

ALCANCE DA TEORIA DE KING JUNTO A FAMÍLIAS DE PESSOAS PORTADORAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

King's theory reach to families of persons with systemic arterial hypertension

Thereza Maria Magalhães Moreira¹

Thelma Leite de Araújo²

Lorita Marlena Freitag Pagliuca³

RESUMO

Objetivou-se verificar o alcance da Teoria de King, (King, 1981) junto a famílias de pessoas portadoras de hipertensão arterial sistêmica. O estudo constou de análise do alcance da teoria de King; verificação da aplicabilidade dessa no contexto familiar relatado por Moreira (1999) e construção de conceito de família com doentes crônicos, compatível com a teoria. Os achados mos-tram uma teoria interacionista, vulnerável na fronteira e com elementos de conteúdo e contexto não firmemente definidos. Na situação enfocada, construiu-se uma definição de família, constatando sua possibilidade de utilização como parte do sujeito da teoria de King.

UNITERMOS: *modelos de análise de teorias, família, doenças crônicas*

1 INTRODUÇÃO

Uma teoria é o caminho para caracterizar um fenômeno e para apontar os componentes que dão identidade a esse (Barnum, 1998). Na enfermagem, as teorias são uma construção, a partir de uma prática idealizada, que visam aperfeiçoar a assistência.

1 Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará/UFC, bolsista da CAPES.

2 Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFC.

3 Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora Titular do DENF/FFOE/UFC.

Cotidianamente, as enfermeiras relatam dificuldade na utilização adequada das teorias, mesmo que sua aplicabilidade nos vários campos da prática da enfermagem tenha sido um dos assuntos mais discutidos atualmente, confirmando sua necessidade (Garcia e Pagliuca, 1998; George et al., 2000).

Uma das estratégias facilitadoras da utilização de uma teoria é verificar sua adequação ao uso em condições específicas. Para tender essa necessidade, foram desenvolvidos modelos de análise de teorias, que permitiram facilitar a seleção e avaliação crítica da teoria mais adequada para embasar determinada prática (Polit e Hungler, 1995; Garcia e Pagliuca, 1998). A utilização de modelos de análise poderá propiciar a escolha mais consciente das teorias de enfermagem junto às diferentes realidades, diminuindo dificuldades na compreensão de sua estrutura e aplicabilidade.

Em nosso trabalho, continuamente nos deparamos com pacientes portadores de hipertensão arterial, com dificuldades no seguimento terapêutico. A não adesão ao tratamento é um fenômeno freqüentemente observado pelos profissionais de saúde. A focalização de nosso interesse neste tema é decorrente dos altos níveis de abandono do tratamento registrados na literatura (Brasil, 1993), observados na prática e pela importância central que assume no controle da doença. Durante a elaboração de nossa dissertação foi revelada necessidade de participação familiar no tratamento da hipertensão arterial (Moreira, 1999).

Segundo Marcon e Elsen (1999), ao se reconhecer que a família assume as responsabilidades pela saúde de seus membros, cumpre que se reconheça a necessidade de ouvi-la em suas dúvidas, considerar sua opinião e incentivar sua participação no processo profissional de cuidar/curar, de forma a resultar cada contato com os profissionais de saúde em subsídios utilizados pela família na ampliação do referencial sobre o cuidar.

Assim, objetivou-se verificar o alcance da Teoria de King (King, 1981) para identificar se há possibilidade de adotar a família com portadores de doenças crônicas como objeto/sujeito do cuidado de enfermagem nessa teoria.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 O Modelo Conceitual e a Teoria de Alcance de Metas de Imogene King

O Modelo Conceitual de Sistemas Abertos Interatuantes de

Imogene King (King, 1981) é a estrutura conceitual básica sobre a qual repousa sua Teoria de Alcance de Metas.

São determinados três sistemas interativos: o pessoal, interpessoal e social. O *Sistema pessoal*, que é compreendido por um indivíduo em um ambiente. Engloba os conceitos de percepção, ego, imagem corporal, crescimento, desenvolvimento, tempo e espaço; o *Sistema interpessoal*, formado pelo agrupamento de indivíduos em díades, tríades e em grupos. Nesse sistema, são englobados os conceitos: papel, interação, comunicação, transação e estresse; e o *Sistema social*, que se dá pela reunião de grupos com interesses e necessidades especiais formando organizações e sociedades. Os conceitos deste sistema são: organização, autoridade, poder, *status*, tomada de decisão e papel.

