

Consulta de enfermería y diabetes: proceso educativo y transformador para los cuidados primarios de salud*

Silvana de Oliveira Silva^{1,2}

 <https://orcid.org/0000-0002-1016-0062>

Andréa Carvalho Araújo Moreira^{2,3}

 <https://orcid.org/0000-0001-9855-1449>

Alexa Pupiara Flores Coelho Centenaro^{2,4}

 <https://orcid.org/0000-0002-9117-5847>

Nara Marilene Oliveira Girardon-Perlini²

 <https://orcid.org/0000-0002-3604-2507>

Teresinha Heck Weiller²

 <https://orcid.org/0000-0003-2531-0155>

Maria Denise Schimith²

 <https://orcid.org/0000-0002-4867-4990>

Destacados: (1) La Consulta de Enfermería para personas con DM por parte de enfermeras estuvo conformada por elementos cercanos y se distanciaron del MACC. (2) Elementos cercanos con MACC: el vínculo, la responsabilización, el cuidado longitudinal y el enfoque social y familiar. (3) Elementos se distanciaron del MACC: comprensión limitada del modelo, la postura profesional de culpabilización del usuario y de las debilidades del proceso de enfermería con las personas que tienen DM. (4) La consulta de enfermería fue mejorada a partir de la participación activa de los enfermeros en un proceso educativo, reflexivo y dialógico.

Objetivo: analizar los elementos constitutivos que sustentan la consulta de enfermería con personas que tienen diabetes *mellitus*, y desarrollar un proceso educativo basado en los supuestos del Modelo de Atención a las Condiciones Crónicas y mediado por un proceso reflexivo-dialógico con enfermeros(as), con el fin de mejorar la calidad de la práctica en la Estrategia de Salud de la Familia. **Método:** investigación convergente asistencial realizada con 12 enfermeros. Se utilizaron observación participante, entrevista individual semiestructurada y grupos de convergencia para la recolección de datos, los cuales fueron tratados mediante análisis participativo, con enfoque interpretativo.

Resultados: la promoción del autocuidado, el establecimiento de vínculo profesional-usuario y el apoyo a cambios de hábitos de las personas con diabetes se acercaron al Modelo de Atención propuesto. Por otro lado, se identificaron como distantes las actitudes, valores y conocimientos que debilitan el cuidado. Los puntos de convergencia para mejorar la calidad de la consulta fueron la profundización teórica y práctica del modelo de atención, la diabetes, el enfrentamiento a la sobrecarga de trabajo, y la implementación de una guía y de un protocolo para el desarrollo de las consultas de enfermería. También se constató el fortalecimiento de la autonomía de los enfermeros, el despertar del pensamiento crítico, y la búsqueda de perfeccionamiento y resignificación de la relación con el usuario. **Conclusión:** la consulta de enfermería fue mejorada a partir de la participación activa de los enfermeros en un proceso educativo, reflexivo y dialógico.

Descriptores: Proceso de Enfermería; Diabetes Mellitus; Atención Primaria de Salud; Modelos de Atención de Salud; Enfermedad Crónica; Aprendizaje Basado en Problemas.

Cómo citar este artículo

Silva SO, Moreira ACA, Centenaro APFC, Girardon-Perlini NMO, Weiller TH, Schimith MD. Nursing consultation and diabetes: an educational and transformative process for primary health care. Rev. Latino-Am. Enfermagem.

2025;33:e4464 [cited año mes día]. Available from: URL . <https://doi.org/10.1590/1518-8345.7546.4464>

Introducción

La diabetes *mellitus* (DM) es una enfermedad crónica no transmisible que causó aproximadamente 2,0 millones de muertes en todo el mundo en 2019. En el período de 2000 a 2019, la DM registró un aumento global del 3% en el número de muertes y, en las Américas, superó el accidente cerebrovascular en la medida de años de vida ajustados por discapacidad, ocupando así el segundo lugar⁽¹⁾.

Según la Federación Internacional de Diabetes (FID), la prevalencia de la enfermedad en los países de ingreso bajo es del 5,5%⁽²⁾. En Brasil, se identificó una incidencia del 8,6%, siendo el 68,2% de la población consciente de su diagnóstico, el 92,2% de los que conocen su diagnóstico siguen tratamiento farmacológico, y de estos, solamente el 35,8% tiene niveles controlados de hemoglobina glicosilada⁽³⁾.

Por lo tanto, es fundamental prestar atención a los daños actuales y futuros de esta enfermedad, para planificar la implementación de políticas públicas efectivas, ya que la mayoría de los países han avanzado poco en el cumplimiento de la meta de Desarrollo Sostenible 3.4, que prevé una reducción de un tercio de la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles entre 2015 y 2030. En este contexto, el rastreo y el tratamiento de la DM son intervenciones de alta prioridad para reducir la mortalidad por enfermedades crónicas⁽⁴⁾.

La Atención Primaria de Salud (APS) en Brasil, organizada a nivel nacional por medio de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF), debe ser la puerta de entrada preferencial para las personas con DM en el sistema de salud. Es el punto de atención estratégico para satisfacer mejor las necesidades de salud, incluido el seguimiento longitudinal y continuo⁽⁵⁾. Los tratamientos para la DM se basan en enfoques no farmacológicos y farmacológicos para el control glucémico, que deben ser elegidos considerando los aspectos biopsicosociales espirituales de cada persona, por medio de una relación interpersonal entre el profesional y el paciente, ya que esto influye directamente en la adherencia al tratamiento.

Por tanto, el enfermero es el profesional de primer contacto con el paciente, quien debe asumir un papel de liderazgo en la detección, tratamiento y rehabilitación de la diabetes. Este profesional también es responsable de apoyar los esfuerzos para prevenir la enfermedad y promover la salud de las personas que viven con diabetes, permitiéndoles así participar en la toma de decisiones relacionadas con su tratamiento⁽⁶⁾.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la contribución de la enfermería para prevenir y gestionar la diabetes en el sistema de salud se demuestra por medio de seis características: 1) coordinación de los cuidados

para garantizar que las necesidades de salud del paciente se satisfagan a lo largo del tiempo; 2) participación en un enfoque multidisciplinario de cuidados basado en una relación integrada entre los profesionales de la salud, permitiendo a diferentes profesionales trabajar en equipo para mejorar la calidad de los cuidados; 3) movilización y capacitación del personal de enfermería para especializarse en enfermedades no transmisibles, con el objetivo de lograr tratamientos más eficaces y sostenibles; 4) mejor acceso a los cuidados; 5) empoderamiento de los individuos y de la comunidad; y 6) uso de la tecnología para mantener el acceso a los servicios de salud esenciales y reducir la exposición a la COVID-19⁽⁷⁾.

