

Crise hipertensiva: estudo de caso com utilização da classificação das intervenções de enfermagem para alcançar respostas adaptativas baseadas no Modelo Teórico de Roy

Hypertensive crisis: case study with use of the nursing interventions classification in order to reach adaptive responses based in the Roy's Theoretic Model

Crisis hipertensiva: estudio de caso con utilización de la clasificación de las intervenciones de enfermería para alcanzar respuestas adaptativas basadas en el Modelo Teórico de Roy

Maria Vilani Cavalcante Guedes¹, Thelma Leite de Araújo²

RESUMO

Introdução: Por acreditarmos que as complicações da hipertensão arterial surgem em decorrência da falta de adaptação do cliente à doença e ao tratamento, neste estudo trabalharemos com o modelo conceitual de enfermagem proposto por Roy e Andrews, conhecido como Modelo de Adaptação, na tentativa de descobrir meios de cuidar destas pessoas, ajudando-as a se manterem adaptadas e integradas. **Objetivo:** Este trabalho objetivou descrever as intervenções de enfermagem coerentes com a situação de crise hipertensiva, com apoio na Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC), buscando a interface com o Modelo de Adaptação de Roy. **Método:** Trata-se de pesquisa tipo estudo de caso realizada com cliente em crise hipertensiva atendida em um serviço especializado em hipertensão e diabetes em Fortaleza, no período de setembro a novembro de 2003, com dados coletados no serviço e no domicílio da cliente. **Resultados:** Como apontam os resultados, existem dificuldades adaptativas em todos os modos. Por isto, as intervenções de enfermagem selecionadas da NIC foram implementadas com o apoio da família. **Conclusão:** Conclui-se ser viável a abordagem de cliente tendo por base os conceitos do Modelo Adaptativo de Roy e as intervenções de enfermagem da referida classificação.

Descritores: Hipertensão; Teoria de enfermagem; Modelos de enfermagem; Estresse

ABSTRACT

Background: In this study the conceptual model of nursing proposed by Roy and Andrews will be approached, known as Adaptation Model, in the attempt to discover new ways to treat these people, and helping them to be adapted and integrated, since arterial hypertension disorders occur in consequence of lack of the patient's adaptation to the disease and treatment. **Aim:** This paper aimed at describing coherent nursing interventions about hypertensive crisis situation, with the Nursing Interventions Classification (NIC), searching for an interface with Roy Adaptation Model. **Method:** It is a case study research carried through client on hypertension crisis which have been taken care of in a hypertension and diabetes specialized service in Fortaleza, in the period of September to October of 2003, with data collected at the work and home of the client. **Results:** As the results indicate, there are adaptive difficulties in all means. Because of this, nursing interventions selected from NIC were implemented with the support of family. **Conclusion:** It is concluded to be viable to approach the client having as base the concepts of Roy Adaptation Model and the nursing interventions of the concerned classification.

Keywords: Hypertension; Nursing theory; Models, nursing; Stress

RESUMEN

Introducción: Por creermos que las complicaciones de la hipertensión arterial en decurrencia de la falta de adaptación del cliente a la enfermedad y al tratamiento, trabajaremos en este trabajo con el modelo conceptual de enfermería propuesto por Roy y Andrews, conocido como Modelo de Adaptación, intentando descubrir medios de cuidar de estas personas, ayudándolas a se manteneren adaptadas e integradas. **Objetivo:** Este trabajo ha objetivado describir las intervenciones de enfermería coherentes con la situación de crisis de hipertensión, con apoyo en la Clasificación de las Intervenciones de Enfermería (NIC), buscando la interfaz con el Modelo de Adaptación de Roy. **Método:** Se trata de investigación tipo estudio de caso realizada con cliente en crisis hipertensiva atendida en servicio especializado en hipertensión y diabetes en Fortaleza, en el periodo entre septiembre a noviembre de 2003, con datos cogidos en el servicio y en el domicilio de la cliente. **Resultados:** Como apuntan los resultados, existen dificultades de adaptación en todos los modos. De ahí, las intervenciones de enfermería seleccionadas de la NIC fueron implementadas con apoyo de la familia. **Conclusión:** Se concluye ser viable el abordaje de cliente teniendo por base los conceptos del modelo de adaptación de Roy y las intervenciones de enfermería de la referida clasificación.