King (1981) conceitua enfermagem como percepção, pensamento, relacionamento e ação, lado a lado com o comportamento de indivíduos em uma situação de enfermagem. A autora afirma que as enfermeiras cuidam de indivíduos com doenças crônicas e dos que precisam de reabilitação, ajudando-os a utilizar sua habilidade potencial total.

O processo de enfermagem de King (King, 1981) compreende: Interação inicial, que é um contato inicial que induz reação entre enfermeira e paciente; Diagnóstico, que é a detecção das necessidades de cuidado de seres humanos, devendo ser confirmado com o paciente; Estabelecimento de metas comuns à enfermeira e paciente; Exploração e viabilização de meios comuns a ambos, para alcançar as metas traçadas; Evolução, que é a avaliação contínua do alcance de metas e Redefinição das metas, quando necessário. Este processo é permeado de ação e reação.

Muitos estudos têm ressaltado pontos fortes e fracos dessa teoria. Dióz e Oliveira (1999) questionam sua aplicação junto a pacientes sem condições de interagir com a enfermeira e o quanto o paciente é responsável por decisões relativas ao tratamento. Frey e Norris (1997) afirmam que essa teoria fornece uma estrutura na qual se apoia o pensamento crítico da enfermeira. Garcia (1996) refere que a estrutura conceitual e a teoria de King são aplicáveis à prática profissional de enfermagem de qualquer cultura e sociedade humana. Para Resende (1998), os conceitos dessa estrutura conceitual proporcionam uma forma atual e válida de compreender o homem. Esse modelo conceitual foi utilizado ainda para compreender o comportamento de não adesão de pacientes com hipertensão arterial (Moreira, 1999) e foi testada a

utilização dessa teoria junto a um desses pacientes (Moreira e Araújo, 1999).

Acredita-se que o modelo conceitual, assim como a teoria, têm bastante aplicação com pacientes crônicos, que apresentam evolução lenta, que pode desestimulá-los com relação ao tratamento, no que o trabalhar com metas pode ser muito útil.

3 A ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

A hipertensão arterial sistêmica é uma entidade clínica multifatorial, conceituada como síndrome e caracterizada pela presença de níveis elevados de pressão arterial, associados a alterações metabólicas e hormonais e a fenômenos tróficos, tais como hipertrofias cardíaca e vascular (Kohlmann Jr. et al., 1998).

Estima-se que 20 milhões de pessoas apresentem níveis elevados de pressão arterial no Brasil (Brasil, 1993). Por ser uma doença silenciosa, que avança sem apresentar sintomas claros, a hipertensão passa despercebida por anos em muitas pessoas, dificultando seu controle e tratamento. Seu caráter crônico pode levar à drástica alteração no estilo de vida das pessoas, exigindo uma forte cooperação do paciente (Martins, França e Kimura, 1996). Somente 4 a 12% dos pacientes com hipertensão arterial atingem níveis de controle da pressão arterial e pensa-se que o principal fator que contribui para o controle efetivo da hipertensão arterial é a adesão do paciente ao tratamento. No Brasil, 30 a 40% dos pacientes que iniciam o tratamento chegam a abandoná-lo (Brasil, 1988).

A não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial é um problema que sensibiliza os profissionais de saúde por dificultar a assistência no acompanhamento desse paciente. A enfermeira desenvolve importante papel nesse contexto. Sua importância na aferição da pressão arterial é reconhecida há décadas e seu papel se ampliou muito além do procedimento de verificação da pressão arterial. As enfermeiras são, particularmente, atuantes na educação dos pacientes, reforçando a importância do controle constante e a longo prazo da pressão arterial (Araújo e Arcuri, 1998), uma vez que a enfermeira tem sido referida como o profissional que causa menor reação de alerta no paciente durante a verificação da pressão arterial (Mancia et al., 1987). Atente-se para a regulamentação, pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEn, 1994), da consulta de acompanhamento e prescrição a esses pacientes.

4 A FAMÍLIA COMO SUJEITO/OBJETO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM

Parece ser consenso entre a maioria das enfermeiras considerar o indivíduo, a família e a comunidade como seus pacientes. Segundo Angelo (1999), a família como parte essencial para o cuidado de enfermagem é algo inquestionável.

