



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM**

GEYSA SANTOS GÓIS LOPES

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO PÉ DIABÉTICO PARA PESSOAS COM
DIABETES MELLITUS**

**SÃO LUÍS
2019**

GEYSA SANTOS GÓIS LOPES

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO PÉ DIABÉTICO PARA PESSOAS COM
DIABETES MELLITUS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Saúde, Enfermagem e Cuidado.

Linha de Pesquisa: O Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof. Dra. Isaura Letícia Tavares Palmeira Rolim

**SÃO LUÍS
2019**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Santos Góis Lopes, Geysa.

Representações sociais do pé diabético para pessoas com diabetes mellitus / Geysa Santos Góis Lopes. - 2019.
129 f.

Orientador(a): Isaura Leticia Tavares Palmeira Rolim.
Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem/ccbs, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2019.

1. Cuidados de Enfermagem. 2. Diabete Mellitus. 3. Enfermagem. 4. Pé Diabético. 5. Psicologia Social. I. Tavares Palmeira Rolim, Isaura Leticia. II. Título.

GEYSA SANTOS GÓIS LOPES

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO PÉ DIABÉTICO PARA PESSOAS COM
DIABETES MELLITUS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Saúde, Enfermagem e Cuidado.

Linha de Pesquisa: O Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Aprovada em ____/____/____

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Isaura Letícia Tavares Palmeira Rolim
Orientadora
Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Márcio Flávio Moura de Araújo - 1^º. Membro
Examinador Externo
Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ

Prof^ª. Dr^ª. Adriana Gomes Nogueira Ferreira – 2^º. Membro
Examinadora Interna
Universidade Federal do Maranhão

Dedico esta dissertação aos profissionais da Enfermagem que exercem tão nobre labor, cuidando do outro e conscientes de que a Enfermagem se constrói cotidianamente com conhecimento e ética.

À minha amada mãe, Marildes Geruza Santos Gois, que sempre lutou por mim, tornando possível minha chegada até aqui. Mesmo em outro plano, sei que continua cuidando de mim. Tudo que sou hoje devo a sua garra e persistência frente às adversidades.

AGRADECIMENTOS

À **Deus**, presença constante na minha vida, por todas as oportunidades renovadas, por cada concessão, por cada recomeço e pela força essencial que possibilita superar os desalentos e transpor limites para o alcance dos meus sonhos.

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)**, por apoiar a expansão e consolidação da pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão.

À **Universidade Federal do Maranhão (UFMA)**, em especial ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, pela oportunidade de fomentar o conhecimento em Enfermagem apoiado em um denso substrato teórico e metodológico.

À professora Dra. **Isaura Letícia Tavares Palmeira Rolim**, minha orientadora, por acreditar no meu potencial e incentivar a todo momento os meus sonhos. Por indicar, com tanta sabedoria e generosidade, o caminho a ser seguido e por mostrar, por meio de palavras e atitudes, os sinais frente aos medos e as incertezas. Para mim, você sempre será uma grande referência. À você, todo meu respeito, lealdade, carinho e gratidão.

À **Matheus Góis Lopes** e **Thiago Góis Lopes**, filhos amados, livres para ser e para voar, com os quais partilho amor e aprendizados. Obrigada por tanta compreensão dos humores variados e pelas ausências necessárias, mas que também possibilitaram amadurecimento e que, no seu tempo, entenderão o sentido de tudo isso. À vocês, o meu amor maior e mais profundo. Vocês sempre estão comigo!

À **José Lopes de Souza Júnior**, meu amado esposo, pelo carinho, pela dedicação, pelos constantes incentivos, por todo apoio instrumental e emocional que tornaram essa trajetória de desafios mais leve e possível de ser percorrida. Obrigada por me aceitar inteira, com meus sonhos. Sem você, eu não teria conseguido. Te amo profundamente.

Aos meus pais, **Marildes Geruza Santos Gois** e **Jorge Alberto Gois Silva**, por sempre terem sido os meus maiores incentivadores na busca pela evolução e que, dignamente, me apresentaram o caminho da persistência e da ética.

À minha **família “Santos Lopes”**, pelo incentivo e suporte em todos os momentos que precisei e por acolher meus filhos nos momentos de dedicação aos estudos.

