



Universidade Federal Fluminense

ESCUELA DE ENFERMERÍA
AURORA DE AFONSO COSTA



Artículos Originales



Perspectivas de aprendizaje en la consulta para clientes renales y cuidadores: estudio fenomenológico

Harlon França de Menezes¹, Ann Mary Machado Tinoco Feitosa Rosas², Alessandra Conceição Leite Funchal Camacho¹, Flávia Silva de Souza², Benedita Maria Rêgo Deusdará Rodrigues³ Richardson Augusto Rosendo da Silva⁴

¹Universidade Federal Fluminense

²Universidade Federal de Rio de Janeiro

³Universidade del Estado de Rio de Janeiro

⁴Universidade Federal de Rio Grande del Norte

RESUMEN

Objetivo: Comprender las repercusiones de las acciones educativas de la consulta de enfermería en el mundo de la vida de los enfermos renales crónicos y sus cuidadores. **Métodos:** Investigación cualitativa, utilizándose el referencial de la Fenomenología Social. Fueron realizadas entrevistas con cuestiones abiertas, con 12 enfermos y sus 12 cuidadores, en un ambulatorio del hospital público de Rio de Janeiro, Brasil, en 2016. **Resultados:** El análisis de las declaraciones de los participantes permitió la elaboración de dos categorías concretas de lo vivido referentes a los motivos “porque”: Suma de aprendizaje vivida por los enfermos y Quien cuida también aprende. **Conclusión:** La importancia de las perspectivas de los enfermos renales crónicos y sus cuidadores para el delineamiento de acciones educativas se destaca en la interacción cara a cara, en el abordaje compartido y en la aproximación del enfermero.

Descriptor: Enfermería de Consulta; Insuficiencia Renal Crónica; Educación en Salud; Investigación Cualitativa.

INTRODUCCIÓN

Las Directrices Clínicas para el Cuidado ofrecido al paciente con Enfermedad Renal Crónica (ERC) del Sistema Único de Salud (SUS) defienden que estos pacientes deben ser acompañados por un equipo multiprofesional, en las unidades básicas de salud y en la progresión de la enfermedad, deben ser encaminados para el atendimento en las unidades de atención especializada en ERC, para orientaciones y educación en salud⁽¹⁾.

Actualmente, se considera la ERC como un problema de salud pública y es descrita como uno de los principales determinantes para el riesgo de eventos cardiovasculares, siendo la morbilidad y la mortalidad cardiovascular entre los pacientes con ERC elevadas. Resultados adversos de la ERC, como insuficiencia renal terminal, enfermedades cardiovasculares (ECV) y muerte prematura, pueden evitarse o retrasarse cuando se inicia el tratamiento en las primeras fases de la enfermedad⁽¹⁻²⁾.

Por lo tanto, después de ser diagnosticado con ERC, el paciente renal crónico debe ser sometido a tratamiento lo más rápido posible, sea conservador o dialítico. La noticia de la pérdida de la capacidad renal, y de la necesidad de tratamiento especializado, puede caracterizarse como una experiencia difícil y ardua, sin embargo, es esencial para la manutención de la vida de la persona con ERC⁽³⁾.

De este modo, se destaca la importancia de incorporar estrategias que contribuyan para que la persona con ERC sea cada vez más participativa y actuante en su tratamiento, posibilitándole los medios para manifestar su autonomía, con la finalidad de estimular el cuidado de sí como una posibilidad de adhesión a la terapéutica⁽⁴⁾.

Además, los individuos que participan en este proceso junto al enfermo renal crónico, es

decir, sus cuidadores, necesitan ser atendidos y tener voz para comprender este nuevo modo de vida al que estarán sujetos con el plan terapéutico de su ser querido.

Siendo así, la consulta de enfermería representa una de las principales estrategias de salud, enfocando principalmente los factores de riesgo que influyen en el control de la ERC. Igualmente, la consulta permite el acompañamiento y el proceso educativo, que a través de un método y estrategia de trabajo científico, realiza la identificación de las situaciones de salud/enfermedad, subsidiando la prescripción e implementación de las acciones de Enfermería⁽⁵⁾.

Esta propuesta prevé la consulta no solamente como una herramienta de trabajo a ser utilizada en el ámbito del SUS, sino como un momento de percepción y de comprensión del cotidiano de vida de esos individuos, que cada vez se quedan dependientes de cuidados y de estrategias educativas que les proporcionen calidad de vida.

En este sentido, el modo como los sentidos subjetivos se expresan en la vida individual depende de la totalidad de la experiencia que el sujeto construye a la largo de su existencia concreta. Esta experiencia agrega un acervo de conocimientos que está disponible y accesible, de acuerdo con la situación biográfica del sujeto. Tales interpretaciones de los contextos sociales son relevantes para el condicionamiento del tratamiento, en lo que se refiere a la adhesión, y al control teniendo objetivando la no progresión de la ERC.