Hay esfuerzos de enfermeros brasileños para contribuir a la adherencia al tratamiento de la DM, proporcionando bases científicas para los cuidados de enfermería, con el fin de orientar acciones que promuevan una mayor adherencia al tratamiento con la participación activa del paciente, reduciendo las complicaciones, las hospitalizaciones y la mortalidad⁽⁸⁾. Por otro lado, un estudio internacional⁽⁹⁾ demostró que la diabetes aún no es una prioridad en los centros de atención primaria. Los enfermeros explicaron la importancia de trabajar en la prevención primaria de la diabetes, priorizando el cuidado de las personas con prediabetes, y señalaron la necesidad de establecer directrices clínicas, apoyo en conocimientos y habilidades asistenciales, además de la implementación de un proceso de trabajo interprofesional, aspectos cruciales en la atención de la salud de las personas con diabetes, que se basa en el Modelo de Atención a las Condiciones Crónicas (MACC).

El MACC fue propuesto por Eugênio Vilaça Mendes para atender las especificidades del sistema de salud pública brasileño. Tiene su origen en el Modelo de Cuidados Crónicos (MCC) proveniente de los Estados Unidos, e incorpora otros dos modelos: el Modelo Pirámide de Riesgo (MPR) y el Modelo de la Determinación Social de la Salud, para adaptarse a las exigencias de un sistema de atención a la salud público y universal como el *Sistema Único de Salud* (SUS)⁽¹⁰⁾. Es un instrumento operativo, establecido en el Plan Nacional de Enfrentamiento de Condiciones Crónicas para alcanzar los objetivos de desarrollo del milenio al 2030.

La consulta de enfermería (CE) orienta el pensamiento crítico y el juicio clínico del enfermero, orientándolo al cuidado de la persona, familia, comunidad y grupos especiales. En el contexto de la ESF y del cuidado a las personas con enfermedades crónicas, la CE favorece una atención resolutiva, proactiva y humanizada, basada en acciones educativas capaces de empoderar a los usuarios para alcanzar los objetivos establecidos en el proceso de cuidar y autocuidado.

Sin embargo, son preocupantes las dificultades encontradas en la práctica de la CE en la APS, tales como: falta de tiempo, falta de agilidad para el diagnóstico de enfermería, problema en la interfaz entre asistencia y gestión, y excesivas exigencias burocráticas⁽¹¹⁾.

En el campo científico, hay mucho por investigar sobre la consulta de enfermería con personas con diabetes en el contexto de la APS, dada su relevancia, especialmente cuando está asociada a los supuestos del MACC. Son pocos los estudios sobre este tema, que apuesta por promover cambios y/o innovaciones en la práctica del cuidado, adoptando una perspectiva constante de construcción del pensar y del hacer.

Teniendo en cuenta lo anterior, esta investigación tiene como objetivo analizar los elementos constitutivos (conocimientos, tecnologías, creencias y valores) que sustentan la consulta de enfermería con personas que tienen diabetes *mellitus*, y desarrollar un proceso educativo basado en los supuestos del Modelo de Atención a las Condiciones Crónicas y mediado por un proceso reflexivo-dialógico con enfermeros(as), con el fin de mejorar la calidad de la práctica en la Estrategia de Salud de la Familia.

Método

Diseño del estudio

Investigación convergente asistencial (ICA) que tiene como objetivo, durante el transcurso de la investigación, promover cambios y/o innovaciones en la práctica del cuidado, a partir de la construcción continua del pensar y del hacer⁽¹²⁾. Su elaboración cumplió con las recomendaciones de los Criterios Consolidados para Informes de Investigación Cualitativa⁽¹³⁾.

Lugar del estudio

El estudio se realizó en una ciudad de tamaño mediano ubicada en la región centro-oeste del estado de Rio Grande do Sul, Brasil, que forma parte del proyecto de Planificación de la Atención en Salud y cuenta con 11 unidades de ESF, que cubren el 86% de la población total.

Período

La producción de los datos se realizó entre agosto de 2020 y diciembre de 2021, período durante el cual la pandemia de COVID-19 azotaba al país. Se tomaron todas las medidas de prevención de transmisión.

Participantes y criterios de selección

Se incluyeron enfermeros(as) que trabajaban en ESF y con experiencia en CE con personas con DM de al menos 6 meses [según el artículo 442-A de la Consolidación de las Leyes del Trabajo (CLT) de Brasil, este es el tiempo máximo de experiencia que puede ser requerido por los empleadores para fines de contratación]. Se estableció como criterio de exclusión: enfermeros(as) que por algún motivo estuvieran alejados(as) del trabajo por más de 30 días durante el período de recolección de datos, lo cual no ocurrió. De este modo, 12 enfermeros(as) fueron contactados por correo electrónico para una reunión de presentación de la propuesta y, en su totalidad, aceptaron participar en el estudio.

Recolección de datos

Se adoptó la triangulación de técnicas para la producción de datos: observación participante activa⁽¹⁴⁾, entrevista semiestructurada⁽¹⁵⁾ y grupos de convergencia⁽¹⁶⁾.

El objetivo de la observación participante fue captar y registrar los más variados elementos e impresiones sobre la realización de la CE con personas con DM. Así, se utilizó un guión preestablecido que incluyó los siguientes aspectos: relación profesional con el usuario, comunicación, etapas del proceso de enfermería, registro de enfermería, y ambiente.

La interacción de la investigadora durante las observaciones se produjo de forma gradual. Durante la CE, buscó mantener una posición más pasiva, interactuando estrictamente lo necesario. La participación activa ocurrió mayoritariamente después de finalizar la consulta, cuando, entre una cita y otra, se dialogaba sobre el caso y se compartían conocimientos a partir de las percepciones de la investigadora y de las dudas planteadas por los participantes.

La interrupción de las observaciones se estableció mediante el criterio de saturación teórica⁽¹⁷⁾, que consistió en una recopilación individual, buscando identificar si los elementos propuestos por el guión fueron explorados. Una vez que todos los elementos fueron contemplados y no emergió ninguna otra información nueva pertinente al tema del estudio, se cerraron las observaciones. Con un total de 120 horas, y con un promedio de 10 horas/participante, los datos producidos en esta etapa fueron registrados en un diario de campo y en una grabadora digital, inmediatamente después de su finalización, codificados y posteriormente transcritos al editor de textos *Microsoft Word*.

La entrevista individual semiestructurada fue realizada por la investigadora después de alcanzar la saturación de las observaciones y antes de los grupos de convergencia. Para ello, se les animó a hablar del día a día de la CE con personas con DM, abordando aspectos como objetivo, qué hace y cómo lo hace; sobre el MACC, su conocimiento y aplicabilidad en la vida cotidiana; sobre los desafíos y las potencialidades de la realización de la CE con personas con DM; y sugerencias para los grupos de convergencia. Se realizó una prueba piloto, pero no formó parte de la muestra de participantes. Se realizaron 12 entrevistas, previamente programadas con los(as) participantes, en las unidades de salud, audiograbadas, con una duración promedio de 40 minutos. Luego, un asistente de investigación capacitado transcribió el material al editor de texto de *Microsoft Word*.

Los datos obtenidos por medio de estas dos técnicas sustentaron el Grupo de Convergencia (GC), que tiene como finalidad realizar la investigación simultáneamente con la práctica asistencial junto al colectivo, con enfoque en la educación para la salud o en la práctica clínica. En este espacio, se busca promover discusiones sobre un determinado tema, foco de la investigación, en un proceso interactivo entre participantes e investigador, de manera que se permita la dialogicidad⁽¹⁸⁾.