Às **colegas da 8ª turma do curso de mestrado** em enfermagem, pelos ricos momentos de aprendizados compartilhados e pelo companheirismo nesta jornada que, sob a nossa perspectiva, só nós sabemos exatamente como foi.

À todos os **professores da pós-graduação** em enfermagem, pelas suas

contribuições tão essenciais para minha formação, por terem aberto novos campos de reflexão e por compartilharem as suas experiências acadêmicas.

À **Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação**, pelo apoio institucional e incentivo na construção desse sonho. À essa honrada instituição, meu respeito e sincero agradecimento.

Aos **participantes do estudo**, meu agradecimento especial pela receptividade, por compartilhar comigo as suas histórias, as suas crenças, os seus valores, os seus medos, as suas representações sociais. Obrigada por tanto aprendizado e lições que levarei por toda vida.

“Nós pensamos através de nossas bocas.”

Tristan Tzara

LOPES, G. S. G. **Representações sociais do pé diabético para pessoas com diabetes mellitus**. 2019. 000 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2019.

RESUMO

O pé diabético é uma das complicações mais devastadoras do diabetes mellitus e constitui um relevante problema de saúde pública. Conhecer as representações sociais elaboradas pelos indivíduos pode auxiliar a identificar significados, crenças e comportamentos e facilitar o planejamento de cuidados mais personalizados e humanizados, contribuindo para o autogerenciamento e controle da comorbidade. O presente estudo tem como objetivo compreender as representações sociais do pé diabético para pessoas com diabetes mellitus, identificando os elementos que as constituem. Trata-se de pesquisa exploratória, descritiva, com abordagem qualitativa, fundamentada na teoria das representações sociais, realizada numa capital do nordeste brasileiro, no primeiro semestre de 2019. Aplicou-se ainda como abordagem metodológica a triangulação de coleta e análise de dados. Utilizou-se, como técnicas de coleta de dados, a evocação livre de palavras com 100 participantes, dos quais 16 responderam às entrevistas pessoais semiestruturadas. A análise das evocações livres foi realizada com auxílio do *software openEVOC* e os dados provenientes das entrevistas foram analisados com suporte para categorização do *software* WebQDA, aplicando-se recursos das técnicas de análise temática de conteúdo. A análise por meio do *openEVOC* resultou no diagrama de quatro quadrantes, com a identificação do núcleo central e dos elementos periféricos da representação social do pé diabético. A partir da constituição do *corpus* e análise, emergiram núcleos de sentido que foram descritos em três categorias e quatro subcategorias relacionadas às representações sociais de pessoas com diabetes mellitus sobre o pé diabético: imagens do pé diabético; vivenciando o pé diabético com suas subcategorias aspectos cognitivos, aspectos psicoafetivos, aspectos sociais e espiritualidade; e atitudes sociais frente ao pé diabético. As representações sociais do pé diabético sustentam-se numa vivência cotidiana penosa associada às limitações impostas, dependência de terceiros e dificuldades de realizar atividades antes habituais. O estudo indica que a vivência com essa comorbidade é representada pelos indivíduos de modo multidimensional, expressando seus processos cognitivos de apropriação do conhecimento do universo reificado e do que é socioculturalmente partilhado, influenciando no pensar e agir, além de evidenciar a carga emocionalmente negativa que envolve essa condição. Ao conhecer as representações sociais do pé diabético, os profissionais de saúde, especialmente as enfermeiras, podem implementar abordagens educativas e assistenciais inovadoras condizentes com as percepções e expectativas dos indivíduos, alinhando-as às recomendações para manejo do pé diabético, fortalecendo, assim, a enfermagem enquanto profissão e ciência.

Descritores: Pé diabético. Cuidados de Enfermagem. Enfermagem. Psicologia Social.

Diabetes Mellitus.

LOPES, G. S. G. **Social representations of diabetic foot for individuals with diabetes mellitus**. 2019. 000 f. Thesis (Master) – Graduate Program in Nursing, Federal University of Maranhão, São Luís, Brazil, 2019.