Descriptores: Hipertensión; Teoría de enfermería; Modelos de enfermería; Estrés

¹ Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará - UFC - Fortaleza (CE), Brasil e Docente da Universidade Estadual do Ceará - UECE - Fortaleza (CE), Brasil.

² Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará - UECE - Fortaleza (CE), Brasil. Pesquisadora do CNPq.

Artigo recebido em 10/09/04 e aprovado em 26/04/05

INTRODUÇÃO

Os enfermeiros na sua prática profissional devem fundamentar-se em princípios científicos fazendo uso das teorias de enfermagem e do respectivo método que permite nas suas fases a operacionalização destas teorias. Entretanto, no discurso desses profissionais, cuidar tendo por base um constructo teórico explicitado, seguindo etapas definidas, é inviável ou pelo menos pouco frequente. Por conta disso não exercitam aplicar o cuidado de modo mais sistematizado, e preferem o trabalho pautado no “senso comum”. Ademais, entre os enfermeiros são rotineiras as queixas referentes tanto à falta de tempo para melhor organizar seu trabalho como à não valorização deste trabalho por parte de outros colegas de equipe, tornando estes muitas vezes fatores desmotivadores para a prática profissional. Assim, cria-se um hiato entre o sistema formador que insiste em ensinar o processo de cuidar de modo sistematizado, fundamentado e o mercado profissional assistencial, quase sempre resistente em desenvolver condições para o enfermeiro utilizá-lo.

Entre as diversas situações de saúde-doença exigentes de cuidado encontramos as doenças crônicas não transmissíveis, como a hipertensão arterial, cuja cliente requer do enfermeiro cuidados clínicos e educativos, para poder aprender a viver saudável, mesmo como portadora de uma doença crônica que acarreta para a pessoa adoecida alterações no estilo de vida e uso contínuo de medicamentos⁽¹⁾. Quando o cliente não aprende a viver com as limitações impostas pelas doenças crônicas, ele tem dificuldades de adesão ao tratamento, o que pode levá-lo à descompensação do quadro clínico e a criar condições para a instalação de complicações, entre as quais se incluem as denominadas crises hipertensivas caracterizadas pela manutenção da pressão arterial em níveis elevados.

As crises hipertensivas podem ter origem na hipertensão arterial se esta não for devidamente controlada, e podem desencadear uma situação de urgência ou de emergência clínica. Na urgência hipertensiva, esta elevação não está associada a sintomas como obnubilação, vômitos, dispnéia, entre outros. Desse modo, não apresenta riscos imediatos à vida ou órgão-alvo. Por seu turno, a emergência hipertensiva requer intervenção imediata para a redução dos níveis pressóricos em um tempo inferior a uma hora⁽²⁾.

O objetivo do tratamento inicial da crise hipertensiva é alcançar redução segura e controlada da pressão arterial até um nível fisiológico, não crítico, no qual existe menor risco cardiovascular⁽³⁾. Por acreditarmos que as complicações da hipertensão arterial surgem em decorrência da falta de adaptação do cliente à doença e ao tratamento, neste estudo trabalharemos com o modelo

conceitual de enfermagem⁽⁴⁾ proposto por Roy e Andrews, conhecido como Modelo de Adaptação, na tentativa de descobrir meios de cuidar destas pessoas, ajudando-as a se manterem adaptadas e integradas. Nosso interesse direciona-se especificamente à situação de crise hipertensiva, com a finalidade de levantar as necessidades de intervenções de enfermagem pertinentes. Tomamos como suporte teórico o Modelo de Adaptação de Roy em seus modos fisiológico, autoconceito, função de papéis e interdependência⁽⁴⁾.

A utilização de teorias de enfermagem como a escolhida para o estudo significa, também, um esforço de validação de teorias de enfermagem constituídas pela união de princípios inter-relacionados que descrevem ou explicam o fenômeno da enfermagem, evidenciando as características que lhe dão identidade⁽⁵⁾.

Diante destas considerações, estabelecemos como objetivo do estudo descrever as intervenções de enfermagem coerentes com a situação de crise hipertensiva com base na Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC), buscando a interface com o Modelo de Adaptação de Roy.

REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

Considerações gerais sobre o Modelo de Adaptação de Roy

De forma geral, as teorias de enfermagem incluem quatro elementos estruturantes: a pessoa, o ambiente, a saúde e as metas da enfermagem. No Modelo Adaptativo de Roy, a pessoa é a receptora do cuidado de enfermagem, mas esta pessoa pode também ser um grupo, comunidade ou sociedade. O ambiente é entendido como todas as condições, circunstâncias e influências que circundam e afetam o desenvolvimento e comportamento de pessoas e grupos. Saúde é compreendida como um estado e um processo de ser e tornar-se uma pessoa total e integrada, enquanto as metas de enfermagem são vistas como a promoção de respostas adaptativas de pessoas nos quatro modos adaptativos⁽⁴⁾.

Assim, a pessoa é considerada um sistema adaptativo formado pelos seguintes elementos: *input*, representado pelos estímulos internos e externos; *output*, constituído pelas respostas, controles e mecanismos de enfrentamento; e *feedback*, expresso pela retroalimentação. O modelo adaptativo descreve três tipos de estímulos internos e externos, isto é: focais, contextuais e residuais. Os estímulos focais são aqueles com os quais a pessoa se confronta, ou seja, está frente a frente; os contextuais são outros estímulos que de algum modo influenciam positiva ou negativamente a situação; e, finalmente, os residuais são estímulos internos ou externos presentes ou não na pessoa, cujos efeitos nas respostas não estão claramente definidos.

Os estímulos focais, contextuais e residuais são responsáveis pelo estabelecimento dos níveis de adaptação do indivíduo em determinado momento. Estes estímulos possuem mecanismos inatos e adquiridos que respondem às mudanças ambientais. Os mecanismos inatos produzem respostas automáticas e inconscientes e os adquiridos, respostas conscientes e deliberadas⁽⁴⁾.

As respostas ou *output* da pessoa são comportamentos que podem ser observados, percebidos de modo objetivo ou intuitivo pelo enfermeiro, ou comunicados subjetivamente pelo indivíduo. Na situação de uma crise hipertensiva, o comportamento observado do cliente traduz falta de adaptação ao adoecimento e ao tratamento da hipertensão arterial, ou seja, ele apresenta respostas inefetivas de adaptação. Mas o esperado é um comportamento capaz de produzir respostas adaptativas compreendidas como aquelas que promovem a integridade da pessoa, isto é, a pessoa adaptada demonstra comportamento e condições de domínio da situação para o alcance das metas de sobrevivência, crescimento, reprodução e controle.

As autoras do modelo teórico⁽⁴⁾ consideram o homem como um sistema adaptativo com seus mecanismos de enfrentamento inato e adquirido, em estreita relação com os subsistemas regulador e cognoscente. O subsistema regulador recebe estímulos originados no meio interno do indivíduo e processa respostas de modo automático por meio dos sistemas químico, neuronal e endócrino. Por outro lado, o subsistema cognoscente é estimulado pelo ambiente interno e externo e suas respostas estão relacionadas com as funções cerebrais de processamento de informações, aprendizado, solução de problemas e tomada de decisão. O processo adaptativo é influenciado pelo desenvolvimento de mecanismos de enfrentamento.

A maneira como o indivíduo responde aos estímulos caracteriza seu comportamento. No presente estudo, diz respeito ao observado nos quatro modos adaptativos: fisiológico, autoconceito, função do papel e interdependência, de uma pessoa portadora de hipertensão arterial. O aspecto-chave da pessoa adaptada é o nível adaptação, descrito como processo integrador, compensatório e compromissado.

MÉTODO

O trabalho foi desenvolvido conforme o modelo estudo de caso, descrito por Yin⁽⁶⁾ como sendo a pesquisa que proporciona uma visão geral sobre determinado fato. Foi realizado nos meses de outubro e novembro de 2003, em dois locais, onde mantivemos contato com a cliente. Inicialmente uma instituição pública de saúde da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, situada em Fortaleza, especializada em atendimento ambulatorial, de 2^a a 6^a

feira, com consultas agendadas, de portadores de hipertensão arterial e diabetes *mellitus* e, nos momentos subsequentes, a residência da cliente.