Los encuentros se desarrollaron según cronograma elaborado con los(as) participantes, en la sala de reuniones de la Secretaría Municipal de Salud, con un tiempo promedio de 2 horas y 30 minutos. Fueron grabados en audio en una grabadora digital y la investigadora contó con el apoyo de un asistente de investigación, estudiante de la Maestría en Enfermería, quien recibió capacitación y contribuyó activamente en la planificación, ejecución, observación y transcripción.

Para lograr la cohesión, el grupo de convergencia pasó por un proceso de cuatro fases, denominado Proceso de los Cuatro Erres (R): reconocimiento; revelación, repartir y repensar⁽¹⁶⁾. La fase reconocimiento tuvo como finalidad posibilitar el primer encuentro del grupo y establecer relaciones entre los participantes y la investigadora para que la cohesión del grupo pudiera darse por medio del diálogo participativo. Esta fase abarcó dos encuentros. El primero tuvo como objetivo analizar el conocimiento de los(as) participantes sobre la CE en términos de su finalidad y supuestos. Para ello se realizaron actividades grupales, incluyendo la creación de carteles, dramatizaciones y debates. El segundo encuentro se centró en el conocimiento sobre el MACC, utilizando palabras clave e imágenes como recursos para promover la interacción y el diálogo.

La fase revelación comprendió el momento en que los participantes se identificaron con sus pares por la

experiencia compartida con la propuesta de los encuentros. Este proceso se desencadenó cuando se les animó a hablar sobre sus vivencias con la CE con personas con DM y elaborar los conceptos que rigen su práctica asistencial.

La fase repartir fue el momento en el que el grupo, mediado por el intercambio de experiencias, fue llevado a tomar decisiones compartidas sobre el propósito de la reunión. Esta fase contó con tres encuentros y con una participación más activa de la investigadora. Las actividades se desarrollaron con apoyo de lectura, discusión de materiales científicos, dramatizaciones, estudio de casos y apoyo matricial por parte de un nutricionista.

La fase repensar se caracterizó por la reflexión del grupo sobre las implicaciones de los problemas identificados y la posibilidad de transferir lo compartido y aprendido para el cotidiano de los(as) participantes⁽¹⁶⁾. Esta fase se desarrolló en tres momentos, utilizando estrategias como: técnica de *Brainstorm*, estudio de casos, dinámicas de grupo y elaboración de la guía para la CE con personas que tienen DM.

Los encuentros grupales fueron planificados y desarrollados tomando como referencia la Pedagogía Liberadora de Paulo Freire, la cual ha sido utilizada en estudios en las áreas de educación, salud y enfermería. En este punto, la Investigación Convergente Asistencial se articula con este marco, ya que se fundamenta en el diálogo crítico liberador, basado en el principio de que la reflexión crítica conduce a la acción (práctica), llamada *praxis*⁽¹⁹⁾.

Análisis de los datos

El análisis se fundamentó en una investigación participativa con enfoque interpretativo, realizada por medio de la construcción y retroalimentación de narrativas⁽²⁰⁾. Basado en los presupuestos de la Teoría Hermenéutica de Gadamer, este enfoque considera que los actos de interpretación son dialógicos, explorando estrategias participativas y sugiriendo algunos cambios en la forma clásica de llevar a cabo las investigaciones. Entre esos cambios, se utilizan dos estrategias: la construcción de narrativa y validación, y la producción de consenso participativo⁽²⁰⁾. De esta manera, el participante actúa en el proceso de investigación, lo que permite la resignificación y la autorreflexión de sus conductas⁽²¹⁾.

A lo largo del proceso de transcripción y organización de los datos, se realizaron diversas lecturas en profundidad con el fin de comprender y explorar nuevos testimonios. Así, fue posible percibir relatos reincidentes, peculiares, divergentes y contradicciones expresadas que involucraban la práctica de la CE, y hacer las primeras inferencias e interrogantes.

Teniendo en cuenta estas consideraciones, el análisis se realizó de la siguiente manera: luego de transcribir cada una de las entrevistas semiestructuradas ($n=12$), se construyó una narrativa. A continuación, la investigadora regresó al campo y leyó la narrativa a cada participante y, por medio del proceso dialógico, el(la) participante reflexionó sobre la narrativa y tuvo la oportunidad de cuestionarla o reforzarla y validarla. Con los grupos de convergencia, de igual manera, se produjeron nueve narrativas, una de cada encuentro, las cuales fueron leídas y validadas con los participantes a medida que se desarrollaban los encuentros. Siempre antes de iniciar el próximo grupo, se reforzaba la posibilidad de coproducción de los(as) participantes.

Como forma de facilitar la organización de esos datos y la categorización de los núcleos argumentales, las notas de observación y las narrativas de las entrevistas y de los grupos fueron insertadas en el *NVivo Software Corporativo*. Así, con el desarrollo de 21 narrativas y las notas de observación, fue posible construir y encadenar los núcleos argumentales, los cuales buscaban responder a la pregunta de investigación⁽²⁰⁾.

Aspectos éticos

La investigación siguió los lineamientos de la Resolución nº 466/12 del Consejo Nacional de Salud⁽²²⁾, además de la Resolución nº 510/2016 del Ministerio de Salud, que enfatiza las especificidades éticas de la investigación en ciencias humanas y sociales y de otras que utilizan metodologías propias de estas áreas⁽²³⁾. Fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación de la *Universidade Federal de Santa Maria*, bajo dictamen nº 4.209.003. Todos(as) los(as) participantes aceptaron

participar en el estudio y firmaron el Formulario de Consentimiento Informado. El anonimato está garantizado con los siguientes códigos: O (Observación) seguido de la letra E (enfermero), numeral del 1 al 12 y fecha (día/mes/año); NE (Narrativa Enfermero) seguido del numeral del 1 al 12; NGC (Narrativa Grupo de Convergencia) seguido del numeral del 1 al 9.