Estudios revelan que la actuación de la enfermería ha mejorado el control de la presión arterial, configurándose como un sistema de apoyo para la educación, lo que perfecciona las habilidades de cuidado con la propia salud, y que durante el curso de la intervención liderada por la enfermera, se controla mejor los factores

de riesgo aceptados para progresión de la ERC, combinándose con el empoderamiento⁽⁶⁻⁸⁾.

Sin embargo, prevalecen estudios sobre los aspectos clínicos y el tratamiento farmacológico, sin énfasis en los programas preventivos, en la prevención de las complicaciones y en la lentitud de la enfermedad renal, para los que muchos aspectos sociodemográficos, como el nivel de escolaridad, están asociados a las disparidades en la salud, incluyendo las enfermedades renales^(9,10).

Partiéndose del principio que la consulta de enfermería permite la identificación de las situaciones de salud/enfermedad y subsidia la prescripción e implementación de las acciones de Enfermería, es justificable, comprender las perspectivas de las acciones educativas de la consulta de enfermería en el mundo de la vida de enfermo renal crónico y de sus cuidadores.

Considerando una perspectiva más amplia del cuidado de los enfermos renales crónicos, la presencia de un cuidador es muy importante. Esta persona puede ser de la propia familia y/o de la comunidad, y debe tener el debido apoyo y orientación de un profesional de la salud, cuyo papel ultrapasa el simple acompañamiento de las actividades diarias de los individuos. Ellos deben estar preparados para experimentar el proceso de cuidado de su ser querido, principalmente dentro de sus casas, ya que muchos de ellos no tienen esa experiencia y le temen.

Por eso, es fundamental establecer estrategias educativas que puedan contribuir en la vivencia de estos individuos para que alcance resultados satisfactorios. Entonces, se partió de la siguiente cuestión de investigación: ¿Cuáles son las repercusiones de las acciones educativas de la consulta de enfermería para el enfermo renal crónico y sus cuidadores?

De ese modo, el presente estudio fue elaborado con el siguiente objetivo: comprender las repercusiones de las acciones educativas de

la consulta de enfermería para el enfermo renal crónico y sus cuidadores.

MÉTODOS

Estudio de naturaleza cualitativa, orientado por la fenomenología social de Alfred Schutz. Tal abordaje posibilita desvelar el fenómeno vivido por el sujeto en su cotidiano, buscando la comprensión de la realidad para describir el fenómeno, en este caso, la experiencia vivida y cómo las personas se observan en ella⁽¹¹⁾.

Siendo así, la fenomenología social ocurre con el fin de explicar la estructura significativa del mundo social, o sea, el conjunto de los significados subjetivos que constituyen ese mundo de la vida, teniendo como fundamento que toda acción que el sujeto desarrolla tiene un sentido intencional y busca ahí atender sus expectativas⁽¹²⁾.

El mundo de la vida se conceptúa como siendo toda la experiencia cotidiana, direcciones y acciones por medio de las cuales, los individuos lidian con sus intereses, manipulando objetos y tratando a las personas, concibiendo y realizando planes, o sea, no es un mundo privado de un único individuo, sino un mundo intersubjetivo, común a todos nosotros, en el cual no tenemos un interés teórico, y sí uno eminentemente práctico⁽¹¹⁾.

Estas acciones son interpretadas a partir de sus motivos existenciales. Os motivos que se relacionan a los proyectos del futuro se denominan "motivos para" y aquellos que se fundamentan en el acervo de conocimientos y en la experiencia vivida en el ámbito biopsicosocial del sujeto son denominados "motivos porque"⁽¹³⁾.

El conjunto de motivos "para" y "porque" traducen el flujo da acción en pauta, o sea, la carga de conocimientos contextualizados y traducidos, al estar estos sujetos inseridos en un

mundo subjetivo, donde se forman las categorías concretas de lo vivido, que nada más es que la organización teórica de las características de la existencia concreta de sujetos típicos inseridos en el mundo social⁽¹¹⁾. En este estudio, se presentan los motivos “porque”, explicados según los antecedentes, el acervo de conocimiento, el ambiente y la predisposición psíquica del actor⁽¹¹⁾.

La región del estudio, fue el mundo de la vida cotidiana de enfermos renales crónicos y sus cuidadores, que participan de la consulta de enfermería en un ambulatorio de nefrología de un hospital universitario, ubicado en el municipio de Rio de Janeiro, Brasil.