Para o atendimento de clientes que apresentem quadros clínicos de crise hipertensiva ou de hiper ou hipoglicemia, existe na mencionada instituição um setor denominado leito-dia, com sete cadeiras-leito, onde os clientes são medicados e permanecem com monitorização da pressão arterial ou de glicemia, acompanhados por médicos e enfermeiras, cujo atendimento ocorre entre as 7 e 17 horas e 30 minutos de 2^a a 6^a feira. Entretanto, quando a pressão arterial ou nível glicêmico do paciente em observação se mantém em níveis que ponham em risco a integridade, ele é encaminhado para um hospital geral da rede pública.

Neste local, atendemos uma senhora em crise hipertensiva, a qual, a princípio, se mostrava muito aflita. Após sentir-se mais tranqüila, foi abordada por nós e convidada a participar de um estudo de acompanhamento, constante de entrevistas, orientações e encontros em sua residência. Ao concordar, iniciamos o contato com vistas a identificar as condições em que a cliente seguia o tratamento, fatores desencadeantes da crise hipertensiva e as repercussões da doença na sua vida, incluindo suas condições na família e no grupo social. Neste primeiro contato, conversamos demoradamente com a cliente e explicamos que sua permanência no serviço demoraria apenas o tempo suficiente para a redução dos níveis pressóricos. Explicamos, também, os objetivos do estudo, e informamos sobre a preservação de sua identidade e sobre a inexistência de risco ou perda em virtude de sua participação. Ela aceitou e na ocasião assinou o Termo de Consentimento Pós-Esclarecido, possibilitando sua inclusão no estudo.

Além do contato na instituição, fizemos três visitas domiciliárias, durante as quais não apenas reforçamos a importância do tratamento, como enfatizamos outras orientações. A primeira visita realizada ocorreu quatro dias após o atendimento no serviço de saúde e as demais em intervalos de sete dias. Os cuidados de enfermagem foram implementados em todas as visitas, com reavaliação dos comportamentos e reforço das intervenções necessárias, incluindo diálogos sobre o tratamento, a vida, o medo e a raiva, situações que, segundo ela, eram os principais estímulos desencadeadores de elevação de sua pressão arterial.

Em atenção aos preceitos relacionados às pesquisas com seres humanos⁽⁷⁾, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Complexo Hospitalar Universitário da Universidade Federal do Ceará e foram respeitados todos direitos da cliente.

A análise dos resultados, incluída a etapa de avaliação, está ancorada tanto no Modelo Adaptativo de Roy relativamente aos modos adaptativos e estímulos focais,

contextuais e residuais, a fim de avaliar comportamentos, como nos autores que abordam a questão do estresse na hipertensão arterial, pois esse estímulo foi bastante evidenciado na situação.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Pelos dados obtidos na entrevista inicial e nas visitas subseqüentes no respeitante ao *modo adaptativo fisiológico*, a cliente em estudo apresentou comportamentos de *ansiedade, raiva e distúrbios do sono*, que representavam respostas físicas aos estímulos ambientais e envolvem o seu subsistema regulador.

Os estímulos a que a cliente estava exposta eram focais, contextuais e ambientais, relacionados às condições de doente crônica com prescrição medicamentosa extensa e necessária, até mesmo para minimizar as seqüelas de um acidente vascular cerebral (AVC) ocorrido há dois anos e pela necessidade de constante apoio de familiares, vizinhos e amigos. Além do tratamento para seu quadro cardiovascular, faz uso de carbamazepina, um comprimido pela manhã e meio comprimido à noite. Na ocasião do primeiro encontro, a cliente estava sem tomar o antidepressivo, e talvez por isso demonstrasse tanta ansiedade e medo.

A carbamazepina é um fármaco antiepiléptico, considerada atualmente droga primária para o tratamento de todos os tipos de epilepsia, exceto crises de ausência. Ademais, é utilizada no tratamento de psicose afetiva⁽⁸⁾. Segundo afirmam, promove retenção hídrica, principalmente nos idosos com doença cardíaca, contribuindo, de certo modo, para o aumento da pressão arterial⁽⁸⁾.