Elsen (1994) afirma que famílias saudáveis que dão apoio a seus membros doentes, são flexíveis a modificações no seu funcionamento para atender a suas necessidades e têm permitido ao indivíduo doente manter aderência ao tratamento, possibilitando sua reabilitação e/ou recuperação da saúde. O inverso também é verdadeiro, ou seja, a situação de saúde/doença de um dos membros familiares afeta a saúde familiar.

Essa relação entre família e paciente com doenças crônicas é também abordada por Araújo et al. (1998), ao afirmarem que as doenças crônicas são caracterizadas pela longa duração de seu tratamento e pela limitação que trazem ao estilo de vida, não só do portador, mas também de todos os elementos que compõem seu núcleo familiar. Nesse caso, o enfermeiro tem importante atuação a desempenhar. Aragão (2000) afirma que a família, não raro, tem a responsabilidade de cuidar de seus membros, necessitando de apoio profissional.

Para Osório (1997), muitas são as variáveis ambientais, sociais, econômicas, culturais, políticas e religiosas que determinam as distintas composições das famílias. É necessário, portanto, que essas variáveis sejam consideradas no atendimento à família. Moreira (1999), afirma que a família é um sistema social extremamente importante na adesão dos pacientes ao tratamento de uma doença crônica. Fishman (1995), reitera, afirmando que o profissional de saúde e a família do paciente se tornam sócios no acompanhamento da adesão.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

O estudo desenvolvido é descritivo, com finalidade reflexiva. Dentre os diversos modelos de análise de teorias, adotou-se o modelo de Barnum (1998), que preconiza avaliação dos elementos, tipo, ações, limites e foco da teoria, requer identificação de seus termos, conceito de homem, investigação de seu princípio, interpretação e método, e busca compreender seu contexto, conteúdo, processo e meta.

O Modelo de Barnum (Barnum, 1998) sugere como fundamental que façamos a Crítica externa, que trata do modo no qual a teoria se relaciona com o mundo e observa: convergência com a realidade, utilidade, significação, discriminação, alcance da teoria e complexidade; e a Crítica interna, que lida com os componentes da teoria em si e verifica: clareza, consistência, adequação, desenvolvimento lógico e nível do desenvolvimento da teoria. Restringiremo-nos a avaliar, na crítica externa, o alcance da teoria, buscando identificar se ela é adequada ou não à utilização com famílias. Em relação ao alcance de uma teoria, Barnum (1998) afirma que as teorias de enfermagem podem ser de amplo, médio ou restrito alcance, sendo que na medida em que a teoria vai se ampliando em seu alcance, ela vai perdendo detalhes do contexto e dificultando a sua aplicabilidade. A teoria ideal deveria ser passível de utilização em qualquer situação de enfermagem e trazer riqueza nos detalhes de sua descrição, o que é praticamente impossível.

Assim, o percurso metodológico foi desenvolvido em três etapas: 1ª etapa – análise do alcance da teoria de King a partir do modelo de Barnum; 2ª etapa – verificação da aplicabilidade da teoria de King no contexto familiar relatado por Moreira (1999); e 3ª etapa – construção de um conceito de família com pacientes com doenças crônicas que seja compatível com a designação do sujeito/objeto de cuidado na teoria de King.

O estudo desenvolveu-se durante os meses de maio e junho de 2000, por meio de construção teórico-reflexiva, realizada pela pesquisadora. A análise dos dados se fez a partir da experiência prévia com a teoria (Moreira, 1999) e com o modelo de avaliação de teorias. Os achados foram validados por um *expert* na área.

6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS ACHADOS

Na **primeira etapa** do estudo (etapa A – análise do alcance da teoria de King a partir do modelo de Barnum), tentando identificar se é possível compreender a família como parte do “homem da teoria” de King, baseado no método de análise de Barnum (1998), já citado, identificamos os cinco pressupostos que se seguem:

A.1 *A teoria de King é interacionista, pois o “homem” que descreve localiza-se na relação enfermeira-paciente;*

A.2 A teoria de King é vulnerável na questão da fronteira, pois a teorista não explica em que contexto é feita a interação paciente-enfermeira;

Referente aos pressupostos A.1 e A.2, vemos que o fato da teoria de King ser interacionista e de não haver uma delimitação clara do contexto em que acontece essa interação, se no hospital ou na comunidade, por exemplo, deixa margem à suposição de que a família pode ser utilizada como parte do “homem da teoria”, que é o próprio sujeito/objeto do cuidado.

