



OBJN
Online Brazilian Journal of Nursing

PORTUGUÊS

Universidade Federal Fluminense

ESCOLA DE ENFERMAGEM
AURORA DE AFONSO COSTA



Análise e comentários



Visita domiciliar para pacientes com insuficiência cardíaca: uma reflexão sob a luz da teoria de teininger

Karen Brasil Ruschel¹, Karina Azzolin¹, Eneida Rejane Rabelo¹

¹Universidade Federal do Rio Grande do Sul

RESUMO

Objetivo: Exercer o pensamento teórico-reflexivo baseado na diversidade e universalidade cultural do cuidado de Leininger, no contexto de visitas domiciliares para a insuficiência cardíaca (IC). **Métodos:** Trata-se de uma reflexão baseada no modelo *Sunrise*. Nesse estudo foi utilizado o primeiro nível do modelo, considerando o indivíduo concreto, acometido por insuficiência cardíaca, no cenário domiciliar. **Resultados:** O processo saúde-doença é influenciado por fatores socioeconômicos e culturais. Refere-se à valores, crenças, normas e modos de vida que são aprendidos, assumidos e transmitidos por um determinado grupo e que orientam as decisões, ações e padrões de cuidado. **Discussão:** Na visita domiciliar, o enfermeiro deve considerar os indivíduos e famílias envolvidos no processo saúde-doença, realizando um cuidado congruente, e evitando práticas impositivas, com o ser partícipe. **Conclusão:** A visita domiciliar proporciona uma visão ampla sobre as condições de vida do indivíduo e família, podendo o cuidado ser subsidiado pela teoria da diversidade e universalidade cultural.

Palavras-chave: Enfermagem transcultural, visita domiciliar, insuficiência cardíaca

INTRODUÇÃO

Diante do panorama epidemiológico sombrio da insuficiência cardíaca (IC), principalmente pelas elevadas taxas de readmissão hospitalar, novas estratégias de acompanhamento dos pacientes precisam ser testadas e implementadas pelos enfermeiros⁽¹⁻³⁾.

A IC, desordem preocupante e desafiadora para a equipe de saúde, tem como principal objetivo do seu tratamento alcançar e manter a estabilidade clínica dos pacientes⁽⁴⁻⁶⁾. A educação dos pacientes no seu domicílio pode ser uma alternativa de aproximação da equipe à realidade destes, favorecendo a continuidade do processo educativo, iniciado durante a internação hospitalar, ou até mesmo das estratégias planejadas em nível ambulatorial⁽⁷⁾.

A visita domiciliar vem ganhando importância, uma vez que orientar o paciente e os cuidadores no seu ambiente de rotina, identificando as dificuldades nas habilidades para implementar o autocuidado, torna esta abordagem mais efetiva e humanizada. O cuidado de enfermagem no domicílio caracteriza-se pelo acompanhamento, tratamento, recuperação e reabilitação dos pacientes, considerando desta forma a organização familiar e comunitária em que o paciente está inserido⁽⁸⁾.

O acompanhamento de pacientes com IC por enfermeiros sob cuidado domiciliar inclui a orientação sobre a doença e o autocuidado, restrições dietéticas quanto ao sal e à líquidos, acompanhamento da adesão aos medicamentos prescritos, controle do peso e reconhecimento precoce dos sinais e dos sintomas de descompensação^(9,10). Estudos demonstram que entre os fatores precipitantes que podem estar envolvidos na descompensação estão o não reconhecimento dos sinais e dos sintomas de piora da IC pelos pacientes e a baixa adesão ao tratamento⁽¹¹⁾.

No cuidado domiciliar a ênfase da atenção se transfere do foco recuperação da saúde dos indivíduos para o foco prevenção de riscos e agravos, e promoção da saúde. A desospitalização é uma tendência mundial, uma estratégia que pode garantir a

humanização da assistência, além de reduzir os custos hospitalares decorrentes do processo de hospitalização⁽¹²⁾.

Contudo, o sucesso desta abordagem requer esforços continuados e frequentes com o objetivo de manter a aproximação da equipe junto aos pacientes e seus cuidadores. Na prática deparamo-nos com diferentes modos de vida, heranças culturais, e principalmente visões do processo saúde-doença peculiares a cada indivíduo. Estes aspectos exigem do profissional de saúde a necessidade de compreensão e conhecimento acerca das dimensões culturais. É necessário transformar o cuidado prescrito, atrelado ao ambiente hospitalar, em um cuidado culturalmente congruente, vislumbrando que a quantidade e a qualidade das informações e orientações dispensadas pelo enfermeiro sejam de fato implementadas no contexto familiar e social de cada paciente^(13,14).