O *autoconceito* é o modo adaptativo relacionado com a necessidade básica de integridade física nos aspectos psicológico e espiritual da pessoa e envolve o ser físico e o ser pessoal. Neste modo identificamos os comportamentos de *incapacidade de pedir ajuda e abuso de agentes químicos*.

Como estímulos presentes, foram observadas seqüelas do AVC e falta de diálogo com o marido, pois embora se referisse a ele como um bom marido, reclamava de falta de recursos, o que a deixava dependente de uma irmã para a aquisição de vestuário e produtos de higiene pessoal. As seqüelas do AVC foram consideradas estímulos porque requerem uso constante de medicamentos controlados.

No *modo adaptativo de função do papel*, onde são discriminados os padrões de interação social da pessoa em razão dos papéis que desempenha, identificamos comportamentos de *insatisfação com o papel de esposa dependente financeiramente do marido, pobreza e baixa auto-estima*. Os estímulos focais foram: não trabalhar, pois antes ela ganhava dinheiro lavando e passando roupas, o que lhe dava sensação de independência e utilida-

de, enquanto a falta de trabalho causava-lhe sensação de inutilidade.

No *modo de interdependência*, definido como aquele onde as necessidades afetivas são preenchidas⁽⁴⁾, verificamos os comportamentos de *incapacidade de perdoar e de demonstrar afeição, de relacionamentos pobres*.

Definição das intervenções de enfermagem

Diante do objetivo de atuar nos comportamentos ineficazes identificados, as intervenções de enfermagem foram definidas com base na Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)⁽⁹⁾. Nesta as intervenções de enfermagem podem ser vistas como

qualquer tratamento, baseado no julgamento e conhecimento clínicos, realizado por um enfermeiro para aumentar os resultados do paciente/cliente⁽⁹⁾.

Descreveremos, a seguir, as principais intervenções realizadas para aumentar os resultados do nosso cliente conforme a classificação escolhida.

Redução da ansiedade - Minimização da apreensão, receio, pressentimento ou desconfortos relacionados a uma fonte não-identificada de perigo antecipado⁽⁹⁾.

Atividades implementadas: abordagem calma e segura na tentativa de compreender a perspectiva da cliente sobre uma situação temida; permanecer com a cliente para promover a segurança e reduzir o medo; identificar quando o nível de ansiedade se modifica.

Arte-terapia - Facilitação da comunicação por meio de trabalhos manuais⁽⁹⁾.

Atividades implementadas: discutir a criação artística com a cliente, encorajando-a a descrever esta criação.

Suporte emocional- Provisão de segurança, aceitação e encorajamento durante o período de estresse⁽⁹⁾.

Atividades implementadas: auxiliar a cliente no reconhecimento de sentimentos como ansiedade e raiva; identificar para a cliente a função da raiva; oferecer apoio durante as fases de sofrimento de raiva.

Musicoterapia- Uso da música para ajudar a alcançar uma mudança específica de comportamento, sentimento ou fisiológica⁽⁹⁾.

Atividades implementadas: definir a mudança específica de comportamento e/ou fisiologia desejada-relaxamento; identificar as preferências musicais da cliente; evitar música estimulante em razão das seqüelas do AVC.

Promoção de exercício - *Facilitação do exercício físico regular para manter um nível mais elevado de aptidão física e saúde ou avançar para nível adequado*⁽⁹⁾.

Atividades implementadas: avaliar a crença de saúde da cliente acerca de exercícios físicos, incluindo sua família/cuidadores no planejamento e manutenção do programa de exercício, orientando-a acerca da frequência, duração e intensidade do programa de exercício.

Aumento da auto-estima - *Assistência à cliente para que aumente o juízo acerca do valor pessoal*⁽⁹⁾.

Atividades implementadas: transmitir confiança na capacidade da cliente para lidar com as situações, auxiliando-a a aceitar sua dependência de outros e, quando necessário, estimulá-la a aceitar novos desafios, auxiliando-a a identificar o impacto do apoio do grupo de conhecidos sobre seus sentimentos de auto-estima.