Uma vez que esse sujeito/objeto é a relação enfermeira-paciente, a família pode ser entendida como ocupando o lugar de paciente, já que King não estabelece um contexto próprio para sua teoria. Ou seja, paciente para King, pode não se restringir a uma pessoa específica, mas também a um grupo/sistema social ao qual a enfermeira presta seu cuidado.

O cuidado de enfermagem seria, então, compreendido como a ação de propiciar as melhores condições ambientais e conceituais possíveis para favorecer o desenvolvimento humano, sob o ponto de vista bio-psico-espiritual do indivíduo e familiar, visando a promoção ou o restabelecimento da saúde, a partir de uma relação interativa.

E a interação, diagnóstico, estabelecimento de metas, exploração e viabilização de meios e evolução, propostos no modelo de King, teriam como foco a família, e não o indivíduo isoladamente, pois na situação de cuidado ao doente crônico, a participação familiar é essencial para que não se preste uma assistência fragmentada.

A.3 A teoria de King é construída no modelo comunicacional, no qual paciente e enfermeira mutuamente percebem, julgam, agem, reagem, interagem, e fazem transações;

Em relação à afirmação acima, podemos ver que o processo de King descrito aqui simplificado é compatível com o processo relacionado por Althoff, Elsen e Laurindo (1998), que, ao visualizar a família como foco do cuidado de enfermagem, estabelece que, em um sistema de parceria da família com a equipe de saúde, essas duas formam uma unidade de cuidado de saúde e que, ao tomar parte nas ações com possibilidade de transformação, a família auxilia a enfermagem a detectar os problemas e as necessidades, discute o diagnóstico, participa na determinação dos objetivos, colabora na aplicação do planejamento e avaliação.

É conhecido o trabalho de Elsen junto a famílias (Elsen, 1994). O processo descrito por esta autora tem aspectos semelhan-

tes e é compatível com a proposta de King, o que nos faz pensar que é possível uma sobreposição de ambas as realidades, ou seja, é possível trabalhar a teoria de King com famílias ou grupos.

A.4 Os elementos do conteúdo e do contexto da teoria de King não estão firmemente definidos ou delimitados;

No tocante ao quarto pressuposto, é possível afirmar que o fato do contexto, que é o ambiente em que ocorrem as ações de enfermagem, e do conteúdo, que são os elementos que compõem o assunto da teoria, não estarem exaustivamente definidos e delimitados não compromete a qualidade da teoria, uma vez que eles estão presentes, podendo apenas não aparecer na teoria numa noção única. Isto facilita a aplicação dessa teoria em mais de um contexto e podemos compreender seus elementos básicos, que não são passíveis de modificação. Isso não impede a inserção de outros elementos complementares e adequados ao contexto, flexibilizando um pouco o alcance da teoria, que não é restrita unicamente a uma situação, mas que tampouco é ampla ao ponto de impossibilitar sua efetividade na prática. Para Barnum (1998), hoje há mais interesse nas teorias de médio alcance porque elas são mais facilmente pesquisadas e utilizadas que conceitos amplos.

A teoria de King pode ser considerada como de médio alcance, o que é muito bom e a aproxima da teoria ideal, por sua possibilidade de aplicação em diversas situações de enfermagem, inclusive no âmbito familiar, e a minuciosa descrição de seu processo. Este é mais um fator que nos leva a crer que é possível utilizar o modelo conceitual e a Teoria de King junto a grupos, cujo exemplo primordial seria a família, por ser o primeiro grupo do qual o indivíduo faz parte, e com o qual há sempre uma grande relação de valores e crenças, fornecendo uma relativa uniformidade ao sujeito/objeto do cuidado.

A.5 Na teoria de King o princípio final da transação aparece no meio dos acordos entre paciente e enfermeira.

Referente ao pressuposto A.5, é possível comentar que o princípio de transação se reflete no meio dos acordos entre paciente e enfermeira, coincidindo com as descrições de Althoff, Elsen e Laurindo (1998), ao referir que a interação entre a família e os profissionais de saúde nesse sistema é de vital importância para o êxito na melhoria das condições de saúde e na qualidade de vida, que é o alcance de metas. Vê-se, então, de forma clara, que o processo de trabalho com famílias descrito por Althoff, Elsen e Laurindo (1998) e o processo de King (1981) são extremamente

compatíveis, por serem pautados no modelo comunicacional, o que nos faz visualizar a possibilidade de transposição de uma realidade sobre a outra, reforçada pelo fato de King não descrever um contexto claro para sua teoria.

