até Ensino Fundamental completo	10%	90%	
Mais que Ens. Fundam. completo	0%	100%	0,034

FONTE: O autor (2011)

Um estudo que corrobora com este resultado é o de Sen (2002), ao destacar que pessoas vivendo em lugares com acesso a educação estão numa condição melhor de diagnosticar e interpretar sinais e sintomas.

Na avaliação de idade *versus* variáveis de conhecimento dos fatores de risco da doença, como na avaliação do conhecimento dos fatores de risco para a HAS *versus* variáveis de estilo de vida, os resultados destes cruzamentos bem como os valores de p dos testes estatísticos não indicaram significância estatística (APÊNDICE C).

Caso semelhante encontrou-se num estudo que identificou entre os acadêmicos de enfermagem, predominância de hábitos alimentares prejudiciais à saúde apesar de saberem que ter uma alimentação balanceada é uma das formas de cuidar do corpo (BRANDÃO *et al.*, 2009).

Mantovani *et al.* (2008a), igualmente afirmam que o fato de conhecer as complicações da HAS pode não implicar maior adesão à terapêutica pelos hipertensos, pois estes não reconheciam a cronicidade da doença e a necessidade de tratamento contínuo.

Contudo, esses resultados são contrários ao exposto por Baggio, Monticelli e Erdmann (2009), quando afirmam que o conhecimento adquirido é impresso na prática cotidiana, seja para o cuidado do outro, seja para o cuidado de si.

Quando questionados sobre os fatores de risco que levaram à HAS do seu familiar-paciente, 13% não souberam responder, 26% citaram somente um fator de risco, e 61% citaram mais de um fator de risco.

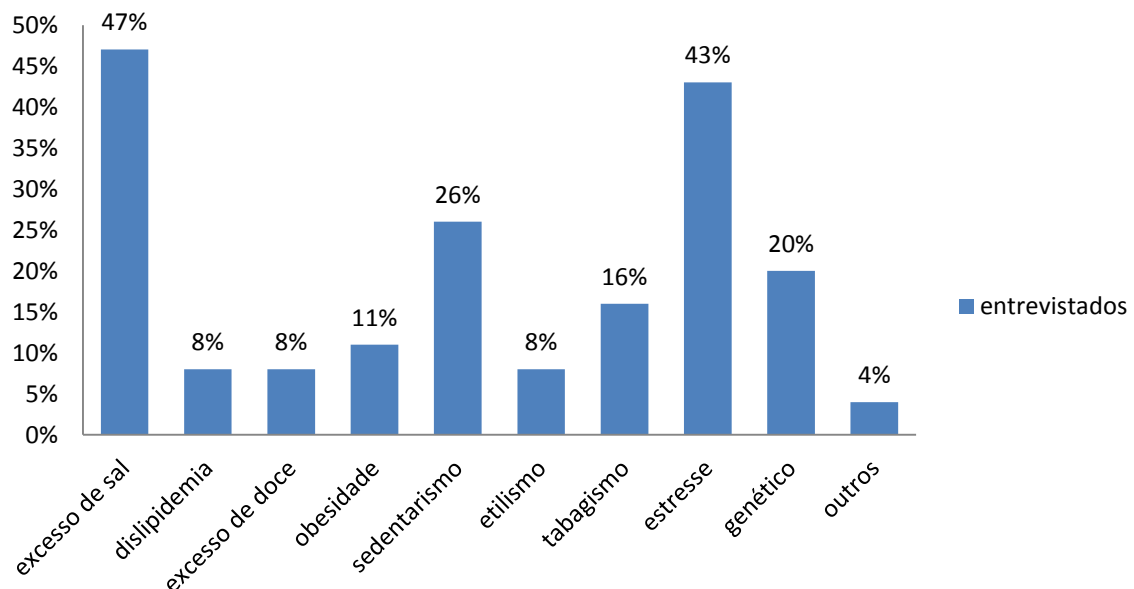


GRÁFICO 4 – FATORES DE RISCO QUE OCACIONARAM A HAS DO INTERNADO REFERIDOS PELOS FAMILIARES (n=98), CURITIBA, 2011

FONTE: O autor (2011)

No gráfico 4, observa-se que o excesso de sal foi citado por 47% dos familiares; a dislipidemia por 8%; o excesso de doce também por 8%; a obesidade por 11%; o sedentarismo por 26%; o etilismo por 8%; o tabagismo por 16%; o estresse por 43%; o fator genético por 20%; e 4% dos participantes deram outros motivos, como não procurar o médico a tempo, cansaço, doença do coração, e problema de saúde atual que levou à HAS.

Percebe-se que o estilo de vida teve um grande peso nas respostas dos entrevistados. Além desse, também foi apontada a biologia humana. Na epidemiologia das doenças cardiovasculares – que na atualidade são as principais doenças crônicas não transmissíveis do adulto – os componentes do estilo de vida são extremamente importantes (LESSA, 1998).

No trabalho de Lessa (1998), quantificaram-se as respectivas participações na mortalidade destas doenças, subjetivamente percebidas pelos profissionais da saúde em Salvador (Bahia), com base em suas experiências e vivências. Foram atribuídos os seguintes percentuais: biologia humana, 20,7%; estilo de vida, 29,4%; ambiente, 24,9%; e organização do sistema de saúde, 25,0%. Na percepção dos profissionais da saúde, o estilo de vida teve a maior participação, porém a organização do sistema de atenção à saúde contribui significativamente para a mortalidade por doenças cardiovasculares.

Mesmo com a possibilidade de mencionar outros determinantes, não houve nenhuma manifestação dos entrevistados sobre o sistema de saúde brasileiro. A ausência de programas de promoção e de proteção à saúde, seja por desorganização, por irresponsabilidade, por omissão ou falta de recursos de qualquer natureza, contribui para que indivíduos venham a adquirir a HAS (LESSA, 1998).

Em relação à percepção de risco de desenvolver a HAS, 51% dos entrevistados relataram que poderiam desenvolvê-la; 28% responderam que não; 17% disseram que já a têm; e 4% não souberam responder. Esta pergunta foi feita após apontarem os fatores de risco para HAS e que levaram os seus familiares-pacientes a esta doença. Alguns participantes, familiares consanguíneos, mencionaram o fator genético como fator de risco e, mesmo assim, negaram a possibilidade de virem a adquirir a mesma doença.

Associação significativa foi observada entre grau de parentesco e a percepção de risco dos participantes para desenvolver a HAS ($p=0,043$). Indivíduos com relação de parentesco de primeiro grau (filho, irmão, pai e mãe) têm maior chance de saber que também podem vir a ter a mesma doença. Dos 53 indivíduos que têm parentesco de primeiro grau, 78% sabem que podem desenvolver a hipertensão. Já entre os 45 indivíduos que não têm parentesco de primeiro grau, 51% reconhecem que podem vir a ter a mesma doença. Os resultados são apresentados na Tabela 3.

TABELA 3 – AVALIAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE O GRAU DE PARENTESCO E A PERCEPÇÃO DE RISCO DE ADOECIMENTO PELA HAS (n=98), CURITIBA, 2011

GRAU DE PARENTESCO	SABE QUE PODE DESENVOLVER A MESMA DOENÇA		VALOR DE p
	Não	Sim	
Filho/irmão/pai/mãe	22%	78%	0,043
Outros	49%	51%	

FONTE: O autor (2011)

Um estudo que também verificou esta relação entre grau de parentesco e percepção de risco de adoecimento, foi realizado com acadêmicas de enfermagem. Dentre elas, 26% afirmavam a existência de casos de câncer de mama na família (mãe, tia e avó), e com isso realizavam o autoexame das mamas de forma mais periódica do que as outras 74% que não tinham casos, pois aquelas possuíam uma maior fonte de preocupação em relação à detecção precoce da doença (FERNANDES *et al.*, 2007).

Em relação ao conhecimento dos participantes da pesquisa sobre o tratamento, a prevenção e os sinais e sintomas da HAS, 72% dos participantes têm noção do tratamento; 81% relataram conhecer a prevenção; e 73% afirmaram conhecer os seus sinais e sintomas. Contudo, entre os 19% dos participantes que negaram o conhecimento sobre a prevenção da HAS, teve alguns casos que citaram os fatores de risco para esta doença.

Nem todos os participantes referiram conhecer o tratamento, a prevenção e os sinais e sintomas da HAS, apesar de terem na família um caso desta doença. Esse fato corrobora com o estudo de Mantovani *et al.* (2008b), que verificou que muitos dos hipertensos não possuíam conhecimento a respeito da sua doença, ou então afirmavam dados incorretos a respeito dela. Esse *deficit* de conhecimento contribui para a não adesão ao tratamento a longo prazo e o surgimento precoce de complicações hipertensivas.

A falta ou deficiência de conhecimento sobre a doença crônica também é relatado no estudo de Araújo *et al.* (2009) e Simonetti e Ferreira (2008), em que os familiares expressam dúvidas acerca do tratamento da doença crônica, das causas, dos sinais e sintomas, além das complicações, da gravidade, da possibilidade de cura da doença, e do efeito das medicações. Identificou-se que a família

compreende superficialmente as recidivas, as internações recorrentes e a impossibilidade da cura, que são características relacionadas às doenças crônicas. Uma das descobertas foi a de que, muitos familiares reproduzem as informações advindas dos profissionais, sem compreendê-las. Ressaltam a importância dos profissionais de saúde confirmarem se a família entendeu as informações recebidas, respeitando o seu entendimento e o seu contexto cultural.

