

Formação em educação em diabetes: significados atribuídos por enfermeiros da atenção primária

Training in diabetes education: meanings attributed by primary care nurses

Formación en educación en diabetes: significados atribuidos por enfermeros de atención primaria

**Magda Coeli Vitorino Sales Coêlho¹, Camila Aparecida Pinheiro Landim Almeida¹,
Ana Roberta Vilarouca da Silva^{II}, Luana Kelle Batista Moura¹,
Lucíola Galvão Gondim Corrêa Feitosa¹, Laura Barbosa Nunes^{III}**

¹ Centro Universitário Uninovafapi. Teresina-PI, Brasil.

^{II} Universidade Federal do Piauí, Departamento de Enfermagem. Teresina-PI, Brasil.

^{III} Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte-MG, Brasil.

Como citar este artigo:

Coêlho MCVS, Almeida CAPL, Silva ARV, Moura LKB, Feitosa LGGC, Nunes LB. Training in diabetes education: meanings attributed by primary care nurses. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(Suppl 4):1611-8. [Thematic Issue: Education and teaching in Nursing] DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0792>

Submissão: 10-11-2017

Aprovação: 27-12-2017

RESUMO

Objetivo: apreender significados atribuídos por enfermeiros da atenção primária à formação em educação em diabetes. **Método:** estudo exploratório e descritivo, de abordagem qualitativa, com vinte enfermeiros da atenção primária; roteiro semiestruturado de entrevista, com depoimentos processados no software IRaMuTeQ e analisados por meio da Classificação Hierárquica Descendente. Os resultados foram subsidiados na Teoria Representacional do Significado. **Resultados:** a formação do enfermeiro na educação em diabetes é insuficiente para atuação holística, embora permita instrumentalizar a comunidade em questões pontuais acerca da doença, utilizando-se das limitadas ferramentas disponíveis, sobretudo palestras. Os enfermeiros se veem num contexto de desafios, improvisações, fragilidades e limitações, determinantes para o significado atribuído à educação em diabetes e para ações subsequentes. **Conclusão:** os significados atribuídos pelos enfermeiros revelaram uma formação incipiente, o que limita a qualidade da assistência prestada e instiga a busca pela qualificação.

Descritores: Educação Superior; Enfermagem; Atenção Primária à Saúde; Diabetes Mellitus; Educação em Saúde.

ABSTRACT

Objective: seize meanings attributed by primary care nurses to training in diabetes education. **Method:** exploratory and descriptive study, with a qualitative approach, with twenty primary care nurses; semistructured interview script, with interviews processed in the IRaMuTeQ software and analyzed through the Descending Hierarchical Classification. The results were subsidized in the Representational Theory of Meaning. **Results:** nurse training in diabetes education is insufficient for holistic action, although it allows the community to be instrumentalized in specific issues about the disease, using the limited tools available, especially lectures. Nurses find themselves in a context of challenges, improvisations, weaknesses, and limitations that determine the meaning attributed to diabetes education and subsequent actions. **Conclusion:** the meanings attributed by the nurses revealed an incipient training, which limits the quality of care provided and instigates the search for qualification.

Descriptors: Higher Education; Nursing; Primary Health Care; Diabetes Mellitus; Health Education.

RESUMEN

Objetivo: aprehender significados atribuidos por enfermeros de atención primaria a la formación en educación en diabetes. **Método:** estudio exploratorio y descriptivo, de abordaje cualitativo, con veinte enfermeros de atención primaria; guía semi-estructurado de entrevista con testimonios procesados en el software IRaMuTeQ y analizados por medio de la Clasificación Descendente Jerárquica. Los resultados fueron subsidiados en la Teoría Representacional de Significado. **Resultados:** la formación del enfermero en la educación en diabetes es insuficiente para la actuación holística, aunque permita instrumentalizar a la comunidad en cuestiones puntuales sobre la enfermedad, utilizando las limitadas herramientas disponibles, sobre todo las conferencias. Los enfermeros se ven

em un contexto de desafios, improvisaciones, fragilidades y limitaciones, determinantes para el significado atribuido a la educación en diabetes y para acciones subsiguientes. **Conclusión:** los significados atribuidos por los enfermeros revelaron una formación incipiente, lo que limita la calidad de la asistencia prestada e instiga la búsqueda por calificación.

Descriptores: Educación Superior; Enfermería; Atención Primaria de Salud; Diabetes Mellitus; Educación en Salud.

AUTOR CORRESPONDENTE

Magda Coeli Vitorino Sales Coêlho

E-mail: magdacoeli@uninovafapi.edu.br

INTRODUÇÃO

A longevidade, o sedentarismo e a obesidade contribuem para o aumento das doenças crônicas não transmissíveis. Dentre elas, o diabetes *mellitus* (DM)⁽¹⁾, condição multifatorial caracterizada por hiperglicemia persistente, que causa complicações micro e macrovasculares a longo prazo⁽²⁻⁴⁾. Considerado uma epidemia por estar presente com elevada incidência em todos os continentes, configura-se também em problema de saúde pública devido aos danos sociais e custos relacionados ao tratamento, além da morbimortalidade elevada⁽²⁻³⁾.