La consulta de enfermería en dicho ambulatorio, ocurre los miércoles y los viernes y es desarrollada por tres enfermeros que están inseridos en el cuerpo clínico de la especialidad en el servicio, siendo el investigador principal uno de ellos. Inicialmente, el médico atiende, y después encamina al enfermo renal crónico y a su cuidador para realizar la consulta de enfermería. El enfermero recibe a ambos que inicia el prontuario, con el diálogo enfermero-enfermo y cuidador, indagando sobre el estado de salud y bienestar del portador de la enfermedad renal y así, realiza el proceso de acciones educativas basado en las principales dudas y quejas del enfermo renal crónico. Actualmente, la marcación de consulta enfoca en los enfermos renales crónicos en diversas etapas de ERC y en los que tienen dificultades de adhesión al tratamiento.

Participaron en este estudio 12 enfermos renales crónicos, mayores de 18 años, atendidos en el programa de tratamiento conservador de ERC en etapas avanzadas de la enfermedad, y sus 12 respectivos familiares cuidadores, mayores de 18 años, que los acompañaban, de modo a configurar los criterios de inclusión. El motivo de inserir el enfermo renal crónico en etapas avanzadas de ERC fue porque su vivencia está permeada por un perfil clínico que influye en

las necesidades de salud. De este modo, el enfermo renal crónico es presencia constante en las consultas, y ya puede prepararse para una terapia dialítica.

Para estructurar mejor el tratamiento de los enfermos renales crónicos, y para realizar la estimativa de pronóstico, es necesario que, después del diagnóstico, todos los pacientes sean clasificados en etapas: tratamiento conservador, en las etapas de 1 a 3; pre-dialísis, en las etapas 4 y 5-ND (no dialítico); y terapia renal substitutiva, en la etapa 5-D (dialítico). El tratamiento conservador consiste en controlar los factores de riesgo para la progresión de la ERC, y los eventos cardiovasculares y la mortalidad, con el objetivo de conservar la tasa de filtración glomerular por el mayor tiempo de evolución posible⁽⁵⁾. Fueron excluidos los enfermos renales crónicos que fueron solos a la consulta, y los que iban por primera vez a la consulta porque ellos no tenían el ‘vivido’ de la consulta.

En el período de noviembre de 2015 a abril de 2016, en las salas de atendimento, se realizaron las entrevistas fenomenológicas para poder obtener las declaraciones, que fueron grabadas por el investigador principal con un dispositivo de sonido, con duración media de 25 minutos. A los enfermos crónicos se les presentó la siguiente pregunta: ¿Qué usted espera cuando viene a la consulta de enfermería en el ambulatorio de nefrología?; y, la pregunta presentada a los cuidadores fue: ¿Qué usted espera de la consulta de enfermería en el ambulatorio de nefrología y cuáles son las orientaciones educativas que usted recibió durante la consulta de enfermería para cuidarlo durante el tratamiento?

Los participantes de este estudio fueron contactados previamente, para poder marcar la fecha y la hora que serían realizadas las entrevistas. Los participantes firmaron el Término de Consentimiento Libre y Esclarecido y, para garantizarles el anonimato, las declaraciones

se identificaron con los términos “Enfermo renal crónico” y “Cuidador”, y la numeración arábica correspondiente al orden de las entrevistas: Enfermo renal crónico 01 a Enfermo renal crónico 12; Cuidador 01 a Cuidador 12. O número de participantes para las entrevistas no fue predefinido, ya que, en la entrevista fenomenológica, el cuantitativo puede encerrarse cuando haya repetición significativa de las informaciones dichas, o sea, cuando no se verifica evidencia de nuevos significados, ya que se pretende alcanzar en profundidad y no en cantidad⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

La organización y la categorización del material del estudio se realizó de acuerdo con los pasos adoptados por los investigadores de la fenomenología social^(13,16). Inicialmente, se realizaron lecturas minuciosas de cada declaración en la íntegra, para identificar y captar el sentido de la acción educativa en la consulta de enfermería para el cliente y el cuidador en el ambulatorio de nefrología. Después, se organizó el material no estructurado emanado de la convergencia de sentidos acerca del aprendizaje en la consulta de enfermería. Esta organización tuvo como objetivo obtener las categorías concretas, consideradas como constructos objetivos elaborados por el investigador a partir de la vivencia explicitada por los participantes. La discusión de los datos tuvo como eje directivo el referencial teórico de la fenomenología social de Alfred Schutz y literaturas relacionadas a la temática del estudio.

Esta investigación fue aprobada por los Comités de Ética en Pesquisas de la institución proponente y cooperante, por medio de los pareceres número 1.045.709 y 1.067.955, respectivamente, conforme manda la Resolución nº 466, de 12 de Diciembre de 2012, del Consejo Nacional de Salud, Ministerio de la Salud, Brasil.

RESULTADOS

De los enfermos renales crónicos participantes, siete son hombres y cinco son mujeres, con edades de 21 a 81 años, estando seis casados. Todos padecen de hipertensión arterial sistémica; siete presentan diagnóstico de diabetes, y ocho tienen ERC etapa 4. Solamente un participante tiene limitación física. La media de edad de los cuidadores es de 31 a 72 años, siendo diez del sexo femenino y dos del sexo masculino. El vínculo ocurre por la relación marido y mujer, hijos (as), madres y un enfermo renal crónico tiene a una amiga como cuidadora principal.