Corroborando com Araújo *et al.* (2009), deve-se incluir nessas informações, além do estado de saúde do membro doente, o tratamento, o diagnóstico, e os cuidados específicos, também orientações sobre os riscos que os familiares têm devido à exposição aos mesmos fatores ambientais (mesmos hábitos prejudiciais à saúde) e genéticos, quando existe consanguinidade.

Não somente as orientações, mas a maneira de como realizá-las é importante. Exemplo disso foi o estudo de Peternella e Marcon (2009), ao constatar que pacientes com Parkinson receberam o diagnóstico e orientação via telefone, o que foi considerado uma forma brusca e desumana, levando à exacerbação de sentimentos negativos frente à doença. Observou-se deficiência e/ou falta de conhecimento sobre a doença no momento do diagnóstico entre familiares e pacientes.

A consulta de enfermagem é uma oportunidade para o paciente e seus familiares expressarem seus sentimentos e dúvidas e com isso silenciar os tabus existentes sobre a hipertensão e seu tratamento. O profissional enfermeiro deve atendê-los de forma a valorizar suas angústias e dificuldades no seguimento do tratamento e elaborar intervenções voltadas à resolução dos problemas identificados, tanto na sua individualidade como na sua coletividade (COSTA; NOGUEIRA, 2008). A enfermagem pode estimular e auxiliar a família a alcançar o controle da situação.

Dessa forma, existe um esforço em se construir uma nova cultura profissional da enfermagem, apoiada sobre bases mais solidárias, que possibilitam o surgimento de outros valores, de novas maneiras de pensar e agir em saúde, muito mais propícios à construção da cidadania, tanto do trabalhador de enfermagem, como do usuário do serviço de saúde. A enfermagem está buscando a cultura da solidariedade (BELLATO; PEREIRA, 2006).

Em relação às complicações da HAS, 65% dos participantes responderam que as conheciam e 35% as negaram. As complicações mencionadas por esses 65% encontram-se no gráfico 5.

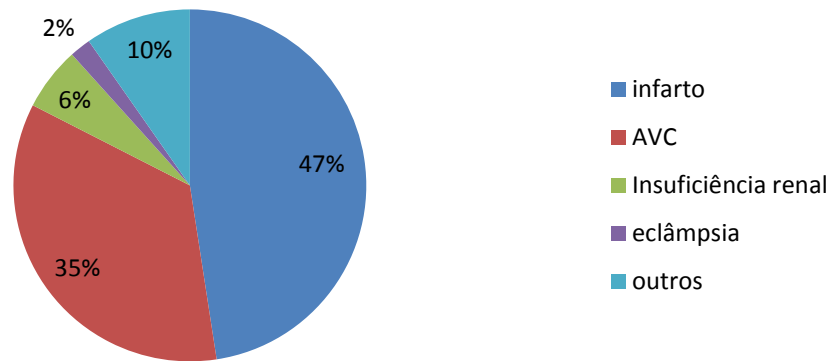


GRÁFICO 5 – CONHECIMENTO SOBRE AS COMPLICAÇÕES DA HAS DOS PARTICIPANTES (n=64), CURITIBA, 2011

FONTE: O autor (2011)

Entre as complicações da HAS apresentadas no gráfico 5, a mais citada foi o infarto, por 47% dos participantes, também referido pelos familiares como problema do coração, parada cardíaca, ou ataque cardíaco. O segundo mais lembrado foi o AVC (derrame, derrame cerebral), com 35% dos representantes. A insuficiência renal (parada renal, “problema de rim”, hemodiálise, “rim perde suas funções”) foi mencionada por 6% dos familiares, e a eclâmpsia (“problema gestacional”) por 2%. Outras complicações foram mencionadas, entre as quais aneurisma, taquicardia, diabetes, desmaio, obesidade, tontura, “problema na vista”, “afeta todos os órgãos”, insuficiência venosa, e “hemorragia em cirurgia”.

Como a Hipertensão Arterial Sistêmica é uma doença silenciosa, muitas vezes ela é associada às suas complicações. Em alguns casos, ela passa a ser considerada uma doença pelos hipertensos somente após a instalação das complicações ou após ela impedi-los de exercer as suas atividades cotidianas (PINOTTI; MANTOVANI; GIACOMOZZI, 2008). Acredita-se que, devido a esse fato, mais da metade dos familiares souberam relatar as complicações da HAS.

No estudo de Mantovani *et al.* (2008a), quanto ao conhecimento sobre as complicações da HAS dos próprios hipertensos, as mais citadas foram o infarto

agudo do miocárdio e o acidente vascular cerebral, seguidas da cegueira e paralisação dos rins. Esse resultado corrobora com a nossa pesquisa, contudo o aspecto da cegueira só foi lembrado por um dos participantes dessa pesquisa.

O infarto foi a complicação mais citada entre os participantes. A doença cardíaca é a causa mais comum de morte nos paciente hipertensos. A cardiopatia hipertensiva é o resultado de adaptações estruturais e funcionais que levam à hipertrofia ventricular esquerda, disfunção diastólica, ICC, anormalidade do fluxo causados pela aterosclerose, bem como arritmias cardíacas (KOTCHEN, 2008).

Além disso, a HAS é um fator de risco importante para o infarto cerebral e hemorragia, a segunda complicação mais citada pelos entrevistados. Aproximadamente 85% dos AVCs são causados por infarto, e o restante por hemorragia intracerebral ou subaracnoide. A incidência de AVC aumenta progressivamente com o aumento dos níveis de pressão arterial, principalmente em indivíduos com mais de 65 anos (KOTCHEN, 2008).

A HAS constitui-se num fator predisponente independente para insuficiência cardíaca, AVC e doença renal. A hipertensão está presente em mais de 80% dos pacientes com insuficiência renal crônica (KOTCHEN, 2008), que foi a terceira complicação mais mencionada segundo o gráfico 5, porém com somente 6%.

Todas as complicações apontadas no gráfico 5 foram exemplos da piora no quadro da Hipertensão Arterial Sistêmica, como Acidente Vascular Cerebral, Infarto, Insuficiência Renal, entre outros. Porém a doença crônica, como a HAS ou DM, pode não só piorar e complicar a doença de base, como também dificultar a recuperação de outros transtornos.

Destarte, no estudo de Ponte *et al.* (2010), cujo objetivo foi analisar os níveis pressóricos dos pacientes no perioperatório de cirurgia cardíaca, os pacientes com história prévia apresentaram mais alterações pressóricas em todas as fases da cirurgia cardíaca (pré-operatório e pós-operatório) do que pacientes sem relatos de hipertensão. Deste modo, deverá ser dispensada maior atenção aos hipertensos, já que apresentam maior possibilidade de desenvolver complicações. Somente um entrevistado da nossa pesquisa mencionou esta questão, ao afirmar que uma das complicações poderia ser “hemorragia em cirurgia”.

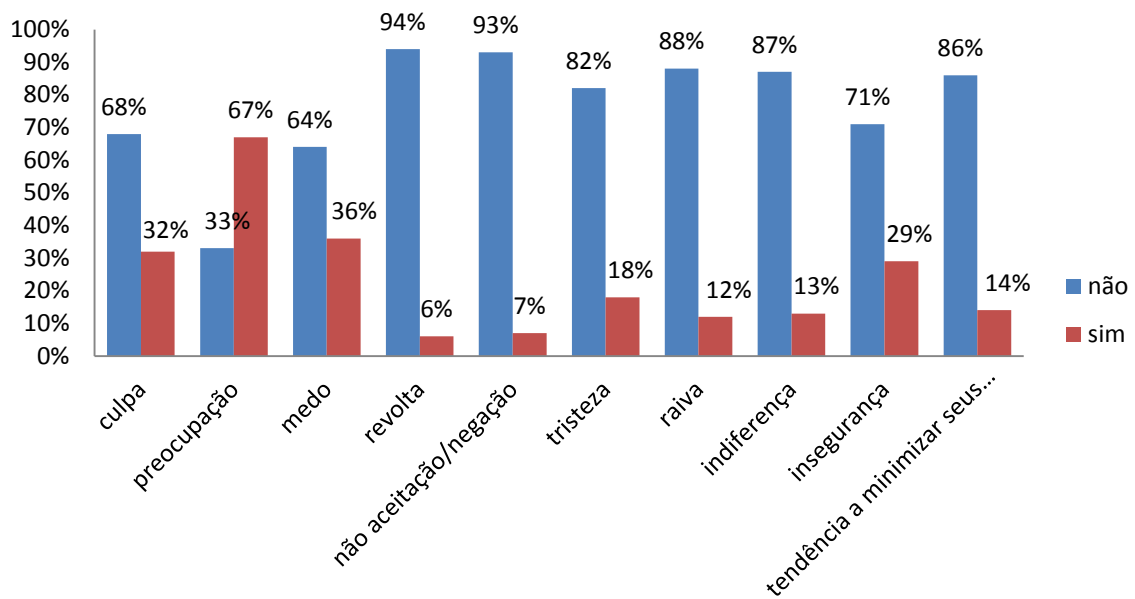


GRÁFICO 6 – SENTIMENTOS EM RELAÇÃO À SAÚDE DO FAMILIAR QUANDO EM CONTATO COM DOENTE CRÔNICO (n=98), CURITIBA, 2011

FONTE: O autor (2011)

O gráfico 6 revela os sentimentos em relação à sua saúde apontados pelos familiares da pesquisa. Em ordem decrescente, os sentimentos mais referidos foram: a preocupação por 67% dos participantes; o medo por 36%; a culpa por 32%; a insegurança por 29%; a tristeza por 18%; a tendência em minimizar os seus efeitos por 14%; a indiferença por 13%; a raiva por 12%; a não aceitação (negação) por 7%; e a revolta por 6% dos familiares.