Nesse sentido, apesar de o tratamento do DM ser pautado em intervenções farmacológicas, destaca-se a importância de estratégias não farmacológicas no bom prognóstico da doença, as quais envolvem principalmente adesão comportamental regular. O tratamento depende diretamente da pessoa, embora envolva indiretamente o apoio familiar e recursos de saúde suficientes para tal demanda. O acompanhamento multiprofissional ocorre devido a necessidade de controle glicêmico e prevenção de complicações. Para tanto, torna-se essencial o envolvimento entre a pessoa que convive com o DM e a equipe que a acompanha, para que juntos desenvolvam estratégias de autogestão e alcancem o controle da doença⁽⁴⁾.

O Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS) assegura acompanhamento multiprofissional à pessoa com DM por meio da equipe de Saúde da Família (eSF) em nível de atenção primária. Nesse processo, o suporte multiprofissional deve desenvolver condições para que a pessoa adquira autonomia sobre seus cuidados, torne-se capaz de entender, avaliar e tomar decisões sobre o DM. Dessa forma a educação em diabetes se configura na mais efetiva estratégia para o alcance da autonomia, tornando-se indispensável para o alcance de um bom padrão de autocuidado⁽⁵⁻⁶⁾.

O enfermeiro é membro da eSF e possui várias atribuições no acompanhamento da pessoa com DM que permeiam desde a prevenção e o rastreamento até a intensificação do controle glicêmico, atividades de cunho educativo⁽⁵⁾. Preconiza-se que esse profissional tenha habilidades e competências técnico-científicas para conduzir adequadamente o tratamento do DM e exercer seu papel de educador em saúde⁽⁶⁾. Para tanto, sua formação deve proporcionar habilidades e competências para atuar de maneira generalista, todavia com aptidão para gerenciamento da condição crônica, com visão para integralidade do cuidado, de maneira equânime e universal⁽⁷⁾.

No entanto, percebe-se na literatura, sobretudo latino-americana, lacunas no que concerne à avaliação da formação em educação em diabetes para profissionais atuantes na atenção primária, em especial enfermeiros, uma vez que os estudos estão focados em aspectos fisiopatológicos da doença.

OBJETIVO

Apreender os significados atribuídos por enfermeiros da atenção primária à formação em educação em diabetes.

MÉTODO

Aspectos éticos

O estudo atendeu a todos os preceitos éticos da resolução em pesquisa vigente (nº 466/12), sendo submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Uninovafapi. Buscou-se preservar as condições de anonimato e confidencialidade dos conteúdos declarados por meio da codificação dos arquivos utilizando a letra "E", que representou "enfermeiro", seguida por um número arábico de 1 a 20, sequencial à entrevista.

Tipo de estudo

Tratou-se de um estudo exploratório, de abordagem qualitativa.

Referencial teórico-metodológico

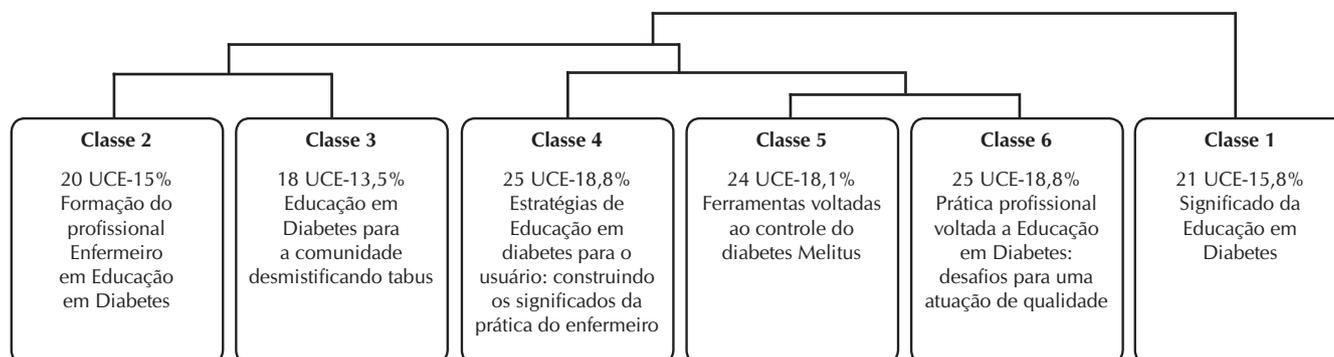
Para esta investigação nos apoiamos na Teoria Representacional do Significado (TRS) de Ogden e Richards, a qual afirma que as palavras são instrumentos que não significam nada por si sós; somente quando um pensador as usa é que elas representam algo, isto é, têm significado. Essa teoria se refere à crença de que o significado tem inúmeros conceitos, adotando-se aquele que apresenta o sentido representacional⁽⁸⁻¹⁰⁾.

Para facilitar a compreensão da natureza do signo de símbolo, os autores desenvolveram o "triângulo de significado", modelo que traz a interligação de três elementos para o desenvolvimento do sentido de significado: o símbolo (o que a palavra significa?), o referente (qual é o significado dessa coisa?) e a pessoa ou o pensamento (o que isso significa para você?)⁽¹⁰⁾. O símbolo suscita na pessoa uma imagem de um contexto mais amplo em que o signo foi originalmente percebido.