Além disso, é válido afirmar que em seu sistema social, King (1981) abrange a família como sujeito/objeto do cuidado, compreendendo também nesse sistema grupo religioso e de trabalho, o que nos permite afirmar que sua teoria se refere também ao espaço familiar.

Na **segunda etapa** do estudo (Etapa B), que trata da verificação da aplicabilidade da teoria de King no contexto familiar relatado por Moreira (1999), é possível constatar, que:

B.1 *O fato do paciente ser encorajado a automonitorização da pressão arterial é um dos fatores determinantes na adesão ao tratamento e essa pode ser incentivada pela família;*

No tocante a este item, é possível afirmar que a automonitorização possibilita o controle da pressão arterial pelo paciente, facilitando a detecção de índices elevados e estimulando o controle desses. A participação familiar é importante para estimular tal procedimento ou mesmo executá-lo, pois um bom número dos pacientes portadores de hipertensão são pessoas já mais velhas, para as quais aprender um novo procedimento, como o da aferição da pressão arterial, já não é tão fácil e a família pode ajudar.

O estudo realizado por Mancia et al. (1987) mostrou que a enfermeira causa menor reação de alerta no paciente no momento da verificação da pressão arterial, o que pode ser devido a sua maior proximidade com o paciente. A família é um grupo ainda mais próximo, do qual ele faz parte e com o qual compartilha grande parte de sua vida. Por inferência, poderíamos supor que a automonitorização no âmbito familiar traria valores ainda mais fidedignos, desde que a família fosse treinada quanto à correta técnica de aferição da pressão arterial.

Nem sempre a aferição da pressão arterial em um ambulatório/hospital garante a fidedignidade de tais valores. Pesquisa realizada por Lima, Araújo e Moreira (2000) identificou que 42% de sua amostra, composta de auxiliares e técnicos de enfermagem, não conheciam o significado fisiológico da pressão arterial, levando a supor que tal carência interfira na execução desse procedimento.

B.2 A família é percebida pelos pacientes como mantendo relações de autoritarismo em relação a eles, que são vistos como frágeis e dependentes;

É necessário um trabalho de acompanhamento junto a essas famílias, pois a doença em si não compromete a capacidade do indivíduo de tomar decisões. A menos que esse manifeste tal vontade, a família não pode, nem deve considerá-lo como dependente.

A doença traz limitações, mas essas são perfeitamente compatíveis com a manutenção de sua qualidade de vida. Desde que o paciente seja orientado em relação aos cuidados que deve tomar e os faça de forma consciente, e que a família seja esclarecida a favorecer esta independência, nada impede que os portadores de doenças crônicas levem uma vida comum.

No caso da hipertensão, o maior desafio para esse paciente é conviver com a cronicidade da doença, o que se associa com sentimentos de tristeza, raiva, agressividade e hostilidade, cuja superação se faz através da conscientização de sua condição e necessidade de enfrentar a moléstia, para que possa levar uma vida o mais próximo da normal possível.

Esses sentimentos advêm muito do desconhecimento dos pacientes sobre a doença e tratamento, e da autoridade imposta pela família. A situação exige que conheçam a doença, suas manifestações, sinais e sintomas e, sobretudo, que tenham vontade de cooperar ativamente no tratamento, o que vai ocorrer pelo diálogo, nunca pelo autoritarismo, porque, neste último caso, a pessoa vai ser coagida e, no momento em que tiver oportunidade, vai fazer o tratamento do jeito que quiser, e não como deveria ser.

Portanto, o autoritarismo familiar, seja em questões relativas ao tratamento ou não, só vai aumentar a sobrecarga emocional que o paciente já traz consigo, gerando conflito e desequilíbrio nas relações familiares.

B.3 Na família, segundo a percepção dos pacientes, existem pessoas influentes, definidas por eles como as que têm melhores condições financeiras e que, portanto, podem ajudá-los na aquisição de remédios e alimentos, e na realização de exames;

A colaboração dessas pessoas no sentido de fazer com que os pacientes mantenham adesão ao tratamento é muito importante, pois são vistas por eles como “aliadas”, as quais vão escutar, por respeitarem sua opinião.