Interessante notar que mesmo os participantes que citaram a preocupação como sentimento em relação à sua saúde, alguns dentre esses também apontaram a tendência em minimizar os seus efeitos.

Nota-se que os sentimentos dos familiares-cuidadores quando em contato com uma doença crônica podem ser diversos, como visto no gráfico 6. O sentimento de revolta, citado por apenas uma pequena parcela, aparece mais enfatizado no estudo de Pinto, Carranca e Brites (2010), devido à ausência de uma ajuda efetiva e ao desconhecimento perante as imprevisibilidades que podem ocorrer.

Os sentimentos de tristeza, raiva e medo também foram mencionados pelos cuidadores de pacientes com a síndrome de Parkinson, contudo esses também referiram a não aceitação da doença, a revolta, a decepção por saber do prognóstico (doença incurável) e depressão, revelando a dificuldade de se encarar

mudanças decorrentes do adoecimento (PETERNELLA; MARCON, 2009). Deve-se considerar, no entanto, que existem algumas diferenças entre estas duas doenças crônicas – uma pode ser controlada e a outra é degenerativa – o que pode levar a sentimentos diferenciados e mais negativos e exacerbados na situação da síndrome de Parkinson.

4.3 AÇÕES DE CUIDADO DOS FAMILIARES

Em relação às ações de cuidado dos familiares, 28% responderam que mudaram seus hábitos após o diagnóstico de HAS ou internação do familiar-paciente, enquanto 72% disseram que não mudaram os hábitos.

Dos 98 entrevistados, 23 afirmaram que mudaram de hábito no momento do diagnóstico do paciente. Assim, o percentual de indivíduos que mudam de hábito no momento do diagnóstico do paciente está estimado em 24% com intervalo de confiança de 95% dado por 15% a 32%.

Dos 98 entrevistados, 11 afirmaram que mudaram de hábito no momento da hospitalização do paciente. Destarte, o percentual de indivíduos que mudam de hábito no momento da hospitalização do paciente está estimado em 11% com intervalo de confiança de 95% dado por 5% a 18%.

Na tabela 4, identificam-se as ações de cuidado relatados pelos 28% dos familiares que mudaram seus hábitos após o diagnóstico de HAS do paciente, ou sua posterior internação. Em relação ao sal, 74% dos participantes responderam que sempre ou muitas vezes evitavam sal na comida. Sobre a atividade física, 59% dos participantes disseram que nunca a praticavam ou a praticavam poucas vezes. Quanto ao hábito de fumar, 11% nunca deixaram de fumar mesmo após o diagnóstico de HAS na família ou a internação do doente, e somente 4% sempre evitavam fumar devido a este motivo.

TABELA 4 – AÇÕES DE CUIDADO DOS PARTICIPANTES POR CATEGORIA (n=27), CURITIBA, 2011

CATEGORIAS*	1	2	3	4	5	HA*	Total
Evita sal	0%	7%	19%	22%	52%	0%	100%
Faz exercícios	33%	26%	15%	8%	7%	11%	100%
Deixou de fumar	11%	0%	0%	0%	4%	85%	100%
Evita frituras	7%	11%	26%	19%	30%	7%	100%
Cuida do peso	19%	7%	15%	19%	33%	7%	100%
Evita bebida alcoólica em grande quantidade	7%	0%	0%	4%	22%	67%	100%
Evita ficar estressado	15%	26%	37%	11%	11%	0%	100%
Realiza consulta médica	30%	19%	11%	7%	22%	11%	100%
Realiza exame da pressão arterial	19%	22%	11%	19%	22%	7%	100%

FONTE: O autor (2011)

*1 – nunca; 2 – poucas vezes; 3 – às vezes; 4 – muitas vezes; 5- sempre; HA - hábito anterior ao diagnóstico e/ou internação do doente familiar.

Além disso, observa-se, na tabela 4, que 49% dos participantes sempre ou muitas vezes evitavam frituras na sua comida após o diagnóstico de HAS do familiar-paciente ou sua internação. Em relação ao peso, 52% sempre ou muitas vezes cuidavam do seu peso. Acerca da bebida alcoólica, 26% dos familiares sempre ou muitas vezes evitavam o seu excesso. Quanto ao estresse, 41% nunca ou poucas vezes evitaram ficar estressados, e 37% às vezes.

A tabela 4 também mostra que 49% nunca ou poucas vezes realizavam consulta médica regularmente mesmo após o diagnóstico de HAS do membro familiar ou sua internação. Em relação ao exame da pressão arterial, ficou igualmente dividido entre 41% que nunca ou poucas vezes realizavam este exame, e 41% que sempre ou muitas vezes o realizavam.

Ao discorrer sobre a atividade física, em que a maior porcentagem das respostas correspondeu à categoria “nunca faz exercícios” e a segunda correspondeu a “pouco exercício”, isto leva a crer que pode ser devido à sociedade moderna industrializada, pois a tecnologia eliminou grandemente a necessidade de grandes esforços físicos no trabalho, em casa e na locomoção. Recentemente, a preocupação com a saúde, ou apenas estética, levaram a um aumento do interesse

pela atividade física em alguns países, como nos EUA. Contudo, esse fenômeno ainda é bastante restrito a grupos socioeconomicamente favorecidos (BLOCH, 1998).

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 insulino dependente, 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, tanto para o entrevistador quanto para o entrevistado, pela discriminação social implícita nesta questão (BLOCH, 1998). 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. Não é algo fácil de se pedir para o familiar, mesmo sendo o estresse um dos fatores de risco para HAS, pois 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 (SIMONETTI; FERREIRA, 2008).

Quanto às consultas médicas regulares, 30% não as realizavam mesmo após o diagnóstico ou internação do membro familiar doente. Mesmo entre acadêmicas de enfermagem, que são pessoas ligadas à área de saúde, causa estranhamento a revelação de que sua busca por assistência médica só acontece quando surge algum problema de saúde. Este fato evidencia a falta de cuidados preventivos dos acadêmicos de enfermagem (BRANDÃO *et al.*, 2009), assim como dos familiares deste estudo.

A expectativa em relação a uma consulta médica pode variar de acordo com sua classe social. Para os membros das classes populares, que usam o seu corpo principalmente como um instrumento de trabalho, a doença se manifestará de forma brutal porque não se aperceberam dos sinais precursores ou porque se recusaram a percebê-los (BLOCH, 1998).

Já a classe alta, que prestam atenção ao corpo e a suas eventuais manifestações, estes adotam uma atitude de previsão, porque se submetem a um certo número de regras que visam a preservá-las de serem atingidas pela doença, e porque buscam os sinais precursores de doenças. Os membros desta classe

aguardam do médico, em primeiro lugar, “regras de vida”, ou conselhos, e os da classe popular esperam que ele administre remédios potentes e porventura dolorosos, mas imediatamente atuantes (BLOCH, 1998).

Ao pensar nessa perspectiva, como a maior parte da nossa população encontra-se numa classe social mais baixa, este fato pode explicar por que 49% nunca ou poucas vezes realizavam consulta médica regularmente mesmo após o diagnóstico de HAS do membro familiar ou sua internação, e somente 11% já tinham este hábito incorporado.

A mudança de hábito destes familiares 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 (BRANDÃO *et al.*, 2009).

Um estudo buscou identificar as medidas de prevenção das complicações à saúde na presença de doença crônica, em profissionais enfermeiros, e 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 para amenizar suas enfermidades. Somente 13,8% afirmaram não terem realizado mudanças de nenhum tipo (TEIXEIRA; MANTOVANI, 2009).

Destarte, a porcentagem dos enfermeiros 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, como são profissionais de saúde, eles têm o conhecimento sobre a doença crônica e por isto espera-se deles uma maior preocupação em relação à mudança de hábitos. Além disso, a maior parte dos familiares não são hipertensos e, por isso, a sua adesão às medidas preventivas pode ser menos atraente.

As medidas de prevenção constam em destaque na lei brasileira. Segundo a constituição de 1988, a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido por meio de políticas sociais e econômicas cujo fim é a redução do risco de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (artigo 196). No artigo 198, alínea II, diz que

essas ações e serviços públicos de saúde são organizados de acordo com algumas diretrizes, sendo uma delas o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas (BRASIL, 2011f). Pode-se dizer, contudo, que isto ainda não está incutido na mente de todos os brasileiros, como mostra o nosso estudo, em que somente 28% dos participantes referem aderir às atividades preventivas.