Participantes, local e amostra

A coleta de dados foi conduzida por um roteiro semiestruturado, aplicado por meio da técnica de entrevista compreensiva, com vinte enfermeiros que atuam na eSF de uma capital do Nordeste do Brasil. Foram incluídos profissionais que atuavam há mais de um ano cadastrados na Unidade Básica de Saúde (UBS) visitada. Excluíram-se os profissionais que estavam em regime de substituição, devido à situação transitória que desvincula o profissional da realidade pessoal e social da pessoa atendida, o que constitui ponto de estrangulamento para auferir a longitudinalidade pessoal na eSF.

O número dos participantes do estudo foi determinado por sua representatividade e pela profundidade dos significados expressos pelos entrevistados, sendo a captação interrompida diante da



Nota: UCE: Unidade de Contexto Elementar.

Figura 1 – Estrutura temática dos significados atribuídos por enfermeiros da atenção primária à formação em educação em diabetes

homogeneidade das informações, tornando possível atender aos objetivos do estudo e responder as inquietações dos pesquisadores. Inicialmente para seleção dos participantes foram sorteadas, pelo aplicativo Random, cinquenta UBS das 92 existentes, as quais seriam visitadas para entrevista de um participante. Entretanto, foram visitadas 25, e em cinco delas o enfermeiro fora excluído.

Coleta e organização dos dados

Para apresentação do estudo realizou-se contato telefônico prévio, convite e agendamento da entrevista conforme disponibilidade do participante. Procedeu-se à coleta dos dados entre os meses de janeiro e março de 2017, em ambiente privado das UBS e individualmente. Os diálogos foram conduzidos de forma livre por um dos pesquisadores devidamente capacitado para tal. As entrevistas foram gravadas e tiveram duração média de 35 minutos, totalizando mais de sete horas de diálogo. Ao término, deu-se aos participantes a oportunidade de ouvir seus relatos, e questionou-se sobre a vontade de sair do estudo ou de modificar alguma fala; não houve desistências ou alterações. As falas foram transcritas na íntegra e devolvidas para os participantes para validação após transcrição.

Análise dos dados

Utilizou-se o software IRaMuTeQ (acrônimo de *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*) para o processamento dos dados⁽¹¹⁾. Optou-se por utilizar um software nessa etapa tendo em vista o incremento desse recurso em estudos de abordagem qualitativa nos últimos anos, principalmente devido à transparência e sistemática conferidas ao processo nesse caso⁽¹²⁻¹³⁾. Ainda assim, destaca-se que o seu uso não se configura num método de análise de dados, e sim numa ferramenta auxiliar processual, cabendo a interpretação e denominação de classes ao pesquisador⁽¹³⁻¹⁶⁾.

Os dados foram tratados pelo método da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), conforme orientam estudos anteriores⁽¹³⁻¹⁶⁾. Nesse método o corpus textual (depoimentos) é classificado em função de seus vocabulários, e o conjunto destes se divide pela frequência das formas reduzidas, de modo a obter uma classificação estável e definitiva a partir de repetidos testes X². A discussão dos achados da CHD, aliada aos depoimentos referentes a cada classe obtida, foi subsidiada na TRS.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa vinte enfermeiros das eSF, sendo dezoito do sexo feminino, com média de idade de 45 anos, tempo médio de atuação profissional de catorze anos e tempo de formação entre cinco e vinte anos. Sobre a realização de pós-graduações, todos revelaram a conclusão de especializações (*lato sensu*), e cinco tinham concluído o mestrado. No que diz respeito às capacitações sobre educação em diabetes, oito enfermeiros declararam ter realizado.

Com relação aos depoimentos, o IRaMuTeQ reconheceu a separação do corpus em 133 Unidades de Contexto Elementares (UCEs) a partir de 168 segmentos de texto. Foram registradas 5885 ocorrências, com aproveitamento de 79,17% do total do corpus textual. A CHD permitiu a identificação e análise dos domínios textuais, além da interpretação dos significados atribuídos pelos participantes, nomeando seus respectivos sentidos em seis classes originadas de três eixos.

Durante a divisão, o primeiro eixo formado originou a classe 1, relacionada aos significados da educação em diabetes. Esse eixo possui duas ramificações, representadas pelas classes 2 e 3, que abordam a educação em diabetes. A classe 4 emergiu da segunda partição do corpus, com conteúdo retratando as estratégias de educação em diabetes para o usuário e os significados da prática do enfermeiro. O terceiro eixo engloba as classes 5 e 6, relacionadas às ferramentas de controle do diabetes *mellitus* e aos significados e desafios da educação em diabetes, respectivamente (Figura 1).

As classes e seus significados

Na classe 1, intitulada “Significados da educação em diabetes”, os participantes atribuem conceitos à educação em diabetes majoritariamente baseados na sua vivência e experiência enquanto profissionais. Além disso, reconhecem a importância dessa formação para a qualidade de vida da pessoa que convive com DM. Ainda, ainda se percebe forte tendência para o modelo biomédico de atuação profissional, o qual enfoca ações curativas em detrimento de estratégias de integralidade do cuidado.