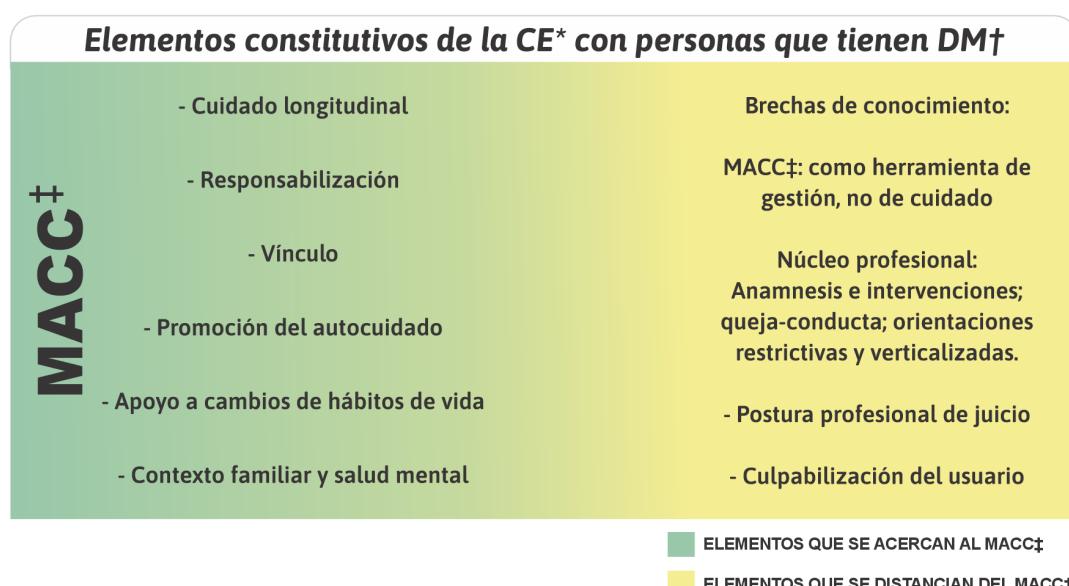
Resultados

Participaron del estudio 12 enfermeras, la mayoría mujeres ($n=11$), con una edad promedio de 42 años (mínima de 33 años y máxima de 51 años). El tiempo promedio de formación en Enfermería fue de 12 años (mínimo de 5 años y máximo de 25 años), y el tiempo de trabajo en la ESF fue, en promedio, de 7,5 años, siendo el menor tiempo de 6 meses ($n=1$) y el mayor de 11 años ($n=3$).

Los resultados se presentarán por medio de los siguientes núcleos argumentales: Elementos constitutivos de la Consulta de Enfermería con personas que tienen DM que se acercan y se distancian de los presupuestos del Modelo de Atención a las Condiciones Crónicas; y Ahora tiene sentido: la convergencia entre la investigación y el proceso educativo.

Elementos constitutivos de la Consulta de Enfermería con personas que tienen DM que se acercan y se distancian de los presupuestos del MACC

Los elementos de la CE con personas que tienen diabetes en la ESF abarcan características que se acercan y se distancian del MACC, como se demuestra en la Figura 1.



*CE = Consulta de enfermería; †DM = Diabetes mellitus; ‡MACC = Modelo de Atención a las Condiciones Crónicas

Figura 1 – Elementos constitutivos de la Consulta de Enfermería con personas que tienen diabetes mellitus

Los(as) enfermeros(as) enfrentan algunos desafíos en la realización de la CE con personas con diabetes que han durado algunos años, a saber: sobrecarga de trabajo, falta de protocolos de enfermería y procedimientos operativos estándar (POEs), y cantidad insuficiente de profesionales de enfermería para satisfacer las demandas de atención y gestión. [...] *iCreo que lo que más limita la asistencia al usuario durante las consultas es la sobrecarga! Estoy aquí para ayudar al usuario, ipero eso no es todo lo que hago! Hay problemas de gestión del servicio, demanda espontánea y administrativa [...] (NE3).* [...] En varias ocasiones, la enfermera fue interrumpida durante la consulta para resolver cuestiones administrativas del servicio, como solicitar materiales, recibir insumos, hacer contacto con otro servicio, informar sobre el período de vacaciones del agente comunitario; pidió permiso y salió de la sala para evaluar una lesión en la sala de curaciones (NO 08/09/2020). Reconocemos la necesidad de desarrollar e implementar los POEs y protocolos de enfermería, porque cada día asistimos a situaciones en las que, si tuviéramos estos instrumentos, tendríamos más autonomía [...] sin mencionar mayor calidad en la atención al paciente. De esta manera nuestro tiempo sería mejor aprovechado [...]. Por estos motivos, mirando el tema de la resolución en atención primaria, entendemos que una de las posibilidades son los protocolos, los POEs. (NGC1). Incluso antes de la pandemia, el número de profesionales de enfermería ya era insuficiente. Ya no podíamos manejarlo porque en realidad necesitaríamos una enfermera para la parte asistencial y otra para la gestión. Y solo tenemos dos técnicos de enfermería en el equipo, sin embargo, a menudo hay uno que no está presente, porque o bien está de vacaciones, con un informe, con una licencia, de descanso, o en otra actividad, como ahora, que está asignado a otra unidad para apoyar en la vacunación. (NE10).

Por otro lado, los(as) participantes reconocieron algunos factores contextuales como medios para potenciar la consulta de enfermería en la ESF para personas con diabetes, como el apoyo de la gestión municipal, red municipal de atención de salud, y la compartición del cuidado con el ambulatorio de especialidades; el reconocimiento de la población al desempeño profesional de los enfermeros; y el vínculo con los usuarios y la relación profesional con el médico de la unidad: [...] *me siento contemplada en esta gestión. Nuestras demandas son atendidas; tenemos horario protegido para reuniones de equipo y capacitaciones. (NE9).* Lo que potencia la consulta es que la atención primaria está muy fortalecida en la ciudad. [...] Los usuarios tienen acceso, contención, reconocen la unidad como puerta de entrada y nuestro trabajo como enfermeras [...] (NE1). La cuestión de las interconsultas con la médica, ya que ayuda en la resolutividad (NE4). [...] contamos con un ambulatorio especializado para derivar a los usuarios que necesitan evaluación [...] y siempre nos retroalimentan para implementar el cuidado (NGC3). [...] también disponemos de una red de atención a la salud para los usuarios aquí en la ciudad, como laboratorios, centro de referencia de asistencia social, el núcleo de apoyo a la salud familiar, nutrición, y todo esto podemos poner a su disposición en la Consulta, el usuario tiene acceso siempre que lo necesita (NE7).

Ahora tiene sentido: la convergencia entre la investigación y el proceso educativo

De la convergencia entre la investigación y la práctica asistencial emergieron las demandas para cualificar la Consulta de Enfermería en la ESF con personas que tienen DM. El proceso educativo desarrollado a lo largo de los grupos de convergencia está representado en la Figura 2.



*CE = Consulta de enfermería; †MACC = Modelo de Atención a las Condiciones Crónicas; ‡DM = Diabetes mellitus

Figura 2 – Puntos de convergencia entre investigación y práctica asistencial

En este estudio, el intercambio de conocimientos entre investigadora y participantes subsidia acciones concretas de cambio y movimientos de reflexión-acción que resultaron en

la construcción colectiva de una guía para la CE con personas que tienen DM y la implementación de un protocolo de enfermería. Tales cambios están representados en la Figura 3.