Estas atividades preventivas devem fazer parte em qualquer contexto em que o cuidado se processe. Mesmo o cuidador/familiar deve realizar, antes de prestar o cuidado ao outro, o cuidado de si, na sua totalidade, buscando a integração das dimensões física, mental e espiritual (BAGGIO; MONTICELLI; ERDMANN, 2009).

Novamente, para lembrar, é preciso que se considere que a prevenção de doença e a promoção da saúde têm por objetivo eliminar desequilíbrios na saúde e aumentar a qualidade dos anos de vida, por meio da adoção de comportamentos saudáveis e atividades preventivas (MARCON *et al.*, 2005).

TABELA 5 – AVALIAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS DE PERFIL E A MUDANÇA DE HÁBITO NO DIAGNÓSTICO (n=98), CURITIBA, 2011

VARIÁVEL DE PERFIL	MUDANÇA DE HÁBITO NO DIAGNÓSTICO		VALOR DE p
	Não	Sim	
Sexo			
Feminino	70%	30%	0,024
Masculino	91%	9%	
Escolaridade			
Até Ens. Fundamental	89%	11%	0,026
Ensino Médio	71%	29%	
Superior/pós-graduação	60%	40%	
Renda (em salários mínimos)			
Até 1	80%	20%	0,043
1 a 3	84%	16%	
3 ou mais	59%	41%	

FONTE: O autor (2011)

Na avaliação da relação entre mudança de hábitos quando do diagnóstico e as variáveis de perfil idade, religião e grau de parentesco, os resultados indicaram

não haver significância estatística nessa relação. Contudo, o sexo ($p= 0,024$), a escolaridade ($p= 0,026$) e a renda ($p= 0,043$) estão significativamente associados à mudança de hábito quando ocorre o diagnóstico de hipertensão no paciente. Maior chance de mudança de hábito por ocasião do diagnóstico de hipertensão do parente foi observada entre mulheres, indivíduos com maior escolaridade e indivíduos com maior nível de renda (Tabela 5).

A questão das diferenças de sexo corrobora com um estudo de Colares, Franca e Gonzalez (2009), 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. Por exemplo, as mulheres relataram maior preocupação em perder ou manter o peso, todavia a prática de atividade física foi significativamente maior entre os homens. Sugere-se a abordagem diferenciada e a elaboração de estratégias de promoção de saúde adequadas para cada gênero (FRANCA; GONZALEZ, 2009).

Quanto à 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 na investigação de Santos *et al.* (2008), 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).

Levando Santos *et al.* em consideração, isto explicaria também o fato da escolaridade 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

(NERI; SOARES, 2007). Pode-se inferir que um maior nível de renda também leva as pessoas em contato com doentes crônicos a procurar informações nos serviços de saúde sobre prevenção de doenças, e a mudarem seus hábitos.

Na avaliação da relação entre sentimentos e mudança de hábito quando do diagnóstico da doença, e na avaliação da relação entre conhecimento dos fatores de risco para HAS e mudança de hábito quando do diagnóstico da doença, os resultados obtidos no estudo não apresentaram significância estatística (APÊNDICE C).

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 (APÊNDICE C).

TABELA 6 – AVALIAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE SENTIMENTOS E MUDANÇA DE HÁBITO NO INTERNAMENTO (n=98), CURITIBA, 2011

SENTIMENTOS	MUDANÇA DE HÁBITO NO INTERNAMENTO		Valor de <i>p</i>
	Não	Sim	
Preocupação			
Não	100%	0%	
Sim	83%	17%	0,014
Medo			
Não	97%	3%	
Sim	74%	26%	0,001
Não aceitação			
Não	91%	9%	
Sim	57%	43%	0,029
Tristeza			
Não	93%	7%	
Sim	72%	28%	0,027

FONTE: O autor (2011)

Na avaliação da relação entre mudança de hábito quando do internamento e os sentimentos de culpa, revolta, raiva, insegurança, indiferença e a ação de

minimizar os seus efeitos, os resultados indicaram não haver significância estatística (APÊNDICE C).

Porém, conforme a tabela 6, os sentimentos de preocupação ($p=0,014$), medo ($p=0,001$), não aceitação ($p=0,029$) e tristeza ($p=0,027$) mostraram-se associados à mudança de hábito quando ocorre o internamento.

A preocupação é um estado de espírito ocupado por uma idéia fixa a ponto de não prestar atenção a nada mais, e sinônimo de inquietação e pressentimento triste (DICIONÁRIO PRIBERAM DA LÍNGUA PORTUGUESA (DPLP), 2011). Os familiares cuidadores dedicam-se a cuidar por sentirem amor, compaixão e preocupação para com o doente. Eles se esforçam para que estejam bem consigo mesmos para proporcionar ao membro doente uma minimização do seu sofrimento (VOLPATO; SANTOS, 2007).

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

Contudo, estudando uma população diferente, Avancine e Jorge (2000) pesquisaram algo similar e alcançaram resultados contrários ao da nossa pesquisa. Eles realizaram um estudo com acadêmicos de uma escola médica de São Paulo, avaliando suas atitudes diante das doenças, pois estes alunos são expostos a situações que podem desencadear vivências emocionais intensas, como o contato com vários doentes.

A preocupação do estudante com seu próprio adoecer apresentou-se durante todo o curso sem variações significativas entre as várias turmas (medo do câncer, de doença cardíaca ou de alguma outra doença grave). Porém o conhecimento científico e a aquisição de uma convicção da invulnerabilidade do médico a partir das equações doença = doente e saúde = médico, faz com que se verifique nos seus últimos anos do curso uma menor preocupação com os hábitos de saúde (AVANCINE; JORGE, 2000).

O medo é um estado emocional resultante da consciência de perigo ou de ameaça, reais, hipotéticos ou imaginários. Significa ausência de coragem, ou preocupação com determinado fato ou com determinada possibilidade (receio, apreensão) (DPLP, 2011). O medo em relação à própria saúde do familiar também é

encontrado no trabalho de Alshubaili *et al.* (2008), em que se verifica que os familiares sentiam medo em relação à esclerose múltipla pelo fato de poderem ser afetados pela mesma doença que seus entes estavam sofrendo.

Além desse estudo, o aspecto do medo que a família tem em relação a uma doença crônica também foi encontrado no trabalho da Mendes (2006), que assevera que “o medo face à doença modela a gestão quotidiana do risco genético e conduz, muitas vezes, esses indivíduos a modificações de seus comportamentos/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.

O medo não só existe em relação às doenças como Esclerose Múltipla ou Câncer, como visto até agora. Apesar da Hipertensão Arterial Sistêmica ser considerada inicialmente uma doença silenciosa, o medo também foi encontrado entre os hipertensos no estudo de Mantovani *et al.* (2008a), em que o conhecimento das complicações da Hipertensão Arterial Sistêmica gerou medo da morte.

A tabela 6 também aborda a atitude da não aceitação, ou negação, que quer dizer ato ou efeito de negar, recusa, e vem do verbo negar, que é afirmar que (uma coisa) não existe ou não é verdadeira, rejeitar, repudiar (não reconhecer), recusar-se (DPLP, 2011). 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 (FLEMMING; LOPES, 2000).

Nesta pesquisa, não tratamos somente do risco genético, e sim também do ambiental. E a doença abordada, a HAS, no seu estágio inicial, não é tão amedrontadora quanto outras doenças crônicas degenerativas. Porém, mesmo assim, a negação esteve presente e, apesar de não se encontrar na literatura uma explicação para tal resultado e parecer contraditório, levou familiares a mudarem seus hábitos após o internamento do seu membro doente. Esse fato pode significar que o familiar não aceite esta situação da doença crônica e por isso está fazendo todo o possível para evitá-lo.

Outro sentimento que apareceu na tabela 6 foi a tristeza, que quer dizer qualidade ou estado do que é triste, sinônimo de mágoa, aflição, pena, angústia, inquietação, melancolia (DPLP, 2011). A tristeza é, em geral, retratada em estudos como um sentimento que surge no familiar em decorrência da compaixão com o sofrimento do seu membro doente. Por exemplo, no estudo de Volpato e Santos (2007), pode-se observar que os familiares cuidadores apresentam algum tipo de sofrimento psíquico que expressam por meio de tristeza, depressão, insônia, estresse, desânimo e até doenças psicossomáticas. Contudo, não foi achado estudo que retratasse a tristeza que o familiar sente em relação à sua saúde ao conviver com um doente crônico e que isto o levasse a mudar seus hábitos.