El análisis de las declaraciones de los participantes permitió la elaboración de dos categorías concretas de lo vivido referentes a los motivos “porque”: suma del aprendizaje vivido por los enfermos y quien cuida también aprende.

Suma del aprendizaje vivido

Los enfermos renales crónicos al aprender en la consulta de enfermería traen constructos que fueron añadidos a lo largo de su vivencia personal y a su participación en la consulta. Al estar envueltos en su autocuidado, estos enfermos se apoyan en sus estoques de experiencias vividas para cambiar su situación actual.

Da para ir mi hijo, me hablaron de la máquina, pero la enfermera y usted me dijeron que todo depende de mí. (Enfermo Renal 02)

Yo me controlo mucho. No puedo tener otra opción, o lo tomas o lo dejas (risas). Con las internaciones que tuve, los tratamientos, tenemos que cuidarnos de verdad. (Enfermo Renal 03)

Ah, ha sido normal. Yo me vengo cui-

dando a medida de lo posible para no quedarme demasiado malo. Pero vamos a ver cómo se va a quedar de aquí en adelante [...] y no dejar empeorar. (Enfermo Renal 05)

Ah, ha dado cierto. Yo bebo más agua como ustedes me dijeron, intento comer bien y no comer boberías. Si tengo alguna cosa diferente en la orina me quedo ya preocupado [...] (Enfermo Renal 10)

Cuando vinimos para conversar con ustedes, fue muy bueno, pues ustedes tocaron en asuntos de nuestra vida. Entonces yo logré pensar en tener una vida tranquila, normal como la de cualquier uno [...] (Enfermo Renal 11)

Vale destacar que todos los participantes presentados, por medio de sus declaraciones, están en etapas avanzadas de ERC, y que tienen una participación activa en el ambulatorio con el fin de pensar y repensar sus acciones con la intención de entender un futuro tratamiento.

Quien cuida también aprende

Los cuidadores se mostraron actuantes en las acciones educativas cuando comprendían y ponían en práctica tales acciones. El cuidador se convirtió en una persona que promueve la sensibilización del enfermo, en las actividades diarias en pro de la mantención de la salud de su ser querido enfermo.

[...] nosotros hablamos y hablamos, a veces ni comemos, para él sentir. Y yo creo que todo es como él quiere. Pero aquí vemos que es bueno estar siem-

pre a su lado, porque a veces él se da cuenta y nos entiende. (Cuidadora 01)

Entonces toda la orientación que yo le doy y que los profesionales le dan son importantes y siempre estoy con ella para que ella haga todo cierto, tomando las medicinas, yendo a la fisioterapia, paseando con ella, esas cosas. (Cuidadora 06).

[...] allá en casa todo el mundo hace comida y es importante ayudar para que ella tenga una comida balanceada. (Cuidadora 08)

Poner en práctica es muy bueno. Mi madre es "súper educada" con sus cosas. Después que ella estuvo aquí, se quedó más atenta a las cosas de ella. (Cuidadora 09)

Después que descubrimos todo eso, en casa, estamos intentando resolver las cosas con tranquilidad. Mi marido y yo le damos el soporte necesario de comida cierta, de estudios y de buenas condiciones. Pero depende mucho más de ellos que de nosotros [...]. (Cuidadora 11)

DISCUSIÓN

Los participantes de este estudio demuestran que lo que aprendieron en la consulta de enfermería se hizo a partir de las relaciones establecidas por sus pares y por la aproximación del enfermero, demostrando así, su conocimiento. La carga del conocimiento adquirida es oriunda de su proceso de vida y de la participación en

los servicios de salud. A lo largo de la vida, este conocimiento se reestructura a partir de experiencias concretas y sirven de base para acciones subsecuentes⁽¹¹⁾.

La primera categoría demuestra que el enfermo renal, en su experiencia cotidiana, ya ha presenciado o ha convivido socialmente con alguien que ha realizado hemodiálisis. Esto está expresado en: *"me hablaron de la máquina"* y *"no puedo tener otra opción"*. Aquellos que no lo habían presenciado físicamente, lo hicieron en su imaginario, cuando el médico les habló acerca de esa posibilidad como única forma de tratamiento y de supervivencia.

Se nota que el conocimiento relacionado al tratamiento se muestra fragmentado, sin conexión y precario, y está relacionado no solamente a las causas, sino también a las complicaciones y al tratamiento.

Referente a esto, se destaca que debido al contacto próximo y continuo con el enfermo y por ser responsable por su cuidado, el enfermero debe posicionarse a partir de la constitución de acciones, enfocando la asistencia integral y la educación en salud, lo que permite involucrar tanto al equipo de profesionales como a los cuidadores⁽¹⁷⁾.