Percepción de la necesidad de profundización teórica y práctica de la CE*	[...] Necesitamos profundizar nuestro conocimiento sobre DM [†] y cuidado con los usuarios. Instituir un protocolo de enfermería y una guía de CE* para ayudarnos en nuestro día a día y estructurar mejor la CE*, todo el proceso, recolección de datos e intervenciones en marcos teóricos (NGC ^{‡7}). [...] En los talleres de planificación, la forma de presentar el MACC [§] fue más densa, el foco estaba en organizar la demanda del servicio y no en el cuidado mismo. Ahora tiene sentido para nosotros, podemos decir con certeza en qué modelo de atención sanitaria operamos o pretendemos operar. Ahora está claro cuál es el norte (NGC ^{‡4}).
Elementos constitutivos de la CE* fortalecidos	Todas las herramientas que vimos, la Sistematización de la Atención de Enfermería, los diagnósticos de enfermería, el uso de las tecnologías, las mismas herramientas que ofrece el sistema de información que no utilizábamos, no sabíamos la importancia y cuánto cualifica la CE* [...] el conocimiento científico en relación a las definiciones de enfermería, persona, ambiente, cuidado, salud; sobre la CIPE que no sabíamos cómo utilizar, elaborar un diagnóstico. Conocer y discutir todo esto y los modelos de atención en salud fue fundamental en esta época de cambios (NGC ^{‡9}).
Inquietudes y deseos para el cambio de la práctica	¡Nos vimos en muchos ejemplos citados y nos dimos cuenta de que necesitamos cambiar! Deconstruir nuestras propias ideas preconcebidas para transformar nuestra práctica. Todavía no nos sentimos preparadas, pero nos damos cuenta de la necesidad de considerar lo que aporta la persona para fijar metas con ella (NGC ^{‡6}).
Elementos constitutivos de la CE* resignificados	¡Ahora todo tiene sentido! La consulta es con personas que viven con diabetes. Tuvimos que repensar esto, en cuanto al contexto en el que está inserto y nuestro rol profesional. ¡La relación con el usuario que no considerábamos mucho! Pero considerarlo como parte del proceso de atención de la diabetes es muy importante. Esto ha sido resignificado. Porque pensábamos que lo considerábamos, pero en la práctica, nuestras acciones eran prescriptivas. No considerábamos al usuario como actor del proceso, sus necesidades reales, su perspectiva como agente de cambio. Nuestra práctica era así y fue resignificada. Trabajo en equipo. Hablamos mucho de esto, "No es sano centrarnos todo en nosotros mismos, esto genera sobrecarga", y se logró resignificar la importancia de trabajar en equipo [...] (NGC ^{‡9}).
Posibilidades de minimizar los desafíos	Prescindir de la planificación ha sido nuestra práctica y nos damos cuenta de que es necesario instituir la división de tareas, planificar en un corto espacio de tiempo, analizar la situación. Y dividir y delegar tareas marcará la diferencia para lograr un muy buen resultado y no provocar la sobrecarga de trabajo que tanto sentimos. En cuanto a la comunicación, concluimos que para nosotros puede estar claro lo que queremos, pero para el equipo y el usuario quizás no, y prestar atención a esto es fundamental (NGC ^{‡5}).
Transformaciones en la práctica de la CE* con las personas que tienen DM [†]	¡Nuestras reuniones han ayudado mucho! ¡Hemos intentado ponerlo en práctica y la consulta ha mejorado mucho! Los usuarios se sienten valorados con los cambios que hemos introducido. La CE* tiene un contenido diferente, parece haberse vuelto más significativa para ellos [...]. Revisar los conocimientos sobre alimentación fue fundamental. Un cuidado que muchas veces ni siquiera nosotros tenemos, y aquí, otro desafío, no solamente la alimentación de la persona con DM [†] , ¡sino una alimentación saludable para toda la familia! (NGC ^{‡7}). Despues de que comenzamos a delegar algunas funciones al equipo, nos dimos cuenta de que era posible dedicarnos más a la CE*. Siento que ha mejorado (NGC ^{‡9}).

*CE = Consulta de enfermería; [†]DM = Diabetes mellitus; [‡]NGC = Narrativa grupo de convergencia; [§]MACC = Modelo de Atención a las Condiciones Crónicas; ^{||}CIPE = Clasificación internacional para la práctica de enfermería

Figura 3 – Transformaciones en el cotidiano de la Consulta de Enfermería a partir del proceso educativo-dialógico

Discusión

Las personas que experimentan una condición crónica como la diabetes requieren de cuidados adecuados desde el inicio del diagnóstico, para que vivan un proceso de adaptación favorable a su nueva condición de salud y mantengan un bienestar equilibrado⁽²⁴⁾. Por ello, se utilizan varios modelos organizativos con el objetivo de educar y apoyar el autocuidado de las personas con enfermedades crónicas, siendo el Modelo de Cuidados Crónicos (MCC) el más utilizado, como destaca un estudio de revisión⁽²⁵⁾.

Es importante mencionar que el MACC tiene sus fundamentos basados en el MCC y, además de ser un modelo organizacional, propicia cambios de paradigma en la atención, con miras a una atención integral, siendo el usuario el centro del cuidado⁽¹⁰⁾. En esta investigación, se destacaron elementos de la CE con personas con DM que se distancian de los supuestos del MACC, ya que se observa una visión hegemónica de la relación enfermero-paciente, con prácticas centradas en la enfermedad y curativistas. Una investigación internacional realizada recientemente exploró las percepciones de enfermeros sobre el cuidado centrado en la familia de personas

adultas con diabetes y, de manera similar, el modelo médico dominante sigue siendo un desafío por superar⁽²⁶⁾.

Frente a esta realidad, los enfermeros brasileños deben reflexionar sobre la importancia de su papel ético y político en el cuidado de las personas con enfermedades crónicas, en el cumplimiento y fortalecimiento de los principios del Sistema Único de Saúde (SUS), así como en la visibilización de la profesión. La forma en que los(as) participantes en este estudio entienden y operacionalizan el MACC difiere exponencialmente de otras realidades, como Austria, donde los enfermeros son reconocidos por su competencia y tienen preferencia de los usuarios para liderar programas/modelos de cuidados crónicos. Esto tiene implicaciones prácticas en la forma en que los modelos de cuidado se dotan de profesionales, y presenta una oportunidad para que la fuerza laboral de enfermería desempeñe un papel de liderazgo en la prestación de servicios⁽²⁷⁾.

En Singapur, los usuarios en seguimiento para diabetes en el sistema de atención primaria de salud que adoptan el MCC también informaron satisfacción con los cuidados de enfermería prestados, con la continuidad de los cuidados, y con el enfoque centrado en el paciente,

que involucra el establecimiento de metas y la resolución de problemas⁽²⁸⁾.

Sin embargo, los(as) enfermeros(as) en este estudio identificaron varios desafíos para realizar la CE con personas que tienen DM, relacionados con el proceso de trabajo, como sobrecarga, atribuciones gerenciales y asistenciales superpuestas, y la necesidad de implementar protocolos. Para superar estos desafíos, enfermeros bolivianos resaltaron la necesidad de apoyo en el cuidado de las personas con diabetes en el nivel primario, abarcando cuatro dimensiones: organización de los cuidados y políticas de salud; fortalecimiento de los conocimientos, habilidades y actitudes del equipo de salud; capacitación de las personas que viven con diabetes y sus familias; y educación sobre diabetes a nivel comunitario⁽²⁹⁾.

Los desafíos resaltados en esta investigación podrían interferir negativamente con la calidad de la atención brindada y, en consecuencia, provocar una falta de control metabólico y complicaciones como el pie diabético y la amputación de extremidades en personas con diabetes. Así, es necesario un manejo multidisciplinario eficaz de la condición clínica de la diabetes, lo que requiere la contratación adecuada de profesionales de salud, un equipo bien definido, adhesión a directrices basadas en evidencias, una buena infraestructura para la recolección de datos y mecanismos para la mejora de la calidad basados en la revisión de datos clínicos⁽³⁰⁾.