Mobilização familiar- *Utilização dos pontos positivos da família para influenciar a saúde da cliente numa direção positiva*⁽⁹⁾.

Atividades implementadas: apoiar as atividades da família que promovam a saúde da cliente e ou o manejo de sua condição, quando adequado; aconselhar os membros da família quanto à forma como os elementos positivos e os recursos podem ser usados para intensificar o estado de saúde da cliente.

Aumento do sistema de apoio- *Viabilização de apoio à cliente por parte da família, dos amigos e da comunidade*⁽⁹⁾.

Atividades implementadas: identificar o grau de apoio emocional e financeiro da família; determinar as barreiras ao uso de sistema de apoio; encorajar relações com pessoas que tenham metas e interesses comuns; envolver a família /pessoas significativas /amigos nos cuidados e no planejamento; explicar às pessoas preocupadas maneiras de ajudar.

Nos dados obtidos com a entrevista no momento da crise hipertensiva e depois em nossas visitas no domicílio da cliente, o aspecto que mais chamou nossa atenção foi o estresse, daí porque esta foi a direção adotada para as intervenções de enfermagem.

Alguns autores admitem que em geral as pessoas hipertensas respondem bem a tratamentos que envolvam relaxamento e respiração profunda, pela possibilidade de redução da reatividade cardíaca do hipertenso, representada por picos de pressão arterial causados na maioria das vezes por estresse⁽¹⁰⁾.

Estresse é um termo originado da física, adotado pelo cientista Hans Selye nos anos 20 do século XX após identificar em pacientes sintomas que denominou de “*síndrome de estar apenas doente*” ou “*síndrome da adaptação geral*”, a qual mais tarde chamou de estresse.

Esta síndrome envolve sintomas apresentados pelo indivíduo quando submetido a situações que requerem do organismo adaptação para enfrentá-las⁽¹¹⁾.

De certo modo, coincide com os pressupostos do Modelo de Adaptação de Roy ao trabalhar três níveis de adaptação de processos de vida: integrador, compensatório e comprometido⁽⁴⁾.

A pessoa portadora de hipertensão arterial precisa desenvolver sistemas adaptativos para bem viver com a doença. Estes sistemas, de acordo com as autoras, têm entrada de estímulos, nível de adaptação e respostas comportamentais à semelhança de mecanismos de enfrentamento. O cliente adaptado demonstra comportamentos capazes de preencher as metas de sobrevivência. A nosso ver, para estes clientes, adaptação significa ser hipertenso e ter qualidade de vida.

As intervenções de enfermagem estabelecidas guardam relações com os estímulos do subsistema cognoscente de aprendizagem⁽⁴⁾. Com base nesta premissa, as dificuldades da cliente nos levaram a considerar ser fundamental mobilizar os recursos familiares e comunitários para a situação encontrada, e nossa intervenção se pautou no reforço e se dirigiu para a família, em especial para uma irmã, sua vizinha, aproveitando o suporte de apoio de sua rede social com vistas à redução do medo.

O fato de ter se afastado de atividades remuneradas, em decorrência das seqüelas neurológicas, levou a cliente a ficar na total dependência financeira do marido, que na ocasião da coleta dos dados possuía uma renda mensal de um salário mínimo (equivalente na época a R\$ 240,00).

Segundo observamos, a cliente não estava adaptada à condição de pessoa com limitações advindas da hipertensão arterial, para exercer atividades dependentes de esforço físico. Assim, em nossas intervenções, buscamos reforçar atitudes favoráveis, como preparar trabalhos manuais que poderiam gerar recursos financeiros para a cliente e para a família, e agir como mecanismo de fuga da ansiedade.

Em nossas visitas à cliente, sempre incentivamos a busca de apoio na família e nos amigos mais próximos, para desenvolver a sensação de amparo e segurança requerida pelo enfrentamento ineficaz. No entanto, ela sempre se mostrou arredia a esta aproximação e, apesar de insistirmos, não revelou seus motivos. Em um dos nossos encontros, comentou que o filho não se dispunha a ajudar financeiramente a família, e como ele iria se casar, talvez levasse os poucos bens existentes em sua casa.

