



OBJN
Online Brazilian Journal of Nursing

Español

Universidade Federal Fluminense

ESCUELA DE ENFERMERÍA
AURORA DE AFONSO COSTA



Artículos Originales



Visita domiciliar para pacientes con insuficiencia cardíaca: una reflexión sobre la luz de la teoría de Leininger

Karen Brasil Ruschel¹, Karina Azzolin¹, Eneida Rejane Rabelo¹

¹Universidad Federal de Rio Grande del Sur

RESUMEN

Objetivo: Ejercer el pensamiento teórico-reflexivo basado en la diversidad e universalidad cultural del cuidado de Leininger, en el contexto de visitas domiciliarias para la insuficiencia cardíaca (IC). **Método:** Se trata de una reflexión basada en el modelo *Sunrise*. En ese estudio fue utilizado el primer nivel del modelo, considerando el individuo concreto, afectado por insuficiencia cardíaca, en el escenario domiciliar. **Resultados:** El proceso salud-enfermedad es influenciado por factores socioeconómicos y culturales. Se refiere a valores, creencias, normas y modos de vida que son aprendidos, asumidos y transmitidos por un determinado grupo y que orientan las decisiones, acciones y patrones de cuidado. **Discusión:** En la visita domiciliar, el enfermero debe considerar los individuos y familias involucrados en el proceso salud-enfermedad, realizando un cuidado congruente, y evitando prácticas impositivas, con el ser partícipe. **Conclusión:** La visita domiciliar proporciona una visión amplia sobre las condiciones de vida del individuo y familia, pudiendo el cuidado ser subvencionado por la teoría de la diversidad y la universalidad cultural.

Palabras-clave: Enfermería transcultural, visita domiciliar, insuficiencia cardíaca.

INTRODUCCIÓN

Delante del panorama epidemiológico oscuro de la insuficiencia cardíaca (IC), principalmente por las elevadas tasas de readmisión en el hospital, nuevas estrategias de acompañamiento de los pacientes necesitan ser probadas e implementadas por los enfermeros⁽¹⁻³⁾.

La IC, un trastorno preocupante y desafiador para el equipo de salud, tiene como principal objetivo de su tratamiento alcanzar y mantener la estabilidad clínica de los pacientes⁽⁴⁻⁶⁾. La educación de los pacientes en su domicilio puede ser una alternativa de aproximación del equipo a la realidad de éstos, favoreciendo la continuidad del proceso educativo, iniciado durante la hospitalización, o hasta de las estrategias planeadas para el paciente externo⁽⁷⁾.

La visita domiciliar está ganando importancia, una vez que orientar al paciente y a los cuidadores en su ambiente de rutina, identificando las dificultades en las habilidades para implementar el autocuidado, vuelve este enfoque más efectivo y humanizado. El cuidado de la enfermería en el domicilio se caracteriza por el acompañamiento, tratamiento, recuperación y rehabilitación de los pacientes, considerando de esta forma la organización familiar y comunitaria en que el paciente está insertado⁽⁸⁾.

El acompañamiento de pacientes con IC por enfermeros sobre el cuidado domiciliar incluye la orientación sobre la enfermedad y el autocuidado, restricciones en la dieta cuanto a la sal y a los líquidos, acompañamiento de la adhesión a los medicamentos prescritos, control del peso y reconocimiento precoz de los señales y de los síntomas de descompensación^(9,10). Estudios demuestran que entre los factores precipitantes que pueden estar involucrados en la descompensación están o no con reconocimiento de las señales y de los síntomas de empeoramiento de la IC por los pacientes y la baja adhesión al tratamiento⁽¹¹⁾.

En el cuidado domiciliar el énfasis de la atención se transfiere del foco recuperación de la salud de los individuos para el foco prevención de riesgos y agravaciones, y promoción de la salud. La deshospitalización es una tendencia mundial, una estrategia que puede

asegurar la humanización de la asistencia, además de reducir los costos del hospital derivados del proceso de hospitalización⁽¹²⁾.

Sin embargo, el suceso de este enfoque requiere esfuerzos continuados y frecuentes con el objetivo de mantener la aproximación del equipo junto a los pacientes y sus cuidadores. En la práctica nos encontramos con diferentes modos de vida, herencias culturales, y principalmente visiones del proceso salud-enfermedad peculiar a cada individuo. Estos aspectos exigen del profesional de salud la necesidad de comprensión y conocimiento acerca de las dimensiones culturales. Es necesario transformar el cuidado prescrito, atrelado al ambiente hospitalar, en un cuidado culturalmente congruente, vislumbrando que la cantidad y la calidad de las informaciones y orientaciones dispensadas por el enfermero sea de hecho implementadas en el contexto familiar y social de cada paciente^(13,14).