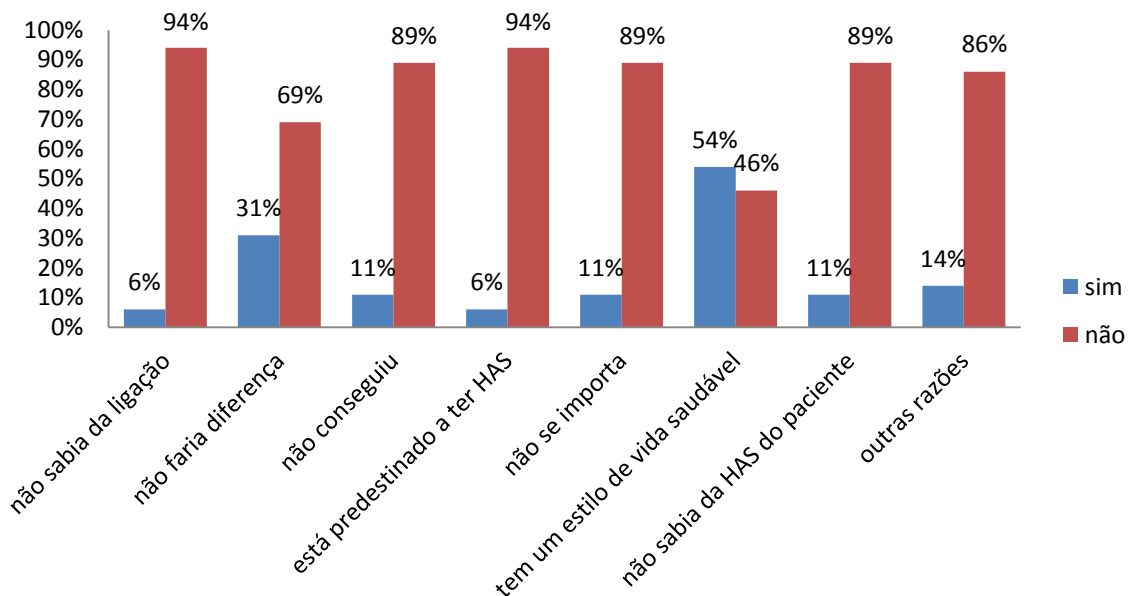


GRÁFICO 7 – MOTIVOS PELOS QUAIS OS PARTICIPANTES NÃO MUDARAM OS HÁBITOS (n=71), CURITIBA, 2011

FONTE: O autor (2011)

No gráfico 7 são mostrados os motivos pelos quais os 71 entrevistados não mudaram os seus hábitos, mesmo após o diagnóstico de HAS de um membro da família ou sua internação. Em ordem decrescente aparece: 53% disseram que já possuem um estilo de vida saudável, 31% afirmam 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 importam em ter a mesma doença, 6% dos participantes

afirmaram não saber da ligação dos hábitos com a HAS, e 6% disseram que irão ter a HAS de qualquer forma, por ela ser genética.

Entre as 10 outras razões, encontram-se que “ainda é jovem”, é impossível, não sabe da razão, mudou por outras razões, “só quando houver sintomas”, “vai postergando”, e “vai morrer do mesmo jeito, só prolonga a vida”.

Os indivíduos assintomáticos exigem preocupação especial em relação às ações terapêuticas preventivas, principalmente os que dizem não acreditar que faça diferença; que não se importam em ter a doença crônica; que acham que é seu destino tê-la por razão da hereditariedade; que desconhecem a ligação entre hábitos e doença crônica; que tentaram, mas não conseguiram mudar seus hábitos; ou que acreditam que ainda são jovens e por isso podem postergar a modificação dos hábitos.

Os hábitos e estilos de vida são responsáveis por grande parte da morbimortalidade em adultos. A modificação desses hábitos não é facilmente obtida, pois demanda abolição de algumas situações prazerosas, já incorporadas ao cotidiano e, certas vezes, apoiadas socialmente. Contudo, a alteração desses hábitos pode gerar significativa modificação na qualidade e expectativa de vida (STEIN; ZELMANOWICZ; LIMA, 2004).

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 (DUNCAN; SCHMIDT; FOPPA, 2004).

Já segundo Baggio e Formaggio (2007) e Brandão *et al.* (2009), esta negligência do cuidado parece decorrer da falta de tempo para alimentar-se adequadamente, cuidar-se física e esteticamente e abdicar do uso do tempo para si em prol do trabalho. Os compromissos com o trabalho estimados como prioritários, impedem a primazia do cuidado de si em alguns casos.

Considera-se imprescindível uma reflexão acerca dos pressupostos de cuidar, com o intuito de valorizar a mudança de hábitos de vida considerados fatores de risco à saúde, tanto pelas pessoas hipertensas, quanto sadias. É importante destacar que os profissionais da área da saúde vêm discutindo e investindo esforços na prevenção da doença e no controle de seus agravos (PIRES; MUSSI, 2009).

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%), a taxa

indica que a população se autoavalia positivamente. A taxa encontrada no estudo do IBGE também indica isto, sendo que 77% da população residente no Paraná autoavaliou seu estado de saúde como muito bom ou bom (BRASIL, 2011e).

Sobre o aspecto da jovialidade, muitas vezes os jovens acreditam ser pessoas saudáveis, o que pode ocasionar menor atenção à saúde. Esse fato pode ser observado também numa pesquisa sobre o autoexame das mamas (AEM), que deve ser realizado mensalmente, independentemente da idade. Contudo, notou-se que, quanto menor a faixa etária, menor a periodicidade e conseqüentemente, menos se realiza o AEM (FERNANDES *et al.*, 2007).

Em relação às quatro pessoas que afirmaram que irão desenvolver a HAS independentemente do seu estilo de vida, quando se estabelece um diagnóstico genético, aquilo que se transmite aos indivíduos é que a doença está em si próprio e, mesmo sem considerar a ação dos fatores ambientais, ela irá desenvolver-se. A doença perde seu caráter individual para se transformar em uma doença familiar, em uma doença transmitida de geração em geração (MENDES, 2006).

Contudo, quando se comunica a alguém que foi identificada 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 (MENDES, 2006).

Entre as outras razões pelas quais os entrevistados não mudaram seus hábitos encontra-se a questão de não desejar viver por muito mais tempo. O Brasil atravessa um processo de mudança na estrutura demográfica bastante intenso, devido à queda da fecundidade, a diminuição de óbitos devido a causas infecciosas, etc. Uma consequência deste processo é o prolongamento da vida, porém sua ocorrência exclusiva, sem resolução ou melhora da sobrecarga de doenças na população, significa que um número crescente de pessoas terá maior suscetibilidade a uma série de agravos, o que leva a uma piora da qualidade de vida (BARRETO, CARMO, 1998). Este panorama não é muito atraente para algumas pessoas realizarem o esforço de mudar os seus hábitos já enraizados.

Após discorrer sobre os resultados, em que se verificou que alguns familiares apresentaram ações de cuidado após o diagnóstico de HAS na família ou a internação do membro doente, enquanto outros não, de maneira geral, as pessoas apresentam opiniões diferentes, caracterizadas como preocupação ou indisfarçável indiferença em relação aos riscos. Alguns têm plena consciência da existência dos perigos presentes, em contrapartida outros não demonstram bom nível de informação sobre as possíveis consequências que um determinado evento pode trazer à sua saúde, não havendo preocupação com as possíveis adversidades e os efeitos a curto e longo prazo que um dado evento pode acarretar (CAVALCANTE; FRANCO, 2007).

5 CONCLUSÕES

Este estudo teve como objetivo principal identificar as ações de cuidado que os familiares de doentes crônicos executam para si e relacionar estas ações com seu perfil, conhecimento dos fatores de risco para HAS e sentimentos em relação a ela. Observou-se que 28% dos familiares mudaram seus hábitos, que foram considerados ações de cuidado, em função do diagnóstico de HAS do paciente ou sua posterior internação.

Dos 98 entrevistados, o percentual de indivíduos que realizaram ações de cuidado (mudaram de hábito) no momento do diagnóstico de HAS na família está estimado em 24%, e no momento da hospitalização do paciente está estimado em 11%.

Em relação às ações de cuidado pronunciadas, os entrevistados que fizeram mudanças drásticas (sempre ou muitas vezes) se referem principalmente a evitar o sal, cuidar do peso, evitar frituras e o álcool em grandes quantidades. Já em relação àqueles hábitos que não foram mudados ou não tiveram muita aderência (nunca ou poucas vezes), encontram-se a prática de exercícios físicos, o ato de fumar, o estresse e a consulta médica.

Na avaliação da relação entre mudança de hábito quando do diagnóstico e as variáveis de perfil gênero, escolaridade e renda, houve associação entre mudança de hábito por ocasião do diagnóstico de hipertensão do parente e mulheres, 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 relação entre mudança de hábito quando do internamento, os resultados indicaram não haver significância estatística quando associados ao perfil e conhecimento sobre os fatores de risco da HAS. Porém, os sentimentos de preocupação, medo, não aceitação e tristeza estiveram associados à mudança de hábito quando ocorre o internamento.

Entre os motivos pelos quais os 72% dos 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.

Quanto ao objetivo de verificar a noção de risco de adoecimento dos familiares de doentes crônicos, a percepção de risco de adquirir a HAS esteve presente em 51% dos casos, enquanto que 28% a negaram, mesmo apontando os fatores de risco, tanto ambientais quanto genéticos. Contudo, encontrou-se uma associação significativa entre o grau de parentesco e a noção de risco, levando indivíduos com relação de parentesco de primeiro grau a ter uma maior chance de saber que também podem desenvolver a mesma doença.

Em relação às dificuldades encontradas, para a consecução dos objetivos propostos, deparou-se com escassa produção envolvendo a interface entre ações de cuidado e promoção da saúde do familiar. A pesquisa visando à promoção da saúde individual ou familiar 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.