Nesta perspectiva podemos buscar subsídios na teoria da diversidade cultural e da universalidade de Leininger para fundamentar a prática do cuidado domiciliar de enfermagem para pacientes com IC, transformando a ficção (protocolo de orientações embasadas em evidências) em realidade.

OBJETIVO

Exercer o pensamento teórico-reflexivo a partir da teoria da diversidade e universalidade cultural do cuidado de Leininger, no contexto da visita domiciliar em pacientes com IC.

MARCO TEÓRICO - TEORIA DA DIVERSIDADE E UNIVERSALIDADE CULTURAL DO CUIDADO DE LEININGER

Madeleine Leininger no final dos anos 1950 durante seu trabalho de doutorado conceituou a enfermagem transcultural como uma área específica da prática de enfermagem. Nos anos de 1970, o modelo de saúde transcultural foi apresentado, mas apenas em 1984 o modelo *Sunrise*, hoje difundido mundialmente, foi publicado⁽¹⁵⁾. No Brasil, a teoria de Leininger começou a ser uma referência usada de forma mais

frequente no final da década de 1980. Sua meta é proporcionar um cuidado de enfermagem culturalmente congruente para indivíduos de diversas culturas. Para Leininger o cuidado cultural se refere aos valores, crenças e expressões que ajudam, apóiam ou capacitam o indivíduo ou grupo para manter seu bem estar e melhorar seu modo de vida⁽¹⁶⁾.

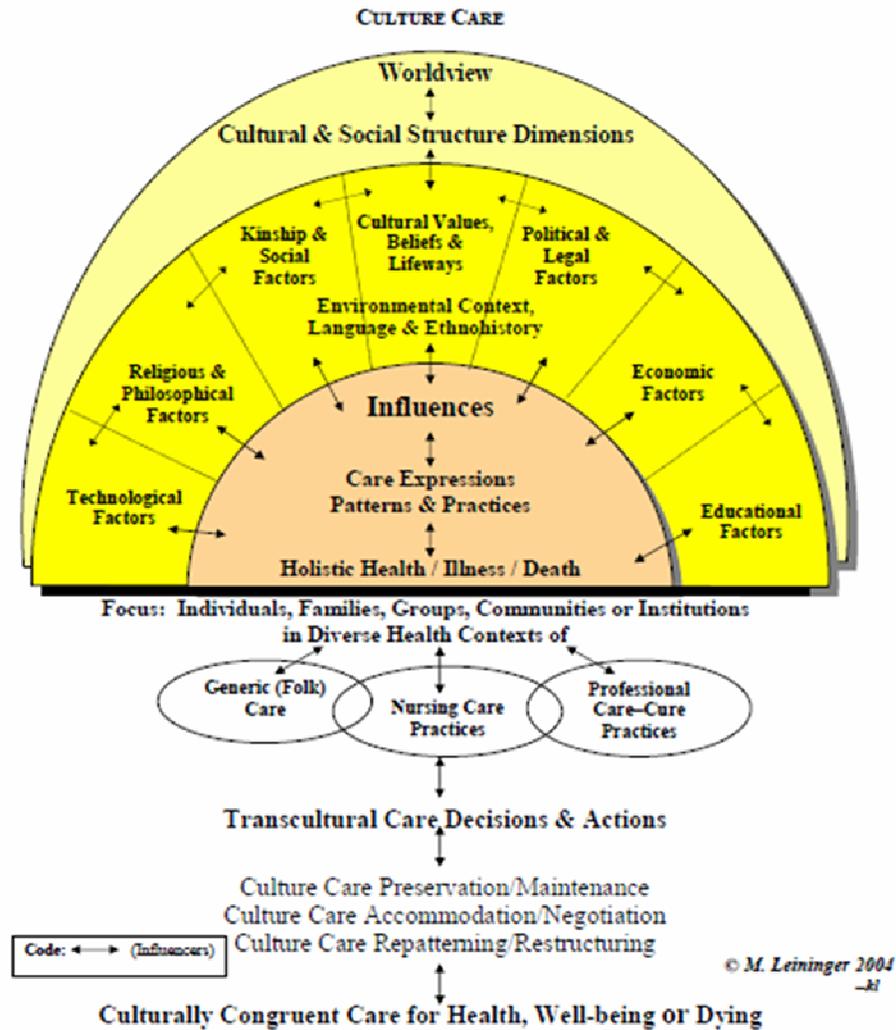
O enfoque está no reconhecimento e entendimento das similaridades e das diferenças culturais para construir o cuidado de enfermagem.