Estos conocimientos y experiencias constituyen el mundo de la vida del enfermo renal crónico en tratamiento conservador, ya que llega a la consulta de enfermería, repleto de concepciones y creencias propias, necesitando ser aclarados sobre su condición real de salud.

A respecto de eso, se observa que para que la consulta alcance su objetivo final, siendo esta la educación en salud, es decir, el cambio del comportamiento del enfermo para poder controlar eficazmente los factores de riesgo para la progresión de la ERC, es necesario prestar atención al modo que estos individuos se presentan en la consulta de enfermería.

La presentación es la etapa del primer con-

tacto, o sea, un momento inicial de intercambio de ideas, de realización de preguntas simples y de desconfianza. A veces, es la etapa de fuga o de negación de la enfermedad, en la cual, el enfermo no tiene conocimiento o no acepta el conocimiento de su enfermedad. En este momento, el enfermero, el enfermo y el cuidador no se conocen de hecho.

Cuando se aproximan, poco a poco, el enfermero profundiza sus preguntas, durante la anamnesis, procurando conocer mejor al enfermo y sus experiencias de vida. En este momento es importante observar las interacciones entre el cuerpo y el ambiente para que el diálogo sea eficiente y traiga respuestas concretas que faciliten que el enfermo haga nuevas descubiertas. Es el momento en el que la comprensión fenomenológica del mundo de la vida del enfermo y sus cuidadores es esencial para la comunicación efectiva, para saber sobre su vida, sus experiencias, lo que hace y como lo hace, lo que lo llevó al ambulatorio especializado en nefrología y cuáles serían sus expectativas.

Por último, la etapa de la interacción, siendo aquí, donde se establece el vínculo y la confianza durante la consulta de enfermería. Sin este momento las acciones educativas no acontecerían de una forma provechosa, y sería solo una serie de informaciones pasadas a los oyentes. En esta etapa, el paciente expresa sus dudas, "abre parte o el todo" de su mundo de vida para que el enfermero lo pueda conocer, porque ya ha adquirido confianza en su conocimiento y así va a corresponder a sus orientaciones. Aquí, el enfermero, conociendo el cotidiano de vida del enfermo, realiza las acciones educativas de forma individualizada y holística.

La consulta de enfermería a la luz de la reducción fenomenológica, diferentemente de la consulta realizada habitualmente, no acontece de forma simplificada, sin interacciones o percepciones mecanizadas. Ella pasa por todas esas

etapas para realmente alcanzar su finalidad, entonces, sin esta comprensión no hay efectividad, motivos y resultados concretos, perdiéndose la esencia de la consulta. Se observa la experiencia que el paciente inicia el proceso siguiendo las orientaciones, pero después de un período, él las deja de seguir y se ausenta de las consultas y cuando vuelve, ya lo hace presentando un cuadro clínico avanzado.

Las etapas de la consulta de enfermería pueden ocurrir en un día, en días o hasta en meses, porque dependen del nivel de aproximación entre el enfermero y el paciente; es decir, mientras mayor sea la aproximación mejor será la interacción.

La interacción establecida por medio de la acogida y la escucha entre a equipo de salud y la familia constituye un factor preponderante para auxiliar al enfrentamiento de la enfermedad y a la aceptación del tratamiento, propiciándole más seguridad y estabilidad emocional al enfermo renal crónico y a su sistema familiar⁽¹⁸⁾.

Posteriormente, se observa el suceso de las acciones educativas en las frases dichas: *"dijeron que todo depende de mí"*, *"pensar en cuidarme de verdad"*, *"yo me estoy cuidando"*, *"ha dado cierto"*, *"ustedes tocaron en asuntos de nuestra vida"*. La aproximación permitió conocer el mundo de la vida del paciente, ya que él se quedó más abierto a la conversación e interacción y puede dialogar sobre varios asuntos. Entonces, la elaboración de acciones educativas, de acuerdo con lo que es posible que él realice, se transforma en empoderamiento. Es decir, el paciente se da cuenta que la calidad de vida y su salud, dependen de él mismo y de sus elecciones.

Se puede afirmar que personas más informadas, envueltas y responsabilizadas, o sea, empoderadas, interactúan de forma eficaz con los profesionales de salud, al intentar realizar acciones que produzcan resultados de salud. Desde esta perspectiva es posible incitar a las

personas para que ellas aprendan, en las diversas etapas del proceso de vivir, y así enfrentar a las enfermedades crónicas que afectan la salud⁽¹⁹⁾.