En esta perspectiva podemos buscar subsidios en la teoría de la diversidad cultural y de la universalidad de Leininger para fundamentar a práctica del cuidado domiciliar de enfermería para pacientes con IC, transformando la ficción (protocolo de orientaciones basadas en evidencias) en realidad.

OBJETIVO

Ejercer el pensamiento teórico-reflexivo a partir de la teoría de la diversidad y universalidad cultural del cuidado de Leininger, en el contexto de la visita domiciliar en pacientes con IC.

MARCO TEÓRICO - TEORIA DE LA DIVERSIDAD Y UNIVERSALIDAD CULTURAL DEL CUIDADO DE LEININGER

Madeleine Leininger al final de los años 1950 durante su trabajo de doctorado conceptuó la enfermería transcultural como un área específica de la práctica de enfermería. En los años 70, el modelo de salud transcultural fue presentado, pero sólo en 1984 el modelo

Sunrise, hoy difundido mundialmente, fue publicado⁽¹⁵⁾. En Brasil, la teoría de Leininger comenzó a ser una referencia usada de forma más frecuente a finales de la década de 1980. Su meta era proporcionar un cuidado de enfermería culturalmente congruente para individuos de diversas culturas. Para Leininger el cuidado cultural se refiere a los valores, creencias y expresiones que ayudan, apoyan o capacitan al individuo o grupo para mantener su bienestar y mejorar su modo de vida⁽¹⁶⁾.

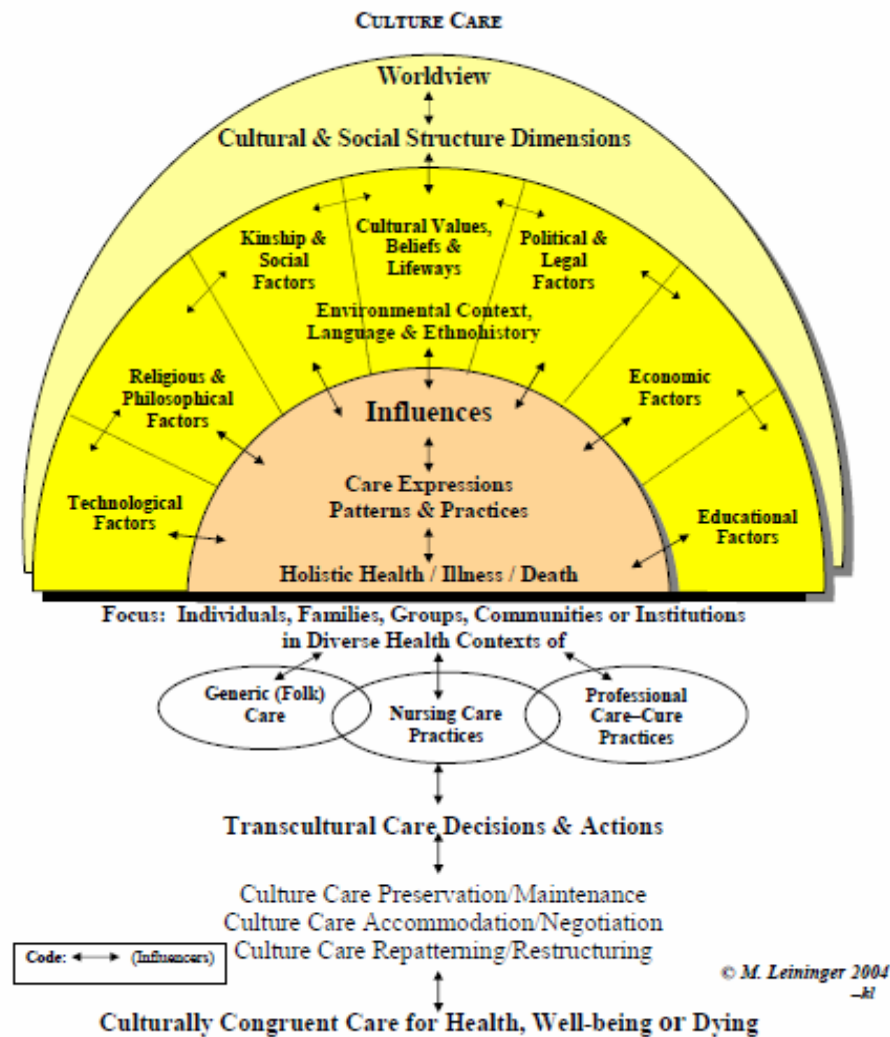
El enfoque está en el reconocimiento y en el entendimiento de las semejanzas y de las diferencias culturales para construir el cuidado de la enfermería.