En esta investigación, el método ICA permitió a los(as) enfermeros(as) reflexionar sobre su práctica en la CE con personas que tienen DM e iniciar un proceso de cambio. De esta manera, el reconocimiento por parte de los(as) enfermeros(as) de la necesidad de superar desafíos se dio a través de un proceso educativo que estimuló la reflexión y la crítica, convirtiéndolos en agentes activos y transformadores de la realidad, lo que contribuyó al establecimiento de estrategias para minimizarlos. De manera similar, estudios realizados con el mismo método en otras áreas asistenciales también permitieron invertir en la formación en servicio, con el objetivo de cualificar el cuidado de enfermería⁽³¹⁻³²⁾.

Los(as) participantes de la investigación resignificaron la práctica de la CE con personas que tienen DM, comprendiendo el ejercicio del(a) enfermero(a) como el arte de percibir de manera continua y minuciosa las necesidades del ser cuidado, valorando los aspectos subjetivos, lo que les permitirá desvelar a la persona en su integralidad, resultando en la elección de la mejor intervención para ella⁽¹⁸⁾.

La actitud profesional fue percibida como una necesidad de cambio, siendo resignificada para un cuidado corresponsable, que los(as) participantes denominaron "cuidar con el paciente". La evidencia científica indica que

la relación profesional-usuario centrada, con una postura dialógica, que busca la emancipación del sujeto y los aspectos biopsicosociales para determinar las necesidades de cuidado, potencia la atención a las personas con DM⁽³³⁻³⁵⁾.

La percepción de la necesidad de formación y cualificación profesional fue fundamental. La educación continua en salud es parte integral del proceso de trabajo y permite el desarrollo de habilidades y capacidades consistentes con el modelo de atención recomendado por el SUS⁽³⁶⁾. Además, cuando los enfermeros reciben capacitación y apoyo estructurado, y utilizan algoritmos de tratamiento y tecnologías, el cuidado de enfermería se vuelve más efectivo, impactando los valores de hemoglobina glicosilada, con reducciones del 0,03 al 2%⁽³⁷⁾.

Las demandas de profundización teórica del MACC y la CE planteadas por los participantes fueron realizadas con el fin de garantizar un aprendizaje significativo basado en la realidad⁽³⁸⁾, generando satisfacción con la metodología utilizada. Este tipo de aprendizaje permite mejorar el pensamiento crítico, la autonomía, la motivación para aprender, la actitud activa, la capacidad de trabajar en equipo y de resolver problemas. En este sentido, coincidimos con la prerrogativa de que los enfermeros, durante su proceso de formación permanente, puedan desarrollar habilidades para actuar eficazmente en la APS, reflexionando en y sobre la práctica y decidiendo sobre la necesidad de permanecer en constante formación para afrontar las problemáticas que surgen de esta práctica⁽³⁹⁾.

Vale la pena destacar la importancia que los(as) participantes dieron a las discusiones sobre el saber científico de la enfermería, retomando las diferencias conceptuales de sistematización de la asistencia de enfermería y el proceso de enfermería (PE), así como la utilización de sistemas de lenguajes estandarizados, es decir, saberes y herramientas que cualifican la CE con personas que tienen DM. En el año 2024 se publicó la resolución del *Conselho Federal de Enfermagem* (COFEN) nº 736, que, en su artículo 2º, conceptualiza y califica el PE como un método que orienta el pensamiento crítico y el juicio clínico del enfermero para el cuidado, el cual debe ser basado en soporte teórico, como modelos de cuidado, sistemas de lenguajes estandarizados, instrumentos de evaluación de predicción de riesgos validados y protocolos⁽⁴⁰⁾. De esta manera, se puede inferir que el concepto antes mencionado está fuertemente vinculado al vivido por los enfermeros durante el proceso educativo reflexivo.

En este estudio, fue fundamental obtener el resultado de que los(as) participantes percibieron que el PE tiene como objetivo interferir positivamente en la asistencia de

enfermería a personas que tienen DM, ya que lo dirige al razonamiento clínico y a la prescripción de cuidados de enfermería, buscando una mayor calidad en la atención. Como se evidencia en un estudio de revisión sistemática, es necesario desarrollar más investigaciones que analicen la utilización del proceso de enfermería en contextos de salud comunitaria y salud pública y, de la misma manera, que evalúen las intervenciones de enfermería y la satisfacción de la población con el PE⁽⁴¹⁾.

Otro resultado señala la revisión de la gestión del trabajo, con un deseo manifestado por los(as) participantes de adoptar una práctica de colaboración interprofesional, al mencionar algunas de sus características, como el trabajo en equipo, la comunicación, la división de tareas y la planificación. Enfermeros de la APS de Noruega reconocieron que aprender las habilidades de colaboración interprofesional representa una oportunidad significativa para mejorar la calidad en los servicios de APS⁽⁴²⁾.

En este proceso sistemático de construcción y reconstrucción de la praxis, ocurrieron desdoblamientos en el contexto de los(as) enfermeros(as), como la elaboración de una guía para el desarrollo de la CE con personas con DM, la cual fue validada posteriormente⁽⁴³⁾, y la implementación de los protocolos de enfermería del *Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul* (Coren/RS), por medio del Decreto Municipal nº 067/2023. De esta manera, se apoya vigorosamente el diseño de estudios participativos, por la posibilidad de identificar soluciones innovadoras con potencial para mejorar el tratamiento centrado en la persona con diabetes⁽⁴⁴⁾. Desde esta perspectiva, es de fundamental importancia en la construcción de tecnologías educativas favorecer un alto nivel de implicación de las personas con diabetes como parte igualmente interesada⁽⁴⁵⁾.

Por lo tanto, se identifican en esta investigación algunos puntos fuertes que se asemejan a un estudio anterior que también utilizó la ICA⁽⁴⁶⁾, como el hecho de considerar la realidad y la experiencia de los participantes en su lugar de trabajo, lo que favorece el contenido y su viabilidad, expresando el potencial de la translación del conocimiento para la práctica.

En este sentido, la transformación de la práctica generó satisfacción directa para el usuario y, en consecuencia, una valorización profesional. Por lo tanto, se reafirma que en los espacios de encuentro entre las personas, las barreras jerárquicas implicadas en la lógica biomédica se rompen, hay una democratización del saber en salud, una resignificación a lo largo de toda la trayectoria y un constante movimiento de acción-reflexión-acción⁽⁴⁷⁾. Se cree que las estrategias utilizadas en esta investigación, que culminaron en transformaciones positivas en el proceso de trabajo de

los(as) enfermeros(as) de la ESF, pueden ser adaptadas y aplicadas en otras realidades.

Las limitaciones de esta investigación se atribuyen a dos factores. La participación de usuarios(as) no fue prevista en el diseño de la investigación, lo que podría haber triangulado los resultados aportados por los(as) enfermeros(as). La investigación desarrollada, aunque se trate de una ICA, no prevé un seguimiento continuo por parte de la CE para controlar la mejora de la calidad alcanzada.