O modelo *Sunrise* (Figura 1) foi desenvolvido por Leininger para esquematizar os componentes essenciais de sua teoria. Sol nascente simboliza o cuidado (saída do sol). Cuidado que se refere aos fenômenos relacionados à assistência, condutas de apoio e capacitação dirigidas ao indivíduo, com necessidade real ou potencial para atenuar ou melhorar o modo de vida⁽¹⁵⁾.

A metade superior do círculo representa os componentes da estrutura social e fatores relacionados à visão de mundo que influenciam nos cuidados e na saúde, por meio da linguagem e do encontro. Esses fatores influenciam o sistema popular, profissional e o enfermeiro, representados na metade inferior do círculo. As duas metades juntas representam o sol completo, ou seja, o cenário que os enfermeiros devem considerar para desenvolver o cuidado e a saúde. O enfermeiro funciona como elo entre o sistema de saúde profissional e o popular mediante três tipos de ações cuidadoras: a preservação, a acomodação e a remodelação do cuidado cultural⁽¹⁵⁾. O modelo considera o ser humano inseparável de sua cultura e estrutura social, aspectos esses considerados pilares na teoria de Leininger.

Nesse estudo será utilizado o primeiro nível do modelo para as reflexões, considerando o indivíduo concreto no cenário da visita domiciliar⁽¹⁵⁻¹⁷⁾.

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



ANÁLISE DE INTER-RELAÇÃO

No contexto da visita domiciliar, a prática evidencia que o processo saúde-doença recebe influência socioeconômica e cultural, sendo necessário conhecer o contexto cultural do paciente e da família para que as ações de saúde alcancem o resultado esperado. O comportamento e os hábitos dos indivíduos são parte integrante de sua cultura, e influenciam diretamente as práticas de saúde e de enfermagem. A cultura segundo Leininger se refere aos valores, crenças, normas e modos de vida que são aprendidos, assumidos e transmitidos por um determinado grupo e que guiam seus pensamentos, decisões, ações e padrões de cuidado^(16,17).

Estes aspectos são focalizados na Teoria de Leininger, que propõe o cuidado sob a ótica transcultural e holística.

Durante a visita domiciliar, o enfermeiro deve considerar os indivíduos, famílias ou grupos, ativamente envolvidos no processo de cuidar, evitando as práticas de saúde culturalmente impositivas ainda bastante arraigadas ao modelo biomédico⁽¹⁷⁾. As práticas impositivas não favorecem a autonomia e a tomada de decisão, o que impossibilita a mudança de hábitos e comportamentos, os quais são os objetivos principais do cuidado domiciliar⁽¹⁸⁾. A cultura é ainda fator reconhecido como barreira na adesão ao tratamento⁽¹⁹⁾. Dessa forma, o cuidado culturalmente congruente é o oposto da prática impositiva, onde o indivíduo é ser participativo, sujeito do cuidado, com seus próprios conceitos de saúde e doença⁽¹⁷⁾.

A IC é uma condição que compromete, consideravelmente, a vida diária do indivíduo e de sua família.. Mesmo quando o paciente se encontra estável, a limitação física pode estar presente, o que exige sua compreensão e adaptação para essa realidade. Alguns pacientes não conseguem mais desempenhar atividades simples como tomar banho sem auxílio, fazer a barba e lavar a louça em virtude do cansaço. As adaptações quanto às restrições da dieta (pouco sal e líquidos reduzidos) também são necessárias, o que causa modificações drásticas em todo núcleo familiar^(7,20).