El modelo *Sunrise* (Figura 1) fue desarrollado por Leininger para esquematizar los componentes esenciales de su teoría. Sol naciente simboliza el cuidado (salida del sol). Cuidado que se refiere a los fenómenos relacionados a la asistencia, conductas de apoyo y capacitación dirigidas al individuo, con necesidad real o potencial para atenuar o mejorar el modo de vida⁽¹⁵⁾.

La mitad superior del círculo representa los componentes de la estructura social y factores relacionados a la visión del mundo que influyen en los cuidados y en la salud, por medio del lenguaje y del encuentro. Esos factores influyen el sistema popular, profesional y en el enfermero, representados en la mitad inferior del círculo. Las dos mitades juntas representan el sol completo, o sea, el escenario que los enfermeros deben considerar para desarrollar el cuidado y la salud. El enfermero funciona como enlace entre el sistema de salud profesional y el popular mediante tres tipos de acciones cuidadoras: la preservación, el Alojamiento y la remodelación del cuidado cultural⁽¹⁵⁾. El modelo considera el ser humano inseparable de su cultura y estructura social, aspectos esos considerados pilares en la teoría de Leininger.

En este estudio será utilizado en el primer nivel del modelo para las reflexiones, considerando el individuo concreto en el escenario de la visita domiciliar⁽¹⁵⁻¹⁷⁾.

Fig. 1- Leininger's Sunrise Enabler to Discover Cultural Care



ANÁLISIS DE CORRELACIÓN

En el contexto de la visita domiciliar, la práctica evidencia que el proceso salud-enfermedad recibe influencia socioeconómica y cultural, siendo necesario conocer el contexto cultural del paciente y de la familia para que las acciones de salud alcancen el resultado esperado. El comportamiento y los hábitos de los individuos son parte integrante de su cultura, y influyen directamente las prácticas de salud y de enfermería. La cultura según Leininger se refiere a los valores, creencias, normas y

modos de vida que son aprendidos, asumidos y transmitidos por un determinado grupo y que guían sus pensamientos, decisiones, acciones y padrones de cuidado^(16,17).

Estos aspectos son focalizados en la Teoría de Leininger, que propone el cuidado sobre la óptica transcultural y holística.

Durante la visita domiciliar, el enfermero debe considerar los individuos, familias o grupos, activamente involucrados en el proceso de cuidar, evitando las prácticas de salud culturalmente impositivas todavía bastante enraizadas al modelo biomédico⁽¹⁷⁾. Las prácticas impositivas no favorecen la autonomía y la tomada de decisión, lo que imposibilita el cambio de hábitos y comportamientos, los cuales son los objetivos principales del cuidado domiciliar⁽¹⁸⁾. La cultura es todavía un factor reconocido como barrera en la adhesión al tratamiento⁽¹⁹⁾. De esa forma, el cuidado culturalmente congruente es lo opuesto de la práctica impositiva, donde el individuo es ser participativo, objeto de atención, con sus propios conceptos de salud y enfermedad⁽¹⁷⁾.

La IC es una condición que compromete, considerablemente, la vida diaria del individuo y de su familia. Hasta cuando el paciente se encuentra estable, la limitación física puede estar presente, lo que requiere su comprensión y adaptación para esa realidad. Algunos pacientes no consiguen más desempeñar actividades simples como bañarse sin ayuda, afeitarse y lavar la loza en virtud del cansancio. Las adaptaciones en cuanto a restricciones de la dieta (poca sal y líquidos reducidos) también son necesarias, lo que causa modificaciones drásticas en todo núcleo familiar^(7,20).

Para que el cuidado pueda ser considerado satisfactorio en este escenario, el enfermero debe considerar el individuo y la familia como participantes en la planificación y en las acciones de cuidado, de modo que su actuación será direccionada para a preservación, acomodación y remodelación del cuidado. La preservación ocurre cuando el enfermero considera los cuidados que el paciente y su familia ejecuta, de su modo, con sus creencias y valores y los mantiene, considerando la práctica profesional. La acomodación se refiere a la capacidad de negociación por parte del enfermero en ese escenario domiciliar, entendiendo la dimensión cultural que ese individuo está insertado, no apenas en el domicilio, pero en el área adtrita y su residencia. Para estos pacientes es