Como foi um estudo descritivo, a prioridade foi descrever e encontrar possíveis relações, porém mais estudos são recomendados para aprofundar a temática. Estudos qualitativos são necessários para melhor entender o significado das ações de cuidado para as pessoas sadias.

Além disto, um estudo qualitativo poderá levar a um melhor entendimento do processo de cuidar e outros aspectos subjetivos. A partir dos resultados apresentados, fica como sugestão, para pesquisas futuras, uma análise qualitativa sobre os motivos da não aderência às mudanças de hábitos dos familiares que convivem com doentes crônicos ou com quem possuem laços consanguíneos. Sugere-se que os participantes das próximas pesquisas, pertençam a pacientes com uma complicação da doença crônica de base, e que sejam parentes consanguíneos próximos (pais, filhos, avós, netos, irmãos), talvez essa característica traga resultados diferentes.

Uma das limitações deste estudo refere-se ao formulário de entrevista, o qual possuía perguntas redigidas de forma negativa (questões 12 ao 20), que dificultou o entendimento de alguns dos participantes. Outra limitação do formulário está atrelada à sua confiabilidade, pois as respostas dos indivíduos variam em diferentes

períodos de tempo. As atitudes e opiniões podem variar de acordo com a condição emocional de uma pessoa.

A utilização da escala de Likert foi adequada, pois quanto maior o número de itens, maior a confiabilidade do instrumento de coleta de dados. Porém houve uma certa dificuldade depois na apresentação dos resultados e sua posterior discussão.

A partir destes resultados, sugere-se aos enfermeiros a seguinte abordagem das famílias que convivem com alguma doença crônica: no âmbito do ensino, que a temática família seja cada vez mais incluída na sua formação; na pesquisa, que sejam valorizadas as experiências e vivências das famílias; e no âmbito da assistência, é importante que os enfermeiros orientem as famílias em relação aos riscos que estão expostos, estimulem a mudança de hábito e capacitem o indivíduo para melhorar e controlar sua saúde por meio da promoção da saúde, que leva a uma melhor qualidade de vida individual e coletiva, mesmo em meio à complexidade das desigualdades da população brasileira.

REFERÊNCIAS

ACHUTTI, A. C.; ROSITO, M. H. E.; ACHUTTI, V. A. R. Tabagismo. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. *et al.* **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 533-538.

ALSHUBAILI, A. F.; OHAERI, J. U.; AWADALLA, A. W.; MABROUK, A. A. Family caregiver quality of life in multiple sclerosis among Kuwaitis: a controlled study. **BMC health services research**, London, v. 8, 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2576463/?tool=pubmed>>. Acesso em: 20/04/2010.

ALTHOFF, C. R.; RENCK, L. I.; SAKAE, S. V. S. S. Famílias de crianças que necessitam de cuidados especiais: o impacto sobre a vida familiar. **Família, Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v. 7, n. 3, p. 221-229, set./dez. 2005.

ARAÚJO, Y. B. de; COLLET, N.; MOURA, F. M. de; NÓBREGA, R. D. da. Conhecimento da família acerca da condição crônica na infância. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 3, p. 498-505, jul./set. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000300013&lang=pt&lng=pt>. Acesso em: 25/03/2010.

AVANCINE, M. A. T. O.; JORGE, M. R. Medos, atitudes e convicções de estudantes de medicina perante as doenças. **Psiquiatria na Prática Médica**, São Paulo, v. 33, n. 1, jan./mar. 2000. Disponível em: <<http://www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/original01.htm>>. Acesso em: 22.10.2011.

BAGGIO, M. A.; MONTICELLI, M.; ERDMANN, A. L. Cuidando de si, do outro e “do nós” na perspectiva da complexidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 4, p. 627-31, jul./ago. 2009.

BAGGIO, M. A.; FORMAGGIO, F. M. Profissional de Enfermagem: compreendendo o autocuidado. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 28, n. 2, p. 233-241, 2007.

BARRETO, M. L.; CARMO, E. I. Tendências recentes das doenças crônicas no Brasil. In: LESSA, I. **O Adulto Brasileiro e as Doenças da Modernidade**: epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis. São Paulo - Rio de Janeiro: Editora Hucitec Abrasco, 1998.

BELLATO, R.; PEREIRA, W. R. Enfermagem: da cultura da subalternidade à cultura da solidariedade. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 1, p. 17-25, 2006.

BLOCH, K. V. Fatores de Risco Cardiovasculares e para o Diabetes Mellitus. In: LESSA, I. **O Adulto Brasileiro e as Doenças da Modernidade**: epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis. São Paulo - Rio de Janeiro: Editora Hucitec Abrasco, 1998.

BRANDÃO, E. da S.; SANTOS, I. dos; CAVALCANTI, A. C. D.; SANTANA, R. F.; QUELUCI, G. de C.; AZEVEDO, S. L. de. Uma sociopoética do autocuidado: comportamento de estudantes de enfermagem visando à promoção da saúde. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n. 2, p. 280-8, jun. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Doenças crônicas não transmissíveis**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=31877&janela=1>. Acesso em: 28/07/2010a.

_____. Ministério da Saúde. Inquérito Domiciliar. **Hipertensão Arterial**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/inquerito/docs/hipertensaoarterial.pdf>> Acesso em: 03/11/2010b.

_____. Ministério da Saúde. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Indicadores e Dados Básicos. **Indicadores de Morbidade e fatores de risco**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2008/matriz.htm>>. Acesso em: 16/08/2010c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus**: manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Disponível em: <<http://www.scribd.com/doc/2869658/Manual-de-Hipertensao-Arterial-e-Diabetes-Mellitus>> Acesso em: 08/11/2010d.

_____. Ministério da Saúde. IBGE, Censo Demográfico 2010. **Sinopse do Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/link.php?uf=pr>> Acesso em: 06/08/2011a.

_____. Ministério da Saúde. IBGE, Estatísticas do Registro Civil 1999/2008; IBGE, Pesquisa de Informações Básicas Municipais 2009; IBGE, Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009; IBGE, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2009; IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008/2009. **Síntese de Indicadores Sociais 2010 - Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira.** Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=pr&tema=sis_2010>. Acesso em: 06/08/2011b.

_____. Ministério da Saúde. IBGE. Censo Demográfico – 2000: características gerais da população: resultados da amostra. **População residente, por religião, segundo a situação do domicílio, o sexo e os grupos de idade – Brasil.** Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/populacao/religiao_Censo2000.pdf>. Acesso em: 17.10.2011c.

_____. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - Pesquisa Especial de Tabagismo 2008. **PNAD - Pesquisa Especial de Tabagismo 2008.** Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=pr&tema=pnad_tabag_2008>. Acesso em: 06/08/2011d.

_____. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - Acesso e Utilização dos Serviços, Condições de Saúde e Fatores de Risco e Proteção à Saúde 2008. **PNAD - Acesso e Utilização dos Serviços, Condições de Saúde e Fatores de Risco e Proteção à Saúde 2008.** Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=pr&tema=pnad_saude_2008>. Acesso em: 06/08/2011e.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm> Acesso em: 11/01/2011f.

CAVALCANTE, T. F.; ARAÚJO, T. L. de; MOREIRA, R. P.; SANTIAGO, J. M. V. de. Perfil socioeconômico de pacientes internados por acidente vascular encefálico. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 11, n. 4, p. 154-162, out./dez. 2010.

CAVALCANTE, S.; FRANCO, M. F. A. Profissão em perigo: percepção de risco à saúde entre os catadores do lixão do Jangurussu. **Revista Mal-estar e Subjetividade**, Fortaleza, v. 7, n. 1, p. 211-231, mar. 2007. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/271/27170112.pdf>>. Acesso em: 17.10.2011.

COLARES, V.; FRANCA, C. da; GONZALEZ, E. Condutas de Saúde entre Universitários: diferenças entre gêneros. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 521-528, mar. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v25n3/07.pdf>>. Acesso em: 21.10.2011.

COSTA, R. dos S.; NOGUEIRA, L. T. Contribuição familiar no controle da hipertensão arterial. **Rev. Latino-am Enfermagem**, São Paulo, v. 16, n. 5, p. 75-80, set./out. 2008.

CUNHA, W. T. **Acepção de Risco de Adoecimento em LER/DORT por charuteiras**. Salvador: UFBA, 2010. 67 p. Dissertação (Mestre), Curso de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010. Disponível em: <<http://www.sat.ufba.br/site/db/dissertacoes/962010144319.pdf>>. Acesso em 20/08/2011.

DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; FOPPA, M. Intervenções Preventivas no Adulto. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. *et al.* **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 495-497.

DUNCAN, M. S.; ROSSI, G.; KIELING C.; SCHMIDT, M. I. Diretrizes Alimentares e Nutricionais para a Prevenção de Doenças Crônicas no Adulto. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. *et al.* **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 498-507.

FERNANDES, A. F. C.; VIANA, C. D. M. R.; MELO, E. M.; SILVA, A. P. S. da. Ações para detecção precoce do câncer de mama: um estudo sobre o comportamento de acadêmicas de enfermagem. **Ciência e Cuidado à Saúde**, Maringá, v. 6, n. 2, p. 215-222, abr./jun. 2007.