Para que o cuidado possa ser considerado satisfatório nesse cenário, o enfermeiro deve considerar o indivíduo e a família como participantes no planejamento e nas ações de cuidado, de modo que sua atuação será direcionada para a preservação, acomodação e repadronização do cuidado. A preservação ocorre quando o enfermeiro considera os cuidados que o paciente e sua família executam, do seu modo, com suas crenças e valores e os mantém, considerando a prática profissional. A acomodação se refere à capacidade de negociação por parte do enfermeiro nesse cenário domiciliar, entendendo a dimensão cultural que esse indivíduo está inserido, não apenas no domicílio, mas na área adstrita a sua residência. Para estes pacientes é importante orientações para caminhadas diárias, de modo a estimular a atividade física. Mas, e se esse indivíduo reside em uma área de risco, ou em local de difícil acesso? O potencial de negociação

que Leininger propõe pode ser aplicado, uma vez que conhecendo e entendendo essa realidade, é possível propor caminhadas dentro da própria casa, conversar com alguém da família que possa se propor a levar o paciente para realizar as caminhadas em outro local. Enfim, o primordial é exercer a negociação. Não ser impositivo. Por fim, o remodelamento, que é a reestruturação do cuidado cultural, no qual o enfermeiro auxilia o indivíduo e sua família na modificação de padrões de saúde importantes para a melhora do seu processo saúde-doença, principalmente de sua qualidade de vida, aspecto intimamente afetado em pacientes com insuficiência cardíaca⁽²¹⁾.

A visita domiciliar permite ao profissional criar um relacionamento afetivo e amistoso com o indivíduo e sua família, visto que o enfermeiro está adentrando na casa do paciente e, portanto, conhecendo a sua intimidade. Entretanto, é necessário estabelecer confiança entre profissional e família, para que esta se sinta segura com as ações desenvolvidas pelo enfermeiro. Quanto mais efetivo for o relacionamento e o envolvimento do profissional com a família, maior será a aproximação entre o elo do sistema profissional com o sistema popular⁽²¹⁾.

CONCLUSÃO

O entendimento da saúde e de sua promoção tem levado os profissionais a reverem os conceitos e teorias que orientam sua prática para um cuidado cada vez mais próximo das necessidades dos usuários e do significado por eles atribuído ao processo de saúde-doença.

A visita domiciliar no cenário da insuficiência cardíaca proporciona uma visão mais ampla por parte do enfermeiro das reais condições de vida do indivíduo e sua família. A partir dessa visão, o enfermeiro consegue facilitar a adaptação e o planejamento da família conforme seus próprios recursos frente a essa situação de doença, além de proporcionar maior liberdade para o desenvolvimento do autocuidado, uma vez que o tempo dedicado a eles é bem maior do que no contexto institucional.

A teoria da diversidade e universalidade cultural do cuidado de Leininger é uma teoria abrangente, que subsidia o exercício de um cuidado crítico e reflexivo, contribuindo para aproximar o universo do indivíduo ao universo profissional. O cuidado de enfermagem baseado na teoria de Leininger visa planejar as ações com o indivíduo de modo participativo, oportunizando a escolha do itinerário terapêutico que melhor se enquadra em sua realidade⁽²¹⁾.

Durante a visita domiciliar, o diálogo e a reflexão realizado pelo enfermeiro permite ao indivíduo, cuidador ou a família se instrumentalizar, oferecendo condições para pensar, refletir criticamente e agir, em busca da participação no cuidado.

A aplicação da Teoria de Leininger oportuniza ao enfermeiro descobrir práticas de cuidado específicas de cada indivíduo e fatores culturais que podem influenciar no cuidado ao ser humano, como religião, ambiente, aspectos políticos, econômicos, visão de , entre outros⁽²²⁾.

Entretanto, o profissional deve refletir sobre o contexto cultural, e isso exige conhecimentos e habilidades para entender e valorizar a preservação, acomodação e reestruturação do cuidado.

A relação no contexto do domicílio entre o enfermeiro, indivíduo e sua família tem um terreno fértil para o desenvolvimento de ações educativas transformadoras, visto ser o cuidado um grande alicerce do fazer da enfermagem⁽²³⁾.

Após essa reflexão podemos afirmar que a teoria do cuidado cultural pode ser utilizada no cotidiano da visita domiciliar para pacientes com insuficiência cardíaca subsidiando o cuidado de enfermagem, o que possibilita implementar intervenções terapêuticas centradas no indivíduo, favorecendo o aprimoramento da relação interpessoal enfermeiro-indivíduo-família. Nesse sentido, cabe à enfermagem assistir o indivíduo como um ser único, promovendo-lhe o autocuidado, a melhora na qualidade de vida, a recuperação da saúde e a integração familiar no cuidado cultural, o que torna essa prática realidade.

REFERÊNCIAS

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 descompensated 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.

Recebido: 30/09/2011

Aprovado: 03/09/2012