La segunda categoría refleja el aprendizaje de la participación activa después de las acciones educativas realizadas, es decir, no basta que el paciente siga las recomendaciones, el apoyo familiar es importante en el planeamiento de las acciones conjuntas, pues colaboran para que el cuidado acontezca. Los cuidadores también aprenden y acaban por adoptar medidas más sanas en el estilo de vida, de modo que la interacción y la resolución acontecen en el ámbito familiar.

Las acciones educativas y la prescripción del enfermero van modificándose a medida que se avanza y se detecta la mejoría de los parámetros evaluados en cada consulta. El paciente también acaba conociendo sus parámetros clínicos como, por ejemplo, los niveles de urea, de creatinina, de colesterol, de glucemia, de potasio, de parahormona, de la hemoglobina, del peso y de la presión arterial. Entonces, en cada consulta, los niveles paramétricos se discuten en conjunto y así, se elaboran las estrategias para mantener o mejorar los resultados de los exámenes, conforme está explícito en la frase dicha: *"Después que ella estuvo aquí, está más atenta a sus cosas"*.

De este modo, se demuestra que la relación enfermo-cuidador es válida cuando se observa que el enfrentamiento se administra mejor cuando la persona próxima logra comprender y explicar los cambios que podrán recaer en el individuo debido al diagnóstico o al tratamiento, con un lenguaje más propio⁽²⁰⁾.

Con esta discusión se hace un aporte al cuidado de la salud, dirigiéndose al mundo de la vida, donde los enfermos renales crónicos y sus cuidadores están en constante dinámica de relaciones, sean ellas sociales, personales, clínicas y/o culturales. Se trata de un mundo en

el que la persona está “totalmente despierta”, y que se impone como “principal realidad” de su vida⁽¹¹⁾. Este mundo proporciona su construcción a lo largo de nuestras vivencias y, por tanto, se sujeta a transformaciones.

En este sentido, se trata de un mundo intersubjetivo amplio y de reproducción social de ideologías, donde la relación con la construcción discursiva de experiencias de los sujetos ocurre por un conjunto de significados que reúnen los valores, las creencias, las tipificaciones, es decir, el cuadro cognitivo que orienta la acción de los sujetos en el mundo de la vida⁽¹¹⁾.

Los “motivos porque” traídos por las categorías se refieren al estoque de conocimiento de esos sujetos, siendo una esfera que es heterogénea y que se construye en el histórico de vivencias, siendo un conocimiento “sobre” y un conocimiento “por” familiaridad⁽¹¹⁾. El valor dado a estas vivencias repercute en el cuidado, sea del enfermo consigo mismo, del cuidador con el enfermo o del enfermero con el enfermo y cuidador. Cada uno de ellos trae su riqueza individual relativa a las condiciones clínicas y de comportamientos de la trayectoria terapéutica. Estas, a su vez, constituyen experiencias singulares que reservan características peculiares e individualizadas⁽²¹⁾.

Un estudio realizado con enfermos renales en tratamiento hemodialítico evidenció que, al descubrir una enfermedad incurable, la persona pasa por una serie de sentimientos que les provocan conflictos. Los sentimientos más evidentes, en general son, negación, rabia, depresión, aislamiento y aceptación. Lo importante es saber que cada uno percibe esas transformaciones de forma individual, con intervalos y secuencias propias⁽³⁾.

Por tanto, es relevante que el profesional enfermero inicialmente, realice el cuidado desde la óptica de la reducción fenomenológica, que acontece cuando dejamos nuestras creencias y

opiniones para oír lo que el otro está diciendo, sin juzgarlo⁽¹¹⁾.

De este modo, el enfermero debe dar significado a las vivencias del otro, que no puede ser exactamente el mismo que la propia persona le da al interpretarlas, pues “si yo pudiera estar consciente de toda la experiencia del otro, él y yo seríamos la misma persona”⁽¹¹⁾. Por eso, el enfermero en la consulta de enfermería reconoce las limitaciones del autoconcepto y de la auto-percepción del papel social del enfermo renal crónico, para proponer acciones educativas que abarquen la singularidad humana.

A través de las declaraciones de los participantes, se verificó que las acciones educativas en la consulta de enfermería dan la oportunidad del autocuidado, percibidas por el enfermo renal crónico e incentivadas por el cuidador en el día a día. Un estudio muestra que enfermos renales crónicos en tratamiento conservador disfrutaban de cierto grado de autonomía, posibilitándole desempeñar beneficios para la salud como el “sentirse útil”. Acciones educativas pueden permitir la autonomía del autocuidado, con el fin de atender a las necesidades físicas, mentales y espirituales en la búsqueda de un (re)establecimiento de la armonía interna del cuerpo⁽²²⁾.

De este modo, las acciones educativas en la consulta de enfermería permiten el crecimiento para alcanzar el sentido crítico de los enfermos y de sus cuidadores. La relación social de ellos posibilita intercambiar, realizar estrategias de salud en el cotidiano, convivir socialmente y ser sujetos responsables por sus actitudes.