importantes orientaciones para caminadas diarias, para estimular la actividad física. Pero, ¿y si ese individuo reside en una área de riesgo, o en local de difícil acceso? El potencial de negociación que Leininger propone puede ser aplicado, una vez conociendo y entendiendo esa realidad, es posible proponer caminadas dentro de la propia casa, conversar con alguien de la familia que pueda ser propuesto a llevar al paciente para realizar las caminadas en otro local. Al final, lo primordial es ejercer la negociación. No ser impositivo. Por último, la remodelación, que es la reestructuración del cuidado cultural, en el cual el enfermero asiste al individuo y su familia en la modificación de patrones de salud importantes para la mejora de su proceso salud-enfermedad, principalmente de su calidad de vida, aspecto íntimamente afectado en pacientes con insuficiencia cardíaca⁽²¹⁾.

La visita domiciliar permite al profesional crear un relacionamiento afectivo y amistoso con el individuo y su familia, visto que el enfermero está entrando en la casa del paciente y, por lo tanto, conociendo su intimidad. Sin embargo, es necesario establecer confianza entre el profesional y la familia, para que ésta se sienta segura con las acciones desarrolladas por el enfermero. Mientras más efectivo sea el relacionamiento y la participación del profesional con la familia, mayor será la aproximación entre el vínculo del sistema profesional con el sistema popular⁽²¹⁾.

CONCLUSIÓN

El entendimiento de la salud y de su promoción ha llevado a los profesionales a revisar los conceptos y teorías que orientan su práctica para un cuidado cada vez más próximo a las necesidades de los usuarios y del significado por ellos atribuido al proceso de salud-enfermedad.

La visita domiciliar en el escenario de la insuficiencia cardíaca proporciona una visión más amplia por parte del enfermero de las reales condiciones de vida del individuo y su familia. A partir de esa Visión, el enfermero consigue facilitar la adaptación y la planificación de la familia conforme sus propios recursos frente a esa situación de

enfermedad, además de proporcionar mayor libertad para el desarrollo del autocuidado, una vez que el tiempo dedicado a ellos es mucho mayor de lo que en el contexto institucional.

La teoría de la diversidad y universalidad cultural del cuidado de Leininger a una teoría que abraza, que subsidia el ejercicio de un cuidado crítico y reflexivo, contribuyendo para aproximar el universo del individuo al universo profesional. El cuidado de enfermería basado en la teoría de Leininger tiene como objetivo un plan para las acciones con el individuo de modo participativo, ofreciendo la elección del itinerario terapéutico que mejor cabe en su realidad⁽²¹⁾.

Durante la visita domiciliar, el diálogo y la reflexión que realiza el enfermero permite al individuo, cuidador de la familia instrumentalizarse, ofreciendo condiciones para pensar, reflejar críticamente y actuar, en busca de la participación en el cuidado.

La aplicación de la Teoría de Leininger oportuniza al enfermero descubrir prácticas de cuidado específicas de cada individuo y factores culturales que pueden influenciar en el cuidado al ser humano, como religión, ambiente, aspectos políticos, económicos, visión de , entre otros⁽²²⁾.

Sin embargo, el profesional debe reflexionar sobre el contexto cultural, y eso requiere conocimientos y habilidades para entender y valorizar la preservación, acomodación y reestructuración del cuidado.

La relación en el contexto del domicilio entre el enfermero, individuo y su familia tiene un terreno fértil para el desarrollo de acciones educativas transformadoras, por ser el cuidado un gran fundamento de la responsabilidad de la enfermería⁽²³⁾.

Después de esta reflexión podemos afirmar que la teoría del cuidado cultural puede ser utilizada en el cotidiano de la visita domiciliar para pacientes con insuficiencia cardíaca subsidiando el cuidado de enfermería, lo que posibilita implementar intervenciones terapéuticas centradas en el individuo, favoreciendo la actualización de la relación interpersonal enfermero-individuo-familia. En este sentido, cabe a la enfermería asistir al individuo como un ser único, promoviendo el autocuidado, la mejoría de la calidad de

vida, a recuperação da saúde e a integração familiar no cuidado cultural, o que torna essa prática real.