É notória a prática transmissionista (transmissão unidirecional de mensagens) como metodologia predominante no processo de educar para o DM. A relação de poder do conhecimento entre o

profissional e o usuário coloca este na posição de “obediente”, como se pode observar na predominância dos vocábulos ou símbolos “orientar”, “conscientizar”, “dominar” conhecimentos. Tais atitudes são controversas, tendo em vista que o objetivo final é construir conceitos, estimular mudança de estilo de vida e promover o empoderamento sobre o autocuidado.

Trata-se da herança de uma educação bancária, ou seja, baseada no simples depósito de conhecimento no aluno. Nessa perspectiva, cabe ao educando acatar as determinações impostas pelo profissional, que domina o conhecimento característico do cuidado centrado na doença.

É orientar o paciente sobre a importância de poder controlar e entender o que é diabetes. (E2)

Ter conhecimento da patologia, manejo do tratamento e prevenção, despertar no paciente a necessidade de autocuidado. (E5)

Significa fornecer orientações corretas e acessíveis para o autocuidado. (E6)

Consiste em conscientizar, sobre a doença, formas de prevenção e autocontrole evitando assim possíveis complicações. (E8)

Significa estar informado sobre a patologia sua complicação [...] fundamental importância para qualidade de vida do portador da doença minimizando suas complicações. (E10)

Na classe 2, denominada “Formação profissional em educação em diabetes”, os participantes verbalizaram que a formação é um processo dinâmico, iniciado na graduação e modificado conforme as exigências de atuações profissionais. A análise qualitativa dos vocábulos mais evocados evidencia a incipiência do conhecimento adquirido na graduação, bem como a busca por “novos” conhecimentos úteis para atuar de maneira qualificada na educação em diabetes.

Na graduação tive uma leve introdução vemos muito pouco. (E13)

O enfermeiro na sua formação básica tem muito pouco conhecimento a respeito do tema [...], muitas vezes precisamos recorrer a outros meios formação e informação para sentir-se seguro para trabalhar com esse público. (E16)

Atualizações que fazemos sempre, tem também a questão das medicações e novidades que vão aparecendo que vai se atualizando. (E20)

A classe 3 intitula-se “Educação em diabetes voltada a comunidade: desmistificando tabus”. Seu conteúdo é focado no papel educador do enfermeiro e na preocupação desse profissional em socializar medidas de prevenção do DM. Nessa classe os participantes ainda reconhecem a necessidade do envolvimento da família no processo de cuidar da pessoa que convive com DM, identificando a relevância da desmitificação dos tabus relacionados a condição, medidas preventivas, fatores de risco, tratamento e hábitos de vida.

Diariamente faço educação em saúde com todos os pacientes que atendo no intuito de prevenir que venha desenvolver a diabetes [...] faço a prevenção diária. (E9)

A gente tem enfoque grande sobre as doenças crônicas que acometem bastante [a comunidade], principalmente da terceira idade. (E11)

e desmistificar inclusive com a família de que aquilo dali não é o fim da vida. [...] alguém da família porque nem sempre ele vai ter um profissional de saúde próximo pra estar administrando essa medicação [...] é de extrema importância visto que é uma patologia é uma doença que afeta um grande número de pessoas [...] e a tendência é de ter mais e mais pacientes com diabetes. (E16)

porque tem os tabus deles, porque tem muita gente que informa errado pra eles. (E18)

A classe 4 revelou “As estratégias de educação em diabetes para o usuário: construindo os significados da prática do enfermeiro”. Os conteúdos apreendidos nessa classe remeteram às estratégias utilizadas para realização da educação em diabetes, focadas sobretudo na palestra e na consulta de enfermagem. Por outro lado, evidenciaram a preocupação dos participantes em implementar ações para melhorar a adesão dos pacientes ao acompanhamento, com a garantia da medicação, do retorno e a busca ativa dos faltosos.

Não tenho como ter um acompanhamento mais sistematizado. (E4)

Infelizmente nós acabamos tendo que fazer dentro do consultório. (E15)

As estratégias de palestras, porque a gente tem grupo de HIPERDIA faz a glicemia e faz a entrega do medicamento para trinta dias para ter o retorno e também faz a busca ativa para também caso ele não venha. (E18)

Aproveito o atendimento individual que é o momento que posso ter esse cara a cara com o paciente e passar essas orientações pra ele. (E19)

Da classe 5 emergiram as “Ferramentas voltadas ao controle do DM”, que são: orientações sobre o uso da medicação, alimentação e o controle glicêmico, além da realização dos exames e cuidados com os pés. Embora corretas, tais orientações ainda são pontuais e desarticuladas, demonstrando fragilidades na formação dos participantes, que não desenvolvem as etapas da educação de forma plena, sobretudo por desconhecerem elementos básicos envolvidos na condução clínica da pessoa que convive com DM, tais como: automonitoramento sistemático; metas glicêmicas e níveis de HbA1c; controle do peso e do estresse; estímulo à prática de atividade física; reconhecimento de complicações; e tomadas de decisão diante da descompensação glicêmica.