FLEMMING, M.; LOPES, A. Saber ou não Saber: dinâmica e impasses psicológicos na doença genética. **Revista Portuguesa de Psicossomática**, Porto (Portugal), v. 2, n. 1, p. 33-40, jan./jun. 2000. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/287/28720104.pdf>>. Acesso em: 22.10.2011.

FUCHS, F. D. Hipertensão Arterial Sistêmica. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. *et al.* **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 641-656.

GIL, A. C. **Como elaborar Projetos de Pesquisa**. 4ª ed. São Paulo: Atlas S.A., 2002. p. 41-57.

KOTCHEN, T. A. Doença Vascular Hipertensiva. In: FAUCI, A. S.; BRAUNWALD, E.; KASPER, D. L. *et al.* **Harrison Medicina Interna**. 17 ed. Rio de Janeiro: Mc Graw-Hill Interamericana do Brasil, 2008. p. 1549-1562.

KUPER, H.; ADAMI, H. O.; THEORELL, T.; WEIDERPASS, E. The socioeconomic gradient in the incidence of stroke: a prospective study in middle-aged women in Sweden. **Stroke**, v. 38, n. 1, p. 27-33, jan. 2007.

LESSA, I. Doenças crônicas não-transmissíveis. In: LESSA, I. **O Adulto Brasileiro e as Doenças da Modernidade**: epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis. São Paulo - Rio de Janeiro: Editora Hucitec Abrasco, 1998.

LIMA, F. E. T.; LOPES, M. V. de O.; ARAÚJO, T. L. de. A família como suporte para o idoso no controle da pressão arterial. **Família, Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v. 3, n. 1, p. 63-69, jan./jun. 2001.

MACHADO, L. R. C.; CAR, M. R. Dialética do modo de vida de portadores de hipertensão arterial: o objetivo e subjetivo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 573-580, dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000400006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 28.10.11.

MANTOVANI, M. de F.; ULBRICH, E. M.; PINOTTI, S.; GIACOMOZZI, L. M.; LABRONICI, L. M.; SARQUIS, L. M. M. O Significado e a Representação da Doença Crônica: conhecimento do portador de hipertensão arterial acerca de sua enfermidade. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 13, n. 3, p. 336-342, jul./set. 2008a.

MANTOVANI, M. de F.; MOTTIN, J. V.; ULBRICH, E. M.; PINOTTI, S. Caracterização dos usuários e o conhecimento sobre a hipertensão arterial. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 7, n. 2, 2008b. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1467/348>>. Acesso em: 17.10.2011.

MARCON, S. S.; RADOVANOVIC, C. A. T.; WAIDMAN, M. A. P.; OLIVEIRA, M. L. F. de; SALES, C. A. Vivência e reflexões de um grupo de estudos junto às famílias que enfrentam a situação crônica de saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. spe, p. 116-124, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000500015&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 16/04/2010.

MEDO. In: DICIONÁRIO Priberam da Língua Portuguesa (DPLP). Disponível em: <<http://www.priberam.pt/dlpo/default.aspx?pal=medo>>. Acesso em: 22.10.2011.

MELO, E. M.; SILVA, R. M. da; FERNANDES, A. F. C. O relacionamento familiar após a mastectomia: um enfoque no modo de interdependência de Roy. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 51, n 3, p. 219-225, 2005.

MENDES, F. R. P. A gestão quotidiana da herança indesejada: um estudo sociológico sobre o risco genético de câncer hereditário. **Acta Scientiarum Health Science**, Maringá, v. 28, n. 1, p. 1-11, 2006.

MERCADO-MARTÍNEZ, F. J. HERNÁNDEZ-IBARRA, E. Las enfermedades crónicas desde la mirada de los enfermos y los profesionales de la salud: um estudio cualitativo en México. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2178-2186, set. 2007.

MOLINA, M. del C. B.; CUNHA, R. de S.; HERKENHOFF, L. F.; MILL, J. G. Hipertensão arterial e consumo de sal em população urbana. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 6, p. 743-750, 2003. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v37n6/18017.pdf>>. Acesso em 17.10.2011.

NAVARRO, M. B. M; CARDOSO, T. A. O. Percepção de risco e cognição: reflexões sobre a sociedade de risco. **Ciências & Cognição**, Rio de Janeiro, v. 6, p. 67-72, nov. 2005. Disponível em: <<http://www.cienciasecognicao.org/pdf/v06/m34558.pdf>>. Acesso em: 20/08/2011.

NEGAÇÃO. In: DICIONÁRIO Priberam da Língua Portuguesa (DPLP). Disponível em: <<http://www.priberam.pt/dlpo/default.aspx?pal=negação>>. Acesso em: 22.10.2011.

NERI, M. C.; SOARES, W. L. Estimando o Impacto da Renda na Saúde através de programas de transferência de renda aos idosos de baixa renda no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1845-1856, ago. 2007. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v23n8/11.pdf>>. Acesso em: 21.10.2011.

PAGANO, M.; GAUVREAU, K. **Princípios de Bioestatística**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.

PETERNELLA, F. M. N.; MARCON, S. S. Descobrimos a Doença de Parkinson: impacto para o parkinsoniano e seu familiar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 1, p. 25-34, jan./fev. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000100004&lang=pt&lng=pt>. Acesso em: 23/03/2010.

PETRONILHO, F. A. S. A transição dos membros da família para o exercício do papel de cuidadores quando incorporam um membro dependente no auto-cuidado: uma revisão da literatura. **Revista Investigação em Enfermagem**, Coimbra, n. 21, p. 43-58, fev. 2010.

PINOTTI, S.; MANTOVANI, M. de F.; GIACOMOZZI, L. M. Percepção sobre a Hipertensão Arterial e Qualidade de Vida: contribuição para o cuidado de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 13, n. 4, p. 526-534, out./dez. 2008. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/13112/8870>>. Acesso em: 17.10.2011.

PINTO, A. F. B.; CARRANCA, M. I. S.; BRITES, M. A. R. Acolher em casa o utente dependente com afecção neurocirúrgica: vivências da família/pessoa significativa. **Revista Investigação em Enfermagem**, Coimbra, n. 21, p. 69-81, fev. 2010.

PIRES, C. G. da S.; MUSSI, F. C. Refletindo sobre pressupostos para o cuidar/cuidado na educação em saúde da pessoa hipertensa. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 229-236, 2009.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e atualização**. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

PONTE, K. M. de A.; ARAGÃO, A. E. de A.; MARQUES, M. B.; FERREIRA, A. G. N.; VASCONCELOS, M. A.; SILVA, M. A. M. Controle pressórico de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 11, n. 4, p. 118-126, out./dez. 2010.

PREOCUPAÇÃO. In: DICIONÁRIO Priberam da Língua Portuguesa (DPLP). Disponível em: <<http://www.priberam.pt/dlpo/default.aspx?pal=preocupação>>. Acesso em: 22.10.2011.

PRIMO, N. L. N. P.; STEIN, A. T. Prevalência do abuso e da dependência de álcool em Rio Grande (RS): um estudo transversal de base populacional. **Revista de Psiquiatria**, Rio Grande do Sul, v. 26, n. 3, p. 280-286, set./dez. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v26n3/v26n3a05.pdf>>. Acesso em: 17.10.2011.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. 3ª ed. São Paulo: Editora Atlas S.A., 1999.

ROSSI, V. E. C.; PACE, A. E.; HAYASHIDA, M. Apoio familiar no cuidado de pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2. **Ciência et Praxis**, Passos, v. 2, n. 3, p. 41-46, 2009.

SANTOS, S. R.; GONÇALVES, M. S.; LEITÃO FILHO, F. S. S.; JARDIM, J. R. Perfil dos Fumantes que procuram um Centro de Cessação de Tabagismo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 34, n. 9, set. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-37132008000900010&script=sci_arttext&tlng=es>. Acesso em: 21.10.2011.

SARTURI, J. B.; NEVES, J. das; PERES, K. G. Obesidade em adultos: estudo de base populacional num município de pequeno porte no sul do Brasil em 2005. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 105-113, jan. 2010. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v15n1/a16v15n1.pdf>>. Acesso em: 17.10.2011.

SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B.; HOFFMANN, J. F.; MOURA, L. de; MALTA, D. C.; CARVALHO, R. M. S. V. de. Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquerito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 2, nov. 2009. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v43s2/ao801.pdf>>. Acesso em: 08.12.2011.

SEM, A. **Health: perception versus observation**. British Medical Journal, BMJ Publishing Group Ltd, 2002. Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/324/7342/860.full>>. Acesso em: 24.10.2011.

SILVA, L. de F. da; GUEDES, M. V. C.; MOREIRA, R. P.; SOUZA, A. C. C. de. Doença Crônica: o enfrentamento pela família. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 40-47, jan./mar. 2002.

SIMONETTI, J. P.; FERREIRA, J. C. Estratégias de coping desenvolvidas por cuidadores de idosos portadores de doença crônica. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 19-25, mar. 2008.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner & Suddarth**: tratado de enfermagem médico-cirúrgico. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 682-700.

SOIBELMAN, M.; LUZ JUNIOR, E.; DIEMEN, L. von. Problemas Relacionados ao Consumo de Álcool. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. *et al.* **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 539-550.