La elección del análisis participativo para la ICA es un avance del conocimiento científico de la enfermería, ya que permitió que los(as) enfermeros(as) utilizaran la perspectiva de la investigadora. Además, brindar a los participantes la oportunidad de discutir y revisar los datos recolectados es un avance metodológico en la investigación cualitativa, y en este estudio, asociado a la ICA, se reveló como una posibilidad factible.

Conclusión

La Consulta de Enfermería realizada en la ESF con personas que tienen DM fue conformada por los(as) enfermeros(as) con elementos que se acercan al MACC, tales como el establecimiento de vínculos con los usuarios, la responsabilización, el cuidado longitudinal y el enfoque social y familiar. Sin embargo, se distanciaron de los supuestos de este modelo cuando hubo una comprensión limitada del modelo de atención, además de la postura profesional de culpabilización del usuario y de las debilidades en la aplicación del proceso de enfermería con las personas que tienen DM. Estos elementos que reflejaron la necesidad de cambio en la práctica asistencial fueron el punto de partida para sustentar el proceso educativo desarrollado con los(as) participantes por medio de la ICA.

La Investigación Convergente Asistencial se desarrolló durante un largo período y permitió promover un proceso de acción-reflexión-acción con resultados positivos para la translación del conocimiento, como: enfermeros sensibilizados y con voluntad de cambio, interesados en la profundización teórica y práctica del MACC y del PE, y colaborativos en la construcción e implementación de instrumentos y tecnologías que favorecieran el proceso de trabajo (protocolo y guía). Se observa, entonces, que las transformaciones ocurridas benefician a los usuarios y contribuyen a la cualificación de la asistencia de enfermería en la ESF. Así, las investigaciones que demuestran este compromiso de articular teoría y práctica son relevantes en el área de la Enfermería, ya que rompen con la idea utilitarista de la investigación y, de hecho, promueven cambios e introducen innovaciones en el sector de la salud.

Agradecimientos

Agradecemos a la magíster enfermera Bárbara Belmonte Bedin por su colaboración en la fase de recolección de datos.

Referencias

1. World Health Organization. The Global Health Observatory [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [cited 2023 Nov 15]. 96 p. Available from: <https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics>
2. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas [Internet]. 10. ed. Brussels: International Diabetes Federation; 2021 [cited 2023 Nov 15]. 141 p. Available from: https://diabetesatlas.org/idfawp/resource-files/2021/07/IDF_Atlas_10th_Edition_2021.pdf
3. Tonaco LAB, Velasquez-Melendez G, Moreira AD, Andrade FCD, Malta DC, Felisbino-Mendes MS. Awareness of the diagnosis, treatment, and control of diabetes mellitus in Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2023;57(1):1-13. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057005167>
4. NCD Countdown 2030 collaborators. NCD Countdown 2030: efficient pathways and strategic investments to accelerate progress towards the Sustainable Development Goal target 3.4 in low-income and middle-income countries. *Lancet*. 2022;399(10331):1266-78. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02347-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02347-3)
5. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. Nota Técnica para Organização da Rede de Atenção à Saúde com Foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada: Saúde da Pessoa com Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica – Guia de orientação para as secretarias estaduais e municipais de saúde [Internet]. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein; 2020 [cited 2023 Nov 18]. 88 p. Available from: <https://www.conass.org.br/biblioteca/download/8023/>
6. El-Berri H, Gedik FG, Belkadir J, Catton H, Hammerich A, Oweis A, et al. Tackling diabetes: how nurses can make the difference. *East Mediterr Health J*. 2020;26(11):1318-9. <https://doi.org/10.26719/2020.26.11.1318>
7. World Health Organization. The nurse and diabetes: Report by the International Council of Nurses for World Diabetes Day 2020 [Internet]. Cairo: WHO/EMRO; 2020 [cited 2023 Nov 18]. Available from: <https://www.emro.who.int/noncommunicable-diseases/world-diabetes-day/world-diabetes-day-2020.html>
8. Costa KFL, Vieira AN, Bezerra STF, Silva LF, Freitas MC, Guedes MVC. Nursing theory for patients' compliance with the treatments of arterial hypertension and diabetes mellitus. *Texto Contexto Enferm*. 2021;30:e20200344. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0344>
9. Harcke K, Graue M, Skinner TC, Olsson CB, Saleh-Stattin N. Making prediabetes visible in primary health care: a qualitative study of health care professionals' perspectives. *BMC Prim Care*. 2023;24(1):266. <https://doi.org/10.1186/s12875-023-02230-2>
10. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família [Internet]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012 [cited 2023 Nov 18]. 515 p. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf
11. Silva e Lima SG, Spagnuolo RS, Juliani CMCM, Colichi RMB. Nursing consultation in the Family Health Strategy and the nurse's perception: grounded theory. *Rev Bras Enferm*. 2022;75(4):e20201105. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1105>
12. Trentini M, Paim L, Silva DMGV. The convergent care research method and its application in nursing practice. *Texto Contexto Enferm*. 2017;26(4):5-10. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017001450017>
13. Souza VRS, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Translation and validation into Brazilian Portuguese and assessment of the COREQ checklist. *Acta Paul Enferm*. 2021;34:eAPE02631. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631>
14. Spradley J. Participant observation. New York, NY: Rinehart and Winston; 1980. 195 p.
15. Minayo M. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2014. 406 p.
16. Trentini M, Paim L, Silva DMG. O processo convergente assistencial. In: Trentini M, Paim L, Silva DMG, editors. Pesquisa convergente assistencial: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde. Porto Alegre: Moriá; 2014. p. 112-23.
17. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Sampling in qualitative research: a proposal for procedures to detect theoretical saturation. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(2):389-94. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200020>
18. Lima JJ, Miranda KCL, Cestari VRF, Pessoa VLMP. Art in evidence-based nursing practice from the perspective of Florence Nightingale. *Rev Bras Enferm*. 2022;75(4):e20210664. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0664>
19. Freire P. Extensão ou comunicação? 15. ed. São Paulo: Paz e Terra; 2011. 65 p.
20. Onocko-Campos RT. Talk to them! the interpretative work and the production of consensus in qualitative health research: innovations from participatory design. *Physis*.