O que significa para ele aquela medicação, importância de tomar [o medicamento] no horário correto [...] uso da

insulinoterapia, administrar a insulina, evitar determinados alimentos e substituir por outros, trabalhar mudança de estilo de vida. (E16)

Orientando como fazer a glicemia, como fazer a insulina, se alimentar, fazer o autoexame dos pés. (E15)

Orientações do dia-a-dia com relação aos cuidados com os pés. (E4)

Por fim, na classe 6, denominada “Prática profissional voltada à educação em diabetes: desafios para uma atuação de qualidade”, os participantes revelaram suas fragilidades e limitações quando reconhecem a especificidade necessária para cuidar de quem convive com DM. As dificuldades relacionadas às questões sociais e à falta de investimentos em educação continuada comprometem as competências e habilidades na assistência à pessoa que convive com o DM no âmbito da atenção primária.

É um grupo bem específico é complicado avaliar assim a prática acho que deveria ser melhor. [...] é difícil a gente tem um pouco de dificuldade, porque não temos um acompanhamento. (E4)

Acho que contribui para a melhor qualidade de vida do portador, mas em outros momentos fico sem resposta. (E14)

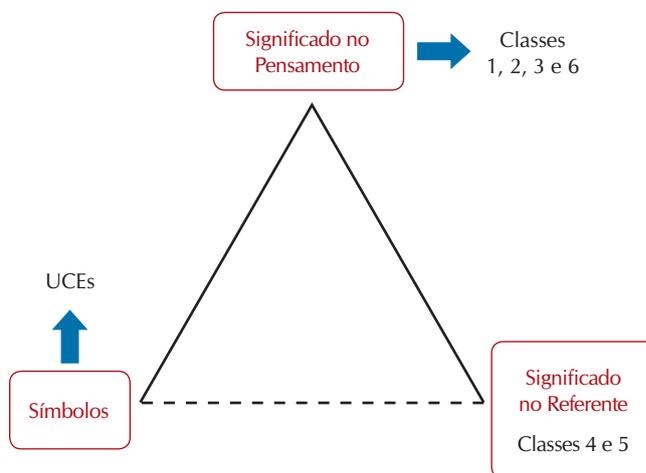
Na formação nós tínhamos somente uma visão generalista do diabético hoje temos uma necessidade diária que faz buscar novos conhecimentos temos a necessidade das instituições investirem melhor nas capacitações dos profissionais para educação em diabetes. (E17)

Assim, por meio da CHD (distribuição das classes e seus conteúdos), percebe-se que a formação do enfermeiro voltada à educação em diabetes é insuficiente para atuação holística, embora permita instrumentalizar a comunidade em questões pontuais acerca da doença, principalmente tabus. Para isso o enfermeiro utiliza determinadas ferramentas, sobretudo palestras, que estão ao seu alcance nesse nível de atenção à saúde cercado de desafios. Portanto, esse contexto de desafios, improvisações, fragilidades e limitações que cercam a prática do enfermeiro na atenção primária é determinante para o significado atribuído à educação em diabetes e para as ações subsequentes.

Os significados no pensamento e no referente

Os símbolos representados pelas UCEs foram usados para construir os significados ou pensamentos desvelados pelas classes de palavras evocadas no corpus textual (Figura 2).

Os significados sobre a formação foram construídos a partir da internalização de conteúdos e vivências experimentadas durante a atuação profissional, subsidiados na pífia formação prévia em educação em diabetes. A verbalização desses conteúdos e experiências passa a constituir os significados no referente dentro do universo dos enfermeiros entrevistados. Assim, a estruturação das seis classes fundamentadas nos símbolos evocados permitiu apreender os significados atribuídos pelos enfermeiros à educação em diabetes e compreender sua realidade.



Nota: UCEs - Unidades de Contexto Elementares

Figura 2 – Triângulo dos significados atribuídos pelos enfermeiros à prática e formação na educação em diabetes, Teresina, Piauí, Brasil, 2017

DISCUSSÃO

Enfermeiros da atenção primária à saúde caracterizam sua formação para educação em diabetes como insuficiente para atender a demanda. A prática ainda é baseada em um modelo biomédico de cura, o processo de educação utiliza métodos transmissionistas e conta com poucas ferramentas para sua instrumentalização.

A literatura traz evidências de que a participação de pessoas com DM tipo 2 em programas educativos reduz os níveis de HbA1c e melhora o controle metabólico, bem como estimula mudanças no estilo de vida⁽¹⁷⁻¹⁸⁾. Por isso, intervenções educativas de autogestão são necessárias, já que revelaram significativas melhoras na HbA1c, autoeficiência e conhecimento do DM, o que justifica a relevância de investir em práticas educativas como complemento da terapêutica, conforme apontado pelos enfermeiros deste estudo. É também uma oportunidade de esclarecimento que requer interação entre o profissional e a pessoa com DM, com o objetivo de despertar o potencial crítico-reflexivo em ambos, dinamizando o processo de ensinar⁽¹⁹⁾.

A educação em diabetes auxilia a pessoa com DM a identificar possíveis soluções para os obstáculos que a impedem de aderir ao tratamento e às recomendações multiprofissionais. Por isso, não pode ser obtida com uma mera transmissão unilateral de informações⁽²⁰⁻²¹⁾.