STEIN, A.; ZELMANOWICZ, A. de M.; LIMA, A. K. de. Promoção da Saúde e Detecção Precoce de Doenças no Adulto. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. *et al.* **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 567-575.

STEIN, R.; RIBEIRO, J. P. Atividade Física e Saúde. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. *et al.* **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 508-515.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO (SBH). Departamento de Ligas. **Hipertensão ou Pressão Alta**. HC – FMUSP, 2011. 1 fôlder.

TEIXEIRA, R. de C.; MANTOVANI, M. de F. Enfermeiros com doença crônica: as relações com o adoecimento, a prevenção e o processo de trabalho. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 415-21, jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000200022&tlng=pt>. Acesso em: 12/04/2010.

TRISTEZA. In: DICIONÁRIO Priberam da Língua Portuguesa (DPLP). Disponível em: <<http://www.priberam.pt/dlpo/default.aspx?pal=tristeza>>. Acesso em: 22.10.2011.

World Health Organization. Global Health. Observatory Data Repository. Mortality and burden of disease. Mortality and morbidity, 2004. WHO regions. **Summary: Deaths (000s) by cause, in WHO Regions (a), estimates for 2004**. Disponível em: <<http://apps.who.int/ghodata/?vid=10012>>. Acesso em: 28.08.2011.

VOLPATO, F. S.; SANTOS, G. R. S. dos. Pacientes oncológicos: um olhar sobre as dificuldades vivenciadas pelos familiares cuidadores. **Revista Imaginário**, São Paulo, v. 13, n. 14, p. 511-544, 2007. Disponível em: <<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/ima/v13n14/v13n14a24.pdf>>. Acesso em: 22.10.2011.

APÊNDICE A

Formulário de entrevista

Iniciais do participante:

Iniciais do paciente:

Diagnóstico médico:

Perfil do Entrevistado:

A) Idade

1() 18-29 anos

2() 30-44 anos

3() 45-59 anos

B) Sexo

1() F

2() M

C) Estado conjugal

1() casado

2() solteiro

3() viúvo

4() divorciado

5() união estável

D) Ocupação

() _____

E) Nível de escolaridade

1() não possui ensino formal

2() Ensino Fundamental incompleto

3() Ensino Fundamental completo

4() Ensino Médio incompleto

5() Ensino Médio completo

6() Superior incompleto

7() Superior completo

8() Pós-graduação

F) Qual a sua renda?

1() até 1 salário mínimo

2() de 1 a 3 salários mínimos

3() acima de 3 a 5 salários mínimos

4() acima de 5 salários mínimos

G) Qual a sua religião?

H) Você sabe qual é a doença do seu familiar?

I) Qual o tempo de diagnóstico do paciente?

J) Qual o seu estilo de vida?

1() é etilista – Quanto? _____

2() é tabagista – Quanto? _____

3() hábitos alimentares adequados – Como? _____

4() realiza atividade física – O que? _____

5() realiza check-up regularmente

6() realiza atividades de lazer

7() apresenta obesidade

8() apresenta colesterol alto

K) Qual o seu relacionamento com o familiar doente?

1() filho/a

2() sobrinho/a

3() irmão/ã

4() neto/a

5() cuidador(a)

6() mãe/pai

7() tio/a

8() esposa/o

9() outro: _____

L) Você tem alguma doença ou toma algum medicamento de uso regular?

1() hipertensão

2() diabetes

3() doença cardiovascular

4() outros _____

Sobre a doença crônica:

M) Quais os fatores de risco para esta doença do seu familiar?

1() descuido na comida (excesso de sal)

2() dislipidemias (colesterol alto)

3() descuido na comida (excesso de doce)

4() obesidade

5() sedentarismo

6() etilismo

7() tabagismo

8() estresse

9() genético/hereditário

10() outro _____

N) Na sua opinião, quais destes fatores de risco levaram à doença do seu familiar?

O) Conhece as complicações da hipertensão? Se sim, quais?

P) Você acha que pode desenvolver a mesma doença?

1() sim

2() não

3() já tenho

Q) O que você sabe sobre a doença do seu familiar?

1() tratamento

2() prevenção

3() sinais e sintomas

R) Com o conhecimento que você possui sobre a doença do seu parente, como você se sente em relação a você e sua saúde?

- 1() culpa 2() preocupação 3() medo 4() revolta
 5() não aceitação 6() tristeza 7() raiva 8() indiferença
 9() insegurança 10() tendência a minimizar seus efeitos 11() outro _____

Sobre os seus hábitos:

1. Eu alterei os meus hábitos no momento do diagnóstico de HAS do meu familiar.

- 1() sim 2() não

2. Eu alterei os meus hábitos no momento da hospitalização (ou internação) do meu familiar.

- 1() sim 2() não

2.1 Já estive internado antes?

- 1() sim 2() não

2.2 Em qual das internações ocorreu a mudança de hábito?

- 1() anterior 2() desta vez

Se sim, prosseguir com estas perguntas.	1	2	3	4	5
3. Após o diagnóstico de HAS ou internação do meu familiar eu evito sal na minha comida.					
4. Após o diagnóstico de HAS ou internação do meu familiar, eu faço exercícios.					
5. Após o diagnóstico de HAS ou internação do meu familiar, eu deixei de fumar.					
6. Após o diagnóstico de HAS ou internação do meu familiar, eu evito frituras na minha comida.					
7. Após o diagnóstico de HAS ou internação do meu familiar, eu cuido do meu peso.					
8. Após o diagnóstico de HAS ou internação do meu familiar, eu evito bebida alcoólica em grande quantidade.					
9. Após o diagnóstico de HAS ou internação do meu familiar, eu evito ficar estressado/a (ou nervoso/a).					
10. Após o diagnóstico de HAS ou internação do meu familiar, eu realizo consulta médica regularmente (check-up).					
11. Após o diagnóstico de HAS ou internação do meu familiar, eu realizo o exame da pressão arterial regularmente.					

Legenda: 1 = nunca; 2 = poucas vezes; 3 = às vezes; 4 = muitas vezes; 5 = sempre

Se não, prosseguir com estas perguntas.	SIM	NÃO
12. Após o diagnóstico de HAS ou internação do meu familiar, eu não alterei os meus hábitos, pois não sabia da ligação dos meus hábitos com a HAS.		
13. Após o diagnóstico de HAS ou internação do meu familiar, eu não alterei os meus hábitos, pois não acredito que isto faça diferença.		
14. Após o diagnóstico de HAS ou internação do meu familiar, eu não alterei os meus hábitos, pois tentei mas não consegui, foi muito difícil.		
15. Após o diagnóstico de HAS ou internação do meu familiar, eu não alterei os meus hábitos, pois sabia que seria impossível.		
16. Após o diagnóstico de HAS ou internação do meu familiar, eu não alterei os meus hábitos, pois vou tê-la do mesmo jeito, pois é genético.		
17. Após o diagnóstico de HAS ou internação do meu familiar, eu não alterei os meus hábitos, pois não me importo de ter a mesma doença.		
18. Após o diagnóstico de HAS ou internação do meu familiar, eu não alterei os meus hábitos, pois já tenho um estilo de vida saudável.		
19. Após o diagnóstico de HAS ou internação do meu familiar, eu não alterei os meus hábitos, pois não sabia da doença do meu familiar.		
20. Após o diagnóstico de HAS ou internação do meu familiar, eu não alterei os meus hábitos, pois _____		

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

- a) Você está sendo convidado a participar de um estudo intitulado “Doença crônica e ações de cuidado do familiar: subsídios para a enfermagem”.
- b) Os objetivos desta pesquisa são identificar os cuidados que familiares fazem para si mesmos após o diagnóstico de doença crônica de um membro da família ou após sua internação, e verificar como percebem a possibilidade de desenvolver o mesmo problema de saúde.
- c) Caso você participe da pesquisa, será necessário responder entre 29 a 38 perguntas do formulário de entrevista com duração de no máximo meia hora.
- d) Como em qualquer estudo, você poderá experimentar algum constrangimento relacionado às perguntas do formulário de entrevista.
- e) Contudo os benefícios esperados são decorrentes do resultado da pesquisa e sua divulgação para familiares de doentes crônicos na prevenção do adoecimento.
- f) A pesquisadora Carolina K. K. Siemens, enfermeira, mestranda, telefone para contato: 33601885, poderá ser contatada neste hospital no setor da Neurocirurgia nas sextas-feiras das 14h às 18h e poderá esclarecer eventuais dúvidas a respeito desta pesquisa.
- g) Estão garantidas todas as informações que você queira, antes durante e depois do estudo.
- h) A sua participação neste estudo é voluntária. Contudo, se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá solicitar de volta o termo de consentimento livre esclarecido assinado.
- i) As informações relacionadas ao estudo poderão ser inspecionadas pelos pesquisadores que executam a pesquisa e pelas autoridades legais. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que **a confidencialidade** seja mantida e o anonimato de sua identidade preservada.
- j) Todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não são da sua responsabilidade.

- k) Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro.
- l) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, _____ li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual fui convidado a participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

(Assinatura do participante de pesquisa ou responsável legal)

Curitiba, ____ de _____ de 2011