O *status* de influentes junto ao paciente lhes garante a possibilidade de intervir beneficemente para o estabelecimento do tratamento, o cumprimento de metas traçadas a partir da detecção diagnóstica realizada pela enfermeira e confirmada com o mesmo.

Possibilita também sua intervenção no sentido de resolver conflitos familiares, decorrentes do autoritarismo familiar relatado, criando um ambiente de maior estabilidade e conforto ao paciente, o que também favorece sua estabilidade emocional e controle da Pressão arterial.

B.4 *Ao terem que tomar decisões em relação a problemas cotidianos, os pacientes referiram contar com o apoio familiar para conversar ou ser cuidado por esta, quando necessário.*

Vê-se que, mesmo manifestando a posição muitas vezes autoritária da família em relação ao paciente, este recorre a ela nos momentos de tomada de decisão, quando necessário. Ou seja, o limite entre o momento em que a opinião e o apoio familiar são necessários ou não, deve ser traçado pelo paciente a partir de suas próprias necessidades.

A menos que ele não tenha condições de decidir, é a vontade dele que deve prevalecer, afinal é sua vida, é seu tratamento, sua qualidade de vida que estão na berlinda. A família pode aconselhar um comportamento preventivo, orientar para ações saudáveis, tentar associar-se ao profissional de saúde no aconselhamento, mas a decisão sempre deve ser dele.

Muitas vezes, por ocasião da descoberta da doença ou das exigências que o tratamento requer, o paciente pode sentir-se inseguro, necessitando do apoio familiar. O papel da família neste caso é de encorajá-lo a decidir, de propiciar, em conjunto com a enfermeira, condições para a escolha, por meio de orientações que propiciem subsídios básicos à tomada de decisão. A família não deve tomar tais momentos como espaço para manifestar autoritarismo, anulando a vontade do paciente porque isto compromete todo o equilíbrio familiar e o próprio direito de cidadania do ser humano.

Ao encorajá-lo a decidir, a família fortalece os laços de afinidade e de confiança entre ela e o paciente, propiciando um ambiente harmônico, com condições de favorecer o controle da emoção, do estresse, e, assim, da pressão arterial também.

Além disso, as modificações no estilo de vida do paciente, uma das faces do tratamento da hipertensão, necessitam de intensa

participação familiar, por requisitarem alterações de fatores que repercutirão no sistema familiar como um todo. Por exemplo, a diminuição de sal e gordura normalmente atinge a alimentação de toda a família, uma vez que seria difícil preparar dois almoços ou jantares, um com, outro sem, ou com menor quantidade desses nutrientes. O desenvolvimento de exercícios físicos também muitas vezes afeta a família como um todo, pois altera a rotina familiar e muitas vezes há a solicitação do paciente de um acompanhamento de alguém da família ou de um amigo. Essas são modificações que parecem mínimas, mas que afetam o sistema familiar, sem falar no aspecto financeiro, com gastos com remédio, transporte para ir ao ambulatório, dentre outras despesas.

Na **terceira e última etapa** do estudo (etapa C – construção de um conceito de família com pacientes com doenças crônicas que seja compatível com a designação do sujeito/objeto de cuidado na teoria de King, uma definição de família com doente crônico que seja cabível como parte do homem da teoria interacionista de (King, 1981), é: família é um sistema social que, na ocorrência de doenças crônicas, pode sofrer limitações em seu estilo de vida, passando a apresentar baixo nível de funcionamento e perda de parte de sua habilidade de atendimento, além de alterações no seu padrão econômico. Tem como algumas de suas necessidades o alívio da ansiedade quanto à saúde de seu membro familiar, a captação de informações precisas em relação à situação atual do doente e prognóstico, a proximidade do membro familiar afetado, conhecimento da doença e tratamento e o apoio manifestado pelos profissionais de saúde, amigos e comunidade. Tem como algumas de suas funções, o acompanhamento do doente à consulta, a participação nos esquemas terapêuticos e a indagação do seguimento do tratamento, em parceria com o profissional de saúde. Deve, ainda, coordenar esforços no sentido de se reunir ao grupo religioso e de trabalho do doente, visando buscar sua adesão ao tratamento para melhoria das condições de saúde e para obtenção de maior qualidade de vida.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos achados expostos, é possível concluir que, na primeira etapa do estudo foi constatado que: King não estabelece um contexto próprio para o desenvolvimento de sua teoria; seu modelo e teoria são pautados no modelo comunicacional; precon-

za o acordo entre enfermeira – sujeito/objeto do cuidado; seu processo é compatível com o descrito por Elsen (1994) para atenção ao cuidado familiar; sua teoria é de médio alcance e que seu sistema social abrange a família como sujeito/objeto do cuidado de enfermagem.