Os enfermeiros deste estudo revelaram uma prática centrada no modelo biomédico, baseado no método transmissionista de fornecer orientações e impor condições, especialmente quando se observa a construção do referente sobre a educação em diabetes. Espera-se do enfermeiro, por ser reconhecidamente um educador em saúde, que desempenhe um papel mediador, tornando-se mais sensível às demandas do usuário. Com isso, as relações ganham matizes mais holísticos, considerando as experiências para estruturação do tratamento e favorecendo as tomadas de decisões compartilhadas sobre o tratamento, a partir da troca de informações que integram as evidências científicas no cuidado centrado na pessoa com DM⁽²¹⁾.

Contudo, as raízes da formação centrada na tríade indivíduo/doença/cura se denunciam quando os participantes relevam o significado de uma formação incipiente no campo da educação em diabetes, uma formação prévia que não lhes permite construir uma prática educativa voltada para autogestão do cuidado. O modelo tecnicista de educar não estimula epistemologia da prática assistencial⁽²²⁾ e, além disso, o mercado de trabalho exige profissionais generalistas para atuar em todos os níveis de atenção à saúde e atender as demandas sociais. Em contrapartida, a prática assistencial necessita de enfermeiros com habilidades e competências técnico-científicas para desenvolver no paciente aptidões para gerir a própria condição no seu contexto social⁽²⁰⁾.

Ao reconhecer que a formação em educação em diabetes não é suficiente para atuação assistencial holística, os profissionais ratificam os hiatos entre os conteúdos das diretrizes curriculares e revelam a distância entre teoria e prática, identificando esses fatores como desafios a serem enfrentados⁽⁷⁾. As lacunas da formação afetam significativamente a ideia que o enfermeiro tem sobre sua capacidade de atuar, principalmente devido à superficialidade da abordagem de procedimentos e habilidades técnicas e gerenciais no contexto da educação em diabetes, tornando a prática uma simples repetição de ações preconizadas⁽²²⁾.

Todavia, o processo de formação não se limita ao ensino universitário, como salientado pelos participantes. A educação permanente surge nesse contexto como “aprendizagem no trabalho”, dinâmica, que acompanha o amadurecimento profissional e exige investimentos individuais e institucionais para suprir as necessidades do mundo do trabalho, uma vez que os processos de aprender e ensinar passam a ser incorporados no cotidiano de trabalho das organizações⁽²³⁾.

O mercado empregador cada vez mais requer profissionais capacitados para atender as demandas no contexto da integralidade e coordenação do cuidado. Por isso, torna-se essencial que o enfermeiro realize atualizações e capacitações (educação permanente e continuada) que complementem sua formação para oferecer assistência de qualidade, subsidiado na prática baseada em evidências⁽²⁴⁾.

Nesta pesquisa os enfermeiros se reconheceram como sujeitos propulsores de conhecimento e mudança de estilo de vida, envolvendo a família nesse contexto e sinalizando que sua atuação contempla os atributos da APS. Essa realidade foi descrita por estudos semelhantes realizados no Brasil e em Portugal⁽²⁵⁻²⁶⁾.

Dentre as estratégias e ferramentas de educação em diabetes mencionadas, destaca-se a consulta de enfermagem⁽²⁷⁾, a qual se configura como uma tecnologia leve-dura de cuidado, que envolve a escuta qualificada e implementação de plano de cuidado sistematizado e individual, gerando melhorias significativas nos resultados do tratamento de doentes crônicos, além de reduzir seu custo⁽²⁸⁾. Com vistas ao manejo correto do paciente na consulta, o enfermeiro deve buscar instrumentalizar-se rotineiramente por meio de cursos e treinamentos, embora nossos resultados tenham evidenciado dicotomia entre prática e saber, produto da lacuna na formação e aplicabilidade dos processos de enfermagem na práxis diária⁽²²⁾.

Cuidar da pessoa que convive com DM requer conhecimento clínico e domínio de estratégias de comunicação efetivas, além de conhecimento dos protocolos de cuidados primários motivadores. Para tanto, tornam-se necessários o apoio e o investimento de gestores em educação continuada para o desenvolvimento

dos quatro pilares da APS: atenção no primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado, além da orientação familiar/comunitária e competência cultural para desenvolver cuidados preventivos e crônicos proativos baseados nas necessidades da população.

A falta de um cuidado sistematizado, o (des)conhecimento dos profissionais quanto à condução clínica e o parcial (des)cumprimento das políticas voltadas à pessoa que convive com DM, além da falta de compromisso dos enfermeiros em seguir os protocolos e manuais recomendados, são fatores que contribuem para o mau controle do DM⁽²⁹⁾. Todavia, a política de entrega da medicação no modelo de atenção desenvolvido pela APS configura uma estratégia que favorece a adesão ao tratamento farmacológico do DM⁽³⁰⁾.

Os desafios a serem vencidos constituem uma barreira da longitudinalidade pessoal no cuidado a ser prestado e fundamentado no repensar da formação dos enfermeiros desvinculada da realidade, o que resulta em despreparo para lidar com os problemas da pessoa que convive com DM⁽³¹⁾. O envolvimento e o desenvolvimento de práticas articuladas com diversos serviços e ações de saúde voltadas ao controle glicêmico e metabólico do DM é considerado um verdadeiro desafio a ser superado.