Outro fator marcante neste modo adaptativo foi o fato dela criar uma neta de dois anos de idade. Evidenciamos pouco afeto pela criança, a quem atribuía culpa por muitos dos seus problemas, até mesmo aqueles ligados à hipertensão arterial. Todos esses aspectos contri-

buíam para o não alcance da meta de adaptação da cliente à sua condição de hipertensa. Acreditamos, porém, que o cuidar ancorado em intervenções previamente validadas se constitua em recurso para tornar a enfermagem mais autônoma.

Estudo realizado com pacientes com excesso de volume de líquido mostra que a utilização de classificações para diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem facilita a uniformização da prática e da linguagem⁽¹²⁾.

Na avaliação de respostas às intervenções de enfermagem estabelecidas, conforme percebemos, a cliente avançou pouco, sua pressão arterial baixou e ela mostrou-se menos angustiada. Nas visitas subseqüentes a PA em média estava em 138x 92 mmHg. Seu melhor desempenho limitou-se à execução dos exercícios de relaxamento, ouvir música suave, realizar caminhadas, compartilhar seus medos e angústias com a família, em especial com a irmã, e participar de grupos de oração, considerados suporte de ajuda. Até o final do período de acompanhamento, não conseguimos que se interessasse por atividades manuais, as quais poderiam gerar alguma renda para sua automanutenção, em virtude da dependência financeira se constituir um estímulo gerador de respostas inefetivas de adaptação à condição de portadora de doença crônica.

Considere-se que mudança de comportamento demora e requer continuidade e persistência por parte da pessoa que precisa mudar, uma vez que valores e crenças podem dificultar o alcance de respostas adaptativas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo realizado mostrou ser possível trabalhar a relação entre o Modelo de Adaptação de Roy e a Classificação das Intervenções de Enfermagem, haja vista a identificação dos comportamentos e seus respectivos estímulos, como forma de orientação para a determinação das intervenções de enfermagem. A experiência aponta para a possibilidade dos enfermeiros assistenciais experimentarem o uso da NIC, respaldando-a em constructos teóricos mais abrangentes para fundamentar a assistência de enfermagem e, conseqüentemente, o fazer do enfermeiro.

As decisões tomadas na escolha das intervenções de enfermagem garantiram aos autores autonomia no processo de cuidar de uma pessoa em crise hipertensiva, ajudando-a a alcançar adaptação no seu viver de portador de doença crônica. Além disso, o acompanhamento da cliente em seu domicílio foi um fator importante, pois permitiu conhecer mais seu modo de viver. Com base nesta informação, as intervenções se tornaram mais objetivas e oportunas porque ajudaram a alcançar respostas adaptativas, contribuindo, deste modo, para a manutenção de sua integridade.

REFERÊNCIAS

1. Freitas MC. Condição crônica de saúde do adulto: análise do conceito [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 1999.
2. Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH). Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 4. Campos do Jordão; 2002.
3. Sowers DK. Emergências hipertensivas. In: Weber MA. Hipertensão. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2003. p. 257-260.
4. Roy C, Andrews HA. The Roy Adaptation Model. 2nd ed. Connecticut: Appleton & Lange; 1999.
5. Barnum BS Nursing theory: analysis, application, evaluation. 5th ed. Philadelphia: Lippincott; 1998. What is nursing theory?; p. 1-18.
6. Yin, RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman; 2001.
7. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Bioética. 1996;4(2 Supl): 15-25.
8. Rall TW, Schleifer LS. Drogas eficazes no tratamento das epilepsias. In: Gilman AG, Rall TW, Nies AS, Taylor P. As bases farmacológicas da terapêutica. 8a ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 1991. p. 288-304.
9. McCloskey JC, Bulechek GM. Classificação das intervenções de enfermagem - NIC. Trad. de Regina Garcez. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
10. Lipp M, Rocha JC. Stress, hipertensão arterial e qualidade de vida: um guia de tratamento para o hipertenso. Campinas: Papirus; 1994.
11. Lipp M, Novaes LE. O stress. 4a ed. São Paulo: Contexto; 2000.
12. Guimarães HCQCP, Barros ALBL. Controlar líquidos: uma intervenção de enfermagem para o paciente com excesso de volume de líquido. Rev Lat Am Enferm, 2003;11(6):734-41.