La vida social es la vida entre los individuos, la vida intersubjetiva y el significado que es experimentado en la singularidad y al mismo tiempo experimentado con los otros. Entonces, es relevante que el enfermero se apoye en la experiencia de su semejante, “porque si yo estuviera en su lugar tendría las mismas experiencias que él tuvo; podría hacer lo mismo que él hizo

y tendría las mismas probabilidades o riesgos en la misma situación". Con esto, la experiencia real del enfermo renal crónico renal es, para el enfermero, una experiencia posible⁽¹¹⁾.

Por lo tanto, la consulta de enfermería y sus etapas direccionadas hacia el cuidar de modo integral y no aislado, es lo que conduce la participación del enfermo renal y sus cuidadores en el proceso salud-enfermedad como un ser-persona por su visión de mundo. Conforme ya es sabido, la ERC no tiene cura, pero, hay modos que posibilitan que el individuo reflexione sobre sus acciones y actúe con propiedad en su tratamiento junto al equipo de salud incentivado para tal.

Finalmente, se comprende que las acciones educativas en la consulta de enfermería para enfermos renales crónicos y sus cuidadores impactan el enfrentamiento a la enfermedad, la adhesión al tratamiento y consecuentemente, la mejoría de la calidad de vida, ya que se apoya en un planeamiento detallado y enfocado en las necesidades humanas de los envueltos. Por lo tanto, la sensibilización y la movilización del enfermero en la reivindicación de buenas condiciones para realizar esta actividad se reflejan en la salud de la población.

CONCLUSIÓN

En esta investigación fue posible conocer como ocurre la percepción de las acciones educativas en la vida de enfermos renales crónicos y en sus cuidadores por medio de una escucha sensible, debido a que esta se configura como una herramienta de cuidado que favorece el desarrollo de acciones de educación en salud, siendo vista como una estrategia de fortalecimiento del vínculo entre el profesional y el usuario.

Este estudio muestra la importancia de las perspectivas de los enfermos renales crónicos y

sus cuidadores próximos para delinear acciones educativas ofrecidas en la consulta de enfermería, donde se destaca la interacción cara a cara, el abordaje compartido, la aproximación del enfermero, en este contexto, y el potencial apoyo referente a la salud integral del enfermo renal crónico.

Los hallazgos de este estudio no deben generalizarse, sin embargo, se pueden comparar a otros contextos semejantes. Se sugiere que se realice nuevos estudios con otros referenciales, agregando la perspectiva de profesionales sobre las acciones interdisciplinarias de salud en Nefrología, así como, otros abordajes y técnicas de recolecta y análisis de informaciones sobre esas acciones, para profundizar esta comprensión.

A pesar de haber alcanzado su objetivo, este estudio tiene limitaciones proporcionadas por solamente haber sido realizado en un solo contexto, con bajo número de sujetos y la presencia de determinado grado de normatividad social, o sea, los datos pueden haber sido influenciados por el contexto.

CITAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
2. Ji E, Kim YS. Prevalence of chronic kidney disease defined by using CKD-EPI equation and albumin-to-creatinine ratio in the Korean adult population. *Korean J Intern Med.* 2016; 30 (2).
3. Silva RAR, Souza VL, Oliveira GJN, Silva BCO, Rocha CCT, Holanda JRR. Coping strategies used by chronic renal failure patients on hemodialysis. *Esc. Anna Nery [Internet].* 2016 [cited 2018 Apr 14]; 20 (1): 147-154. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0147.pdf>