Limitações do estudo

As limitações deste estudo são relacionadas ao método adotado, o qual impede a generalização dos resultados para além do contexto subjetivo dos participantes. A ampliação dos cenários e dos participantes possibilitará oferecer mais subsídios para que os significados apreendidos sejam aprofundados. Adiciona-se que o período médio de atuação profissional elevado pode ser considerado um fator de confusão nos participantes, influenciando o conhecimento e os significados acerca do assunto.

Contribuições para a área da enfermagem e saúde

Dadas as peculiaridades que envolvem o assunto em questão, ultimamente o DM tem sido estudado em seus aspectos fisiopatológicos, com destaque para a busca de fortes evidências que possam ser utilizadas na prática clínica do enfermeiro da APS, com contribuições voltadas para promoção de saúde, prevenção primária e secundária, tratamento e reabilitação da saúde de indivíduos e comunidades, realizadas de maneira interdisciplinar e multidisciplinar. Contudo, torna-se relevante investir em estudos que envolvam o cuidado a pessoa que convive com DM em outros domínios como a formação e seus significados para os profissionais envolvidos na assistência, sobretudo enfermeiros da eSF. O conhecimento desses significados poderá ser útil para discussões científicas futuras sobre a importância da formação na gestão do autocuidado em condições crônicas e na prática educativa em saúde.

CONCLUSÃO

Os significados atribuídos pelos enfermeiros à educação em diabetes revelaram uma formação insuficiente, demasiadamente focada em princípios de cura subsidiada em métodos transmissivistas, resultante das limitações impostas pela formação tradicional e do hiato entre teoria e prática. Poucas são as ferramentas disponibilizadas para instrumentalizar o processo de educação, limitando a qualidade da assistência.

REFERÊNCIAS

1. Flor LS, Campos MR. The prevalence of diabetes mellitus and its associated factors in the Brazilian adult population: evidence from a population-based survey. *Rev Bras Epidemiol*[Internet]. 2017[cited 2017 Nov 08];20(1):16-29. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v20n1/en_1980-5497-rbepid-20-01-00016.pdf
2. Guariguata L, Whiting DR, Hambleton I, Beagley J, Linnenkamp U, Shaw JE. Global estimates of diabetes prevalence for 2013 and projections for 2035. *Diabetes Res Clin Pract* [Internet]. 2014[cited 2017 Nov 08];103(2):137-49. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24630390>
3. Fernandes JR, Ogurtsova K, Linnenkamp U, Guariguata L, Seuring T, Zhang P, et al. IDF Diabetes Atlas estimates of 2014 global health expenditures on diabetes. *Diabetes Res Clin Pract* [Internet]. 2016 [cited 2017 Nov 08];117:48-54. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27329022>
4. Melo LP, Campos EA. "The group facilitates everything": meanings patients with type 2 diabetes mellitus assigned to health education groups. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2014[cited 2017 Nov 08];22(6):980-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n6/0104-1169-rlae-22-06-00980.pdf>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2013[cited 2017 Nov 08]. Available from: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_diabetes_mellitus.pdf
6. Sociedade Brasileira de Diabetes-SBD. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014 [Internet]. São Paulo: AC Farmacêutica; 2014[cited 2017 Nov 08]. Available from: <http://www.diabetes.org.br/images/pdf/diretrizes-sbd.pdf>
7. Canever BP. Produção de conhecimento Latino-Americana sobre educação superior em enfermagem. *Health Soc Change*[Internet]. 2016[cited 2017 Nov 08];6(2):88-96. Available from: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/view/2708/4473>
8. Littejohn SW. Fundamentos teóricos da comunicação humana. Rio de Janeiro: Zahar; 1982.
9. Fernandes JDC. Linguagens: usos e reflexões. 8th ed. Editora UFPB, João Pessoa: 2011.
10. Ogden CK, Richards IA. O significado de significado: um estudo da influência da linguagem sobre o pensamento e sobre a ciência do simbolismo. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.
11. Ratinaud P, Marchand P. Application of the ALCESTE method to the large corpus and stabilized lexical worlds or 'cablegate', using IRAMUTEQ. *Actes des 11eme JADT*. 2012:835-44
12. Jesus GJ, Oliveira LB, Caliarí JS, Queiroz AAFLN, Gir E, Reis RK. Difficulties of living with HIV/Aids: Obstacles to quality of life. *Acta Paul Enferm*[Internet]. 2017[cited 2018 Feb 04];30(3):301-7. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v30n3/en_1982-0194-ape-30-03-0301.pdf
13. Sousa AFL, Queiroz AAFLN, Oliveira LB, Valle ARMC, Moura MEB. Social representations of community-acquired infection by primary care professionals. *Acta Paul Enferm*[Internet]. 2015[cited 2017 Nov 08];28(5):454-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500076>
14. Kami MTM, Larocca LM, Chaves MMN, Lowen IMV, Souza VMP, Goto DYN. Working in the street clinic: use of IRAMUTEQ software on the support of qualitative research. *Esc Anna Nery Rev Enferm*[Internet]. 2016[cited 2017 Nov 08];20(3):e20160069. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n3/en_1414-8145-ean-20-03-20160069.pdf
15. Queiroz AAFLN, Sousa AFL. PrEP Forum: an on-line debate on pre-exposure prophylaxis in Brazil. *Cad Saúde Pública*[Internet]. 2017[cited 2018 Jan 12];33(11):e00112516. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n11/1678-4464-csp-33-11-e00112516.pdf>
16. Sousa AFL, Queiroz AAFLN, Oliveira LB, Moura MEB, Batista OMA, Andrade D. Social representations of biosecurity in nursing: occupational health and preventive care. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016 Oct [cited 2017 Nov 09];69(5):864-71. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rben/v69n5/en_0034-7167-reben-69-05-0864.pdf
17. Torres HC, Cortez DN, Reis IA. Avaliação da educação em grupo de diabetes na atenção primária à saúde. *Cienc Enferm*[Internet]. 2016[cited 2017 Nov 09];22(3):35-45. Available from: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v22n3/0717-9553-cienf-22-03-00035.pdf>
18. Yuan X, Wang F, Fish AF, Xue C, Chen T, Liu C, et al. Effect of case management on glycemic control and behavioral outcomes for chinese people with type 2 diabetes: a 2 year study. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2016[cited 2017 Nov 09];99(8):1382-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27005564>
19. Zhao FF, Suhonen R, Koskinen S, Leino-Kilpi H. Theory-based self-management educational interventions on patients with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Adv Nurs*[Internet]. 2017[cited 2017 Nov 09];73(4):812-33. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27681948>
20. Lopes AAF. Care and Empowerment: the construction of the subject responsible for his own health in the experience of diabetes. *Saude Soc*[Internet]. 2015[cited 2017 Nov 09];24(2):486-500. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n2/0104-1290-sausoc-24-02-00486.pdf>
21. Oliveira GYM, Almeida AMO, Girão ALA, Freitas CHA. Nursing interventions for promoting self-care of persons with type 2