Na segunda etapa do estudo, observamos que: o paciente deve ser encorajado a automonitorização da pressão arterial pela família, que pode auxiliar neste procedimento; a família de pacientes com doenças crônicas necessita de orientações para aprender a lidar emocionalmente com a situação vivenciada pelo paciente; segundo a percepção dos pacientes, existem pessoas influentes na família, que podem auxiliá-los; os pacientes pedem ajuda da família, fazendo com que esta possa aconselhá-lo e encorajá-lo, fortalecendo os laços de afinidade e confiança e que as modificações no estilo de vida do paciente requisitam alterações que repercutem no sistema familiar como um todo.

Na terceira etapa do estudo construiu-se uma definição de família com doente crônico compatível como sujeito/objeto do cuidado da teoria interacionista de King.

A partir dessas três assertivas, vemos que é possível utilizar a família de membro com doença crônica como parte do sujeito descrito na teoria de enfermagem de King que tem como sua outra parte a enfermeira, formando a interação enfermeira-família, sujeito da teoria interacionista de King.

ABSTRACT

The aim was to verify the reach of the King's theory (1981) to families of persons with systemic arterial hypertension. The study was developed analyzing the reach of this theory; verification of its applicability in the family context as related by Moreira (1999); and construction of a concept of family with chronic sick persons which is compatible with the theory. The data showed that the theory is interaccionist, with vulnerable borders, and with content elements and context not well defined. In the focalized situation, a family definition with chronic sick persons was built, showing that is possible to use it as part of part of the subject of King's theory.

KEY WORDS: *models of analysis of theories, family, chronic disease.*

RESUMEN

Era objetivo verificar el alcance de la Teoría de King (King, 1981) con familias de portadores de tensión arterial alta. El estudio se desarrolló con análisis del alcance de la teoría de King; comprobación de la aplicabilidad de eso en el contexto familiar dicho por Moreira (1999) y construcción del concepto familiar con enfermo crónico compatible con la teoría. Fue encontrada una teoría interaccionista, vulnerable en la frontera, que no define sus elementos satisfechos y contexto firmemente. Una definición familiar con enfermo crónico se construyó. Así, ha acabado que es posible usar eso como parte del asunto de la teoría de King.

DESCRIPTORES: *modelos de análisis de teorías, familia, enfermedades crónicas.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 ANGELO, M. Abrir-se para a família: superando desafios. *Família, saúde e desenvolvimento*, Curitiba, v.1, n.1/2, p. 7-14, jan./dez. 1999.
- 2 ALTHOFF, C.R.; ELSEIN, I.; LAURINDO, A.C. Família: o foco de cuidado na enfermagem. *Texto e Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 7, n. 2, p. 320-327, mai./ago. 1998.
- 3 ARAGÃO, K. B. de. *Fatores intervenientes na convivência com a hipertensão arterial e o diabetes mellitus: a visão do portador e a da família*. Fortaleza, 2000, 30 p. Monografia.
- 4 ARAUJO, T.L. de.; ARCURI, E.A.M. Influência de fatores anátomo-fisiológicos na medida indireta da pressão arterial: identificação do conhecimento do enfermeiro. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, v. 6, n.4, p.21-29, out. 1998.
- 5 ARAÚJO, T. L. de. et al. Reflexo da hipertensão arterial no sistema familiar, *Revista SOCESP*, v. 8, n.2 (supl A), p.1-6, mar./abr. 1998.
- 6 BARNUM, B. J. S. *Nursing theory: Analysis, application, evaluation*. 5. ed. New York: Lippincott, 1998.
- 7 BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão de Doenças Crônicas Degenerativas. *Programa nacional de educação e controle da hipertensão arterial*. Brasília, 1988.
- 8 ———, Ministério da Saúde. Coordenação de Doenças Cardiovasculares. *Doenças cardiovasculares no Brasil*. Sistema único de saúde. Brasília, 1993.
- 9 CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEn). *Lei 7.498/86, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87, estabelece critérios sobre a prática de enfermagem*. Brasília, 1994.