4. 4. Roso CC, Beuter M, Jacobi CS, Silva CT, Perrando MS, Bruinsma JL. Progression of chronic kidney insufficiency: perception of people in predialysis. *Rev Enferm UFSM*. 2013; 3: 581-588.
5. 5. Mascarenhas NB, et al. Systematization of Nursing Assistance to patients with Diabetes Mellitus and Chronic Renal Insufficiency. *Rev Bras Enferm*. 2011; 64(1): 203-8.
6. 6. Cirera Segura, F. et al. Blood pressure monitoring in advanced chronic renal disease nursing controls. *Enferm Nefrol*. 2014; 17 (1).
7. 7. Sampaio CF, Guedes MVC. Nursing process as a strategy in the development of competence for self-care. *Acta paul. enferm*. 2012; 25 (2): 96-103.
8. 8. Walker RC, Marshall MR, Polaschek NR. A prospective clinical trial of specialist renal nursing in the primary care setting to prevent progression of chronic kidney: a quality improvement report. *BMC Fam Pract*. 2014; 20 (15).
9. 9. Roso CC, Beuter M, Kruse MHL, Perlini NMOG, Jacobi C, Cordeiro FR. O cuidado de si de pessoas em tratamento conservador da insuficiência renal crônica. *Texto & Contexto Enfermagem*. 2013; 22:739-745.
10. 10. Green JA, Cavanaugh KL. Understanding the influence of educational attainment on kidney health and opportunities for improved care. *Advances in Chronic Kidney Disease*. 2015; 22 (1): 24-30.
11. 11. Schutz A. *Sobre fenomenologia e relações sociais*. Rio de Janeiro: Vozes, 2012.
12. 12. Costa PCD, Francischetti-Garcia APR, Pellegrino-Toledo V. Expectation of Brazilian nurses about the reception held at the primary health care. *Revista de Salud Pública* [Internet]. 2016 [cited 2018 Apr 09]; 18 (5): 746-755. Available from: <https://doi.org/10.15446/rsap.v18n5.45304>
13. 13. Zapponi ALB, Tocantins FR, Vargens OMC. The nurse in the early detection of breast cancer in primary health care. *Rev enferm UERJ*. 2015; 23 (1): 33-8.
14. 14. Siqueira DF, Terra MG, Soccol KLS, Canabarro JL, Moreschi C. Reasons attributed by users seeking treatment in a psychosocial care center alcohol and drugs. *Rev Min Enferm*. 2018; 22:e-1082.
15. 15. Silva MH, Jesus MCP, Oliveira DM, Merighi MAB. Unna's boot: experience of care of people with venous ulcers. *Rev. Bras. Enferm*. [Internet]. 2017 [cited 2018 Apr 09]; 70 (2): 349-356. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n2/pt_0034-7167-reben-70-02-0349.pdf
16. 16. Jesus MCP, Capalbo C, Merighi MAB, Oliveira DM, Tocantins FR, Rodrigues BMD, Ciuffo LL. The social phenomenology of Alfred Schütz and its contribution for nursing. *Rev esc enferm USP*. 2013; 47(3): 736-41.
17. 17. Stumm EMF, Kirchner RM, Guido LA, Benetti ERR, Belasco AGS, Sesso RCC, et al. Educational nursing intervention to reduce the hyperphosphatemia in patients on hemodialysis. *Rev. Bras. Enferm*. [Internet]. 2017 Feb [cited 2018 June 27]; 70 (1): 31-38. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n1/0034-7167-reben-70-01-0031.pdf>
18. 18. Murcia MPB, González JPC, Bello LAR. The impact of chronic kidney disease: experiences of patients and relatives from the extreme North of Brazil. *Invest Educ Enferm*. 2018; 36 (1): e02.
19. 19. Berardinelli LMM, Guedes NAC, Ramos JP, Silva MGN. Educational technology as a strategy for the empowerment of people with chronic illnesses. *Rev enferm UERJ*. 2014; 22(5): 603-9.
20. 20. Pereira RMP, et al. Quality of life of elderly people with chronic kidney disease in conservative treatment. *Rev Bras Enferm* [Internet] 2017 [cited 2018 Apr 14]; 70 (4): 887-95. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n4/pt_0034-7167-reben-70-04-0851.pdf
21. 21. Delgado MF, Lisboa IND, Fernandes MICD, Carino ACC, Fernandes RM, Lira ALBC. Risk factors and knowledge of the elderly people about chronic kidney disease. *Rev Rene*. [Internet] 2017 [cited 2018 Apr 14]; 18 (3): 361-7. Available from: http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/2675/pdf_1
22. 22. Lira ALBC, Fernandes MICD, Medeiros ABA, Tinôco JDS, Feijão AR, Enders BC. Psychological and cognitive characteristics related to clinical and socioeconomic aspects of hemodialysis patients. *Revista Cubana de Enfermería* [Internet]. 2017 [cited 2018 Abr 13]; 33 (3): [aprox. 0

p.]. Available from: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1088>

Recibido: 20/10/2016
Revisado: 12/06/2018
Aprobado: 21/08/2018

Todos los autores participaron de las fases de esa publicación en una o más etapas a continuación de acuerdo con las recomendaciones del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, 2013): (a) participación substancial en la concepción o confección del manuscrito o de la recolecta, análisis o interpretación de los datos; (b) elaboración del trabajo o realización de la revisión crítica del contenido intelectual; (c) aprobación de la versión sometida. Todos los autores declaran para los debidos fines que es de su responsabilidad el contenido relacionado con todos los aspectos del manuscrito sometido al OBJN. Garantizan que las cuestiones relacionadas con la exactitud o integridad de cualquier parte del artículo fueron debidamente investigadas y resueltas. Eximiendo por lo tanto el OBJN de cualquier participación solidaria en eventuales procesos judiciales sobre la materia en aprecio. Todos los autores declaran que no poseen conflicto de intereses, de orden financiera o de relacionamiento, que inflencie la redacción y/o interpretación de los resultados. Esa declaración fue firmada digitalmente por todos los autores conforme recomendación del ICMJE cuyo modelo está disponible en http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE_final_13-06-2013.pdf