- 2011;21(4):1269-86. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312011000400006>
21. Furtado JP, Onocko-Campos RT. Participation, knowledge production, and evaluative research: participation by different actors in a mental health study. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(11):2671-80. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001100022>
22. Brasil. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União* [Internet]. 2013 Jun 13 [cited 2023 Mar 06]; seção 1:59. Available from: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
23. Brasil. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. *Diário Oficial da União* [Internet]. 2016 Apr 07 [cited 2023 Nov 15];98(seção 1):44-6. Available from: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>
24. Stacherl B, Sauzet O. Chronic disease onset and wellbeing development: longitudinal analysis and the role of healthcare access. *Eur J Public Health*. 2024;34(1):29-34. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckad167>
25. Allory E, Scheer J, Andrade V, Garlantézec R, Gagnayre R. Characteristics of self-management education and support programmes for people with chronic diseases delivered by primary care teams: a rapid review. *BMC Prim Care*. 2024;25(1):46. <https://doi.org/10.1186/s12875-024-02262-2>
26. Matrook KA, Cowman S, Pertl M, Whitford D. Nurse-led family-based approach in primary health care for patients with type 2 diabetes mellitus: a qualitative study. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2024;19(1):2323060. <https://doi.org/10.1080/17482631.2024.2323060>
27. Senanayake S, Barnett A, Brain D, Allen M, Powell EE, O'Beirne J, et al. A discrete choice experiment to elicit preferences for a chronic disease screening programme in Queensland, Australia. *Public Health*. 2024;228:105-11. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2024.01.007>
28. Goh LH, Szücs A, Siah CJR, Lazarus MA, Tai ES, Valderas JM, et al. Patient perspectives of diabetes care in primary care networks in Singapore: a mixed-methods study. *BMC Health Serv Res*. 2023;23:1445. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10310-3>
29. Leyns CC, Memelink DS, Bullinga L, Maeseneer J, Willems S, Melssen CC. Integrated person- and people-centred primary care for diabetes in low- and middle-income countries: The nurses' perspective on patient needs. *J Adv Nurs*. 2023;79(10):4044-57. <https://doi.org/10.1111/jan.15760>
30. Gallagher KA, Mills JL, Armstrong DG, Conte MS, Kirsner RS, Minc SD, et al. Current status and principles for the treatment and prevention of diabetic foot ulcers in the cardiovascular patient population: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2024;149(4):232-53. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001192>
31. Silva TG, Santana RF, Dutra VF, Souza PA. Nursing process implantation in mental health: a convergent-care research. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(1):e20190579. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0579>
32. Claus MIS, Maia EBS, Oliveira AIB, Ramos AL, Dias PL, Wernet M. The insertion of play and toys in Pediatric Nursing practices: A convergent care research. *Esc Anna Nery*. 2021;25(3):e20200383. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0383>
33. Chen TT, Su WC, Liu MI. Patient-centered care in diabetes care-concepts, relationships and practice. *World J Diabetes*. 2024;15(7):1417-29. <https://doi.org/10.4239/wjd.v15.i7.1417>
34. Spicer JG, Zhao P, Reycinke N, Larkin N, Barber MM. Engaging Asian patients with diabetes in an intensive 12-week pulsed intervention: mixed method research study. *Nurs Econ*. 2022;40(2):87-97. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=156472702&lang=pt-br&site=ehost-live>
35. Paes RG, Mantovani MDF, Costa MC, Pereira ACL, Kalinke LP, Moreira RC. Effects of educational intervention on health literacy and knowledge about diabetes: a quasi-experimental study. *Esc Anna Nery*. 2022;26(1):e20210313. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0313pt>
36. Bezerra TV, Dias IKR. Satisfaction of primary health care nursing with permanent education. *Rev Baiana Saude Publica*. 2022;46(2):104-21. <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2022.v46.n2.a3627>
37. Holloway D, James S, Ekinci E, Craft J. Systematic review of the effectiveness of nurse-led care in reducing glycated haemoglobin in adults with Type 1 or 2 diabetes. *Int J Nurs Pract*. 2023;29(6):e13135. <https://doi.org/10.1111/ijn.13135>
38. Freire P. *Pedagogia da autonomia: Saberes necessários à prática educativa*. 74. ed. São Paulo: Editora Paz e Terra; 2019. 76 p.
39. Assad SGB, Valente GSC, Santos SCPD, Cortez EA. Training and practice of nurses in Primary Care management: perspectives of Schön's Theory. *Rev Bras Enferm*. 2021;74(3):e20200461. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0461>
40. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução COFEN no 736, de 17 de janeiro de 2024. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem [Internet]. *Diário Oficial da União*. 2024 Jan 17 [cited 2023 Nov 15];16(seção 1):74 p. Available from: <https://www.eerp.usp.br/rlae>

- <https://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2024/01/Resolucao-736-2024.pdf>
41. Rodríguez-Suárez CA, Torre HG, Luis MNH, Fernández-Gutiérrez DÁ, Martínez-Alberto CE, Brito-Brito PR. Effectiveness of a standardized nursing process using NANDA International, nursing interventions classification and nursing outcome classification terminologies: a systematic review. *Healthcare*. 2023;11(17):2449. <https://doi.org/10.3390/healthcare11172449>
42. Kolltveit BCH, Oftedal BF, Thorne S, Lomborg K, Graue M. Experiences of an interprofessional follow-up program in primary care practice. *BMC Health Serv Res*. 2024;24(1):238. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10706-9>
43. Bedin BB, Adamy EK, Girardon-Perlini NMO, Dias EFR, Corsini LMCS, Schimith MD. Validation of a guide for nursing consultations to adults with type 2 Diabetes Mellitus. *Rev Enferm UFSM*. 2023;13:E42:1-15. <https://doi.org/10.5902/2179769284158>
44. Catapan SC, Silva CV, Bird D, Janda M, Gray L, Mauder L, et al. Working together to improve type 2 diabetes care: a participatory design project to address identified needs of people with diabetes and their health-care professionals. *Can J Diabetes*. 2024;48(4):250-8.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jcjd.2024.02.001>
45. Sapre M, Elaiho CR, Prayaga RB, Prayaga R, Constable J, Vangeepuram N. The development of a text messaging platform to enhance a youth diabetes prevention program: observational process study. *JMIR Form Res*. 2024;8:e45561. <https://doi.org/10.2196/45561>
46. Muniz EA, Queiroz MVO, Pinheiro PNC, Silva MRF, Moreira TMM, Oliveira EN, et al. School Nursing Guide for student health promotion: construction and validity. *Rev Bras Enferm*. 2023;76(1):e20220260. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0260>
47. Heidemann ITSB, Dalmolin IS, Rumor PCF, Cypriano CC, Costa MFBM, Durand MK. Reflections on Paulo Freire's research itinerary: contributions to health. *Texto Contexto Enferm*. 2017;26(4):e0680017. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017000680017>

Contribución de los autores

Criterios obligatorios

Que exista una contribución sustancial a la concepción o diseño del artículo o a la adquisición, análisis o interpretación de los datos para el trabajo; que se haya participado en la redacción del trabajo de investigación o en la revisión crítica de su contenido intelectual; que se haya intervenido en la aprobación de la versión final que vaya a ser publicada y que se tenga capacidad de responder de todos los aspectos del artículo de cara a asegurar que las cuestiones relacionadas con la exactitud o integridad de cualquier parte del trabajo están adecuadamente investigadas y resueltas: Silvana de Oliveira Silva, Andréa Carvalho Araújo Moreira, Alexa Pupiara Flores Coelho Centenaro, Nara Marilene Oliveira Girardon-Perlini, Teresinha Heck Weiller, Maria Denise Schimith.

Contribuciones específicas

Supervisión y gestión del proyecto: Maria Denise Schimith.

Conflictos de intereses: los autores han declarado que no existe ningún conflicto de intereses.

Recibido: 16.06.2024

Aceptado: 18.09.2024

Editora Asociada:
Maria Lúcia Zanetti

Copyright © 2025 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY. Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.