- 10 DIÓZ, M.; OLIVEIRA, A.G.B. de. Teoria de alcance dos objetivos de Imogene King: análise crítica. *Col. de Enf. FEN/UFMT*, v.1, n.1, p.215-225, jan./jun. 1999.
- 11 ELSEIN, I. Desafios da enfermagem no cuidado de famílias. In: Elsen, I. et al. *Marcos para a prática de enfermagem com famílias*. Florianópolis: Ed. UFSC, 1994.
- 12 FISHMAN, T. The 90-second intervention: a patient compliance mediated technique to improve and control hypertension. *Public Health Reports*, v. 110, n. 2, p.173-178, mar./abr. 1995.
- 13 FREY, M. A.; NORRIS, D. King's systems framework and theory in nursing practice. In: ALLIGOOD, M. R.; MARRINER-TOMEY, A. *Nursing Theory: utilization & application*. St. Louis-Missouri: Mosby -Year Book, 1997. cap. 5, p. 71-88.
- 14 GARCIA, T. R. *Cuidando de adolescentes grávidas solteiras*. Ribeirão Preto, 1996. 241 p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1996.
- 15 GARCIA, T.R.; PAGLIUCA, L.M.F. *A construção do conhecimento em enfermagem: coletânea de trabalhos*. Fortaleza: RENE, 1998.
- 16 GEORGE, J.B. et al. *Teorias de enfermagem: dos fundamentos à prática profissional*. 4. ed. Porto Alegre: ArtMed ed. 2000.
- 17 KING, I. M. *A theory for nursing: systems, concepts, process*. New York: Wiley Medical Publications: 1981.
- 18 KOHLMANN JR., O. et al. *Consenso brasileiro para o tratamento da hipertensão arterial -III CBHA*. São Paulo: B. G. Cultural, 1998.
- 19 LIMA, F.E.T.; ARAÚJO, T.L.de; MOREIRA, T.M.M. Conhecimento dos auxiliares e técnicos de enfermagem quanto aos fatores relacionados à pressão arterial. *Revista Nursing*, v. 3, n. 24, p. 18-23, maio/2000.
- 20 MANCIA, G. et al. Alerting reaction and rise in blood pressure during measurement by physician and nurse. *Hypertension*, v.9, p.200-215, 1987.
- 21 MARCON, S.S.; ELSEIN, I. A enfermagem com um novo olhar... a necessidade de enxergar a família. *Família, saúde e desenvolvimento*, Curitiba, v.1, n. 1/2, jan./dez. p.7-14, 1999.
- 22 MARTINS, L. M.; FRANÇA, A. P. D.; KIMURA, M. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v.4, n.3, p.5-18, 1996.
- 23 MION JÚNIOR, D. et al. Conhecimento, preferências e perfil dos hipertensos quanto ao tratamento farmacológico e não farmacológico. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*. v. 17, n.4, p.229-236, 1995.
- 24 MOREIRA, T.M.M. *Descrivendo a não adesão ao tratamento a partir de uma compreensão de sistemas*. Fortaleza, 1999. 179 p. Dissertação (Mestrado)– Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, 1999.
- 25 MOREIRA, T.M.M.; ARAÚJO, T.L. de. A Teoria de alcance de metas de Imogene King no atendimento a um cliente com hipertensão não aderente ao tratamento. In: ENCONTRO DE INICIAÇÃO À PESQUISA DA UNIFOR (5., 1999, Fortaleza-CE), *Anais...* Fortaleza: Ed. UNIFOR, 1999, p.217.
- 26 OSÓRIO, L.C. A família como grupo primordial. In: ZIMMERMAN, D.E.; et al. *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. cap.4, p. 49-58.
- 27 POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

- 28 RESENDE, M. M. de C. *Fatores que dificultam o controle da hipertensão arterial à luz da estrutura conceitual da Teoria de King*. Belo Horizonte, 1998. 116 p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, 1998.

Data de entrada: 08/01/01

Início do período de reformulações: 30/03/01

Aprovação final: 22/06/01

Endereço da autora: Thereza Maria Magalhães Moreira
Author's address: R. 95, 171 – 2ª etapa – José Walter
60751-110 - Fortaleza - CE - Brasil
E-mail: therezamarina@yahoo.com.br