- diabetes: an integrative review. *Rev Eletr Enferm*[Internet]. 2016 [cited 2017 Nov 09];18:e1188. Available from: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-832729>
22. Ortega MCB, Cecagno D, Llor AMS, Siqueira HCH, Montesinos MJL, Soler LM. Academic training of nursing professionals and its relevance to the workplace. *Rev Latino-Am Enfermagem*[Internet]. 2015[cited 2017 Nov 09];23(3):404-10. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n3/0104-1169-rlae-23-03-00404.pdf>
 23. Miccas FL, Batista SHSS. Permanent education in health: a review. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2014 [cited 2017 Nov 09];48(1):170-85. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n1/en_0034-8910-rsp-48-01-0170.pdf
 24. Poh CL, Parasuram R, Kannusamy P. Nursing inter-shift handover process in mental health settings: a best practice implementation project. *Int J Evid Based Healthcare*[Internet]. 2013[cited 2017 Nov 09];11(1):26-32. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23448327>
 25. Souza MB, Rocha PM, Sá AB, Uchoa SAC. Teamwork in primary care: the experience of Portugal. *Rev Panam Salud Publica*[Internet]. 2013[cited 2017 Nov 09];33(3):190-5. Available from: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2013.v33n3/190-195/pt>
 26. Verchota G, Sawin KJ. Testing components of a self-management theory in adolescents with Type 1 Diabetes Mellitus. *Nurs Res*[Internet]. 2016 [cited 2017 Nov 09];65(6):487-95. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27801719>
 27. Conselho Federal de Enfermagem – COFEn.. Resolução COFEN nº 159/1993 – Revogada pela Resolução Cofen nº 0544/2017. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, DF, 2017[cited 2017 Nov 09]. Available from: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-1591993_4241.html
 28. Emamifar A, van Bui Hansen MH, Jensen Hansen IM. The ratio of nurse consultation and physician efficiency index of senior rheumatologists is significantly higher than junior physicians in rheumatology residency training: A new efficiency measure in a cohort, exploratory study. *Med*[Internet] 2017 [cited 2017 Nov 09];96(14):e6601. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5411226/>
 29. Salci MA, Meirelles BHS, Silva DMGV. Primary care for diabetes mellitus patients from the perspective of the care model for chronic conditions. *Rev Latino-Am Enfermagem*[Internet]. 2017[cited 2017 Nov 09];25:e2882. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/0104-1169-rlae-25-e2882.pdf>
 30. Gimenes HTF, Santos MA, Arrelias CCA, Rodrigues FFL, Gonela JT, Teixeira CRS, et al. Adherence To Diabetes Mellitus Treatments In Family Health Strategy Units. *Rev Esc Enferm USP*[Internet]. 2014[cited 2017 Nov 09];48(2):257-63. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n2/0080-6234-reeusp-48-02-257.pdf>
 31. Oliveira MAC, Pereira IC. Primary Health Care essential attributes and the Family Health Strategy. *Rev Bras Enferm*[Internet]. 2013[cited 2017 Nov 09];66(spe):158-64. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf>
-