CITAS

1. While A, Kiek F. Chronic heart failure: promoting quality of life. *Br J Community Nurs.* 2009; 14(2):54-9.
2. Barretto ACP, Del Carlo CH, Cardoso JN, Morgado PC, Munhoz RT, Eid MO, et al. Re-hospitalizações e morte por insuficiência cardíaca - índices ainda alarmantes. *Arq Bras de Cardiol.* 2008; 91(5):335-41.
3. Rohde LE, Claussell N, Ribeiro JP, Goldraich L, Netto R, William Dec G, et al. Health outcomes in decompensated congestive heart failure: a comparison of tertiary hospitals in Brazil and United States. *Int J Cardiol.* 2005; 102(1):71-7.
4. Göhler A, Conrads-Frank A, Worrell SS, Geisler BP, Halpern EF, Dietz R, et al. Decision-analytic evaluation of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of management programmes in chronic heart failure. *Eur J Heart Fail.* 2008; 10(10):1026-32.
5. Patel H, Ekman SMI, Höjgård S, Swedberg K, Schaufelberger M. Home care as an option in worsening chronic heart failure- a pilot study to evaluate feasibility, quality adjusted life years and cost-effectiveness. *Eur J Heart Fail.* 2008; 10(7):675-81.
6. Bocchi EA, Cruz F, Guimarães G, Moreira LFP, Issa VS, Ferreira SMA, et al. A long-term prospective randomized controlled study using repetitive education at six-month intervals and monitoring for adherence in heart failure outpatients: the REMADHE study. *Circulation.* 2008; 118(2):115-24.
7. Rabelo ER, Aliti G, Domingues FB, Clausell N. Cenários de educação para o manejo de pacientes com insuficiência cardíaca. *Rev Latino-Am Enferm.* 2007; 15 (2): 344-9.
8. Paz AA, Santos BRL. Programas de cuidado de enfermagem domiciliar. *Rev Bras Enferm.* 2003; 56(5):538-41.
9. Ho YL, Hsu TP, Chen CP, Lee CY, Lin IH, Hsu RB, et al. Improved cost-effectiveness for management of chronic heart failure by combined home-based intervention with clinical nursing specialists. *J Formos Med Assoc.* 2007;106(4):313-9.
10. Davidson P, Paull G, Rees D, Daly J, Cockburn J. Activities of home-based heart failure nurse specialists: a modified narrative analysis. *Am J Crit Care.* 2005; 14(5):426-33.
11. Mangini S, Silveira FS, Silva CP, Grativvol OS, Seguro LF, Ferreira SMA, et al. Insuficiência cardíaca descompensada na unidade de emergência de hospital especializado em cardiologia. *Arq Bras de Cardiol.* 2008; 90(6):433-40.
12. Rabelo ER, Aliti GB, Domingues FB, Braum S. Fatores precipitantes de descompensação da insuficiência cardíaca: estudo multicêntrico EMBRACE. *Arq Bras de Cardiol.* 2008;91(1):224.
13. Chaves M. O cuidado domiciliar no programa de atenção ao paciente crônico grave no hospital IPSEMG [Dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2004.
14. Artinian NT, Magnan M, Sloan M, Lange PM. Self-care behaviours among patients with heart failure. *Heart Lung.* 2002; 31(3):161-72.
15. McEwen M, Wills EM. Bases teóricas para enfermagem. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
16. Marriner-Tomey A. Modelos y teorías em enfermería. 3ª ed. Madri: Mosby; 1995.
17. Monticelli M, Boehs AE, Guesser JC, Gehrman T, Paiva K. Perfil de dissertações que utilizam a teoria de leininger vinculadas a um programa de mestrado em enfermagem do sul do país. *Ciênc cuid saúde.* 2008; 7(4):447-53.

18. Oliveira DL. A 'nova' saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. *Rev Latino-Am Enferm*. 2005; 13(3):423-31.
19. Hsu YH, Mao CL, Wey M. Antihypertensive medication adherence among elderly Chinese Americans. *J Transcult Nurs*. 2010; 21(4):297-305.
20. Barretto ACP, Drumond NC, Mady C, Albuquerque DC., Brindeiro DF, Braile DM, et al. Revisão das II diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia para o diagnóstico e tratamento da insuficiência cardíaca. *Arq Bras de Cardiol*. 2002; 79(4):1-30.
21. Michel T, Seima MD, Lacerda MA, Bernardino E, Lenardt MH. As práticas educativas em enfermagem fundamentadas na teoria de Leininger. *Cogitare enferm*. 2010; 15(1): 131-7.
22. Fernandes MTO, Soares SM. Work with groups in Family Health: concepts, structure and strategies for transcultural care. A qualitative study. *Online Braz J Nurs* [serial in the internet]. 2007 [cited 2011 ago 13]; 6(3). Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.16764285.2007.1204/247>
23. Tulio EC, Stefanelli MC, Centa ML. Vivenciando a visita domiciliar apesar de tudo. *Fam Saúde Desenv*. 2000; 2(2):71-9.

Recibido: 30/09/2011

Aprobado: 03/09/2012