ABSTRACT

Diabetic foot is one of the most devastating complications of diabetes mellitus and it is a relevant public health problem. Knowing the social representations elaborated by individuals can help identify meanings, beliefs and behaviors and facilitate the planning of tailored and humanized care, contributing to self-management and control of this comorbidity. This study aims to understand the social representations of diabetic foot for people with diabetes mellitus, identifying the elements that constitute them. This is an exploratory, descriptive research with a qualitative approach, based on the theory of social representations, carried out in a capital of northeastern Brazil, in the first semester of 2019. The data collection and analysis triangulation was also applied as a methodological approach. It was used, as data collection techniques, the free word association with 100 participants. Of these participants, 16 responded to semi-structured personal interviews. The analysis of free associations was carried out with the assistance of the openEVOC software and the data from the interviews were analyzed with support for categorization of the WebQDA software, applying resources of thematic content analysis techniques. Analysis through openEVOC resulted in the four quadrant diagram, with identification of the central nucleus and the peripheral elements of social representation of the diabetic foot. From the corpus constitution and analysis, meaning nuclei emerged that were described in three categories and four subcategories related to the social representations for individuals with diabetes mellitus about diabetic foot: images of the diabetic foot; experiencing the diabetic foot with its subcategories cognitive aspects, psycho-affective aspects, social aspects and spirituality; and social attitudes towards the diabetic foot. The social representations of the diabetic foot are based on a painful daily experience associated with imposed limitations, dependence on third parties and difficulties to perform previously usual activities. The study indicates that the experience with this comorbidity is represented by individuals in a multidimensional way, expressing their cognitive processes of appropriation of knowledge of the reified universe and of what is socio-culturally shared, influencing thinking and acting, as well as highlighting the emotionally negative burden that involves this condition.

By knowing the social representations of diabetic foot, health providers, especially nurses, can implement innovative educational and care approaches according to individuals' perceptions and expectations, aligning these approaches to recommendations for diabetic foot management, strengthening nursing as a profession and science.

Keywords: Diabetic Foot. Nursing Care. Nursing. Psychology, Social. Diabetes Mellitus.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Fluxo da seleção dos estudos primários incluídos na revisão integrativa de acordo com as bases de dados.....	34
Quadro 1 – Caracterização dos estudos incluídos na revisão integrativa sobre abordagem teórica das pesquisas qualitativas sobre pé diabético, segundo ano de publicação, país onde o estudo foi realizado, objetivo, desenho do estudo/abordagem teórica, amostra, técnica de coleta de dados e principais resultados do estudo.....	35
Figura 2 – Plano de análise (adaptado de Bardin, 2016).....	63
Quadro 1 (artigo) – Análise de evocações referente ao termo indutor “pé diabético” (N = 100). São Luís, Maranhão, Brasil, 2019.....	73

LISTA DE SIGLAS

CINAHL - Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

COMIC – HUUFMA – Comissão científica do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão

DeCS – Descritores em ciências da saúde

DM – Diabetes Mellitus

DNT – Doença não transmissível

ESF - Equipe de Saúde da Família

HUUFMA - Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão

IDF - International Diabetes Federation

MESH - Medical Subject Headings of U.S. National Library of Medicine

NP - Neuropatia Periférica

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

RAS - Rede de Atenção à Saúde

RS – Representação Social

SBD - Sociedade Brasileira de Diabetes

SUS – Sistema Único de Saúde

TALP - teste de associação livre de palavras

TRS – Teoria das Representações Sociais

UBS - Unidade Básica de Saúde

WebQDA - Web Qualitative Data Analysis

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	JUSTIFICATIVA	17
3	OBJETIVOS	20
3.1	Geral	20
3.2	Específicos	20
4	REVISÃO DE LITERATURA	21
4.1	Diabetes mellitus sob a perspectiva epidemiológica e fisiopatológica	21
4.2	Pé diabético e seus aspectos epidemiológicos, clínicos e sociais	23
4.3	Políticas públicas de saúde voltadas para o diabetes e para o portador de feridas complexas	26
4.4	O papel da enfermagem no atendimento à pessoa com pé diabético	29
5	REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	33
6	REFERENCIAL TEÓRICO	45
6.1	Teoria das representações sociais	45
6.2	Processos de elaboração e funcionamento das representações sociais	51
6.3	As contribuições da teoria das representações sociais para a enfermagem ..	53
7	PERCURSO METODOLÓGICO	55
7.1	Tipo de estudo	55
7.2	Cenário do estudo	56
7.3	Participantes do estudo	57
7.4	Instrumentos e técnicas de coleta de dados	59
7.5	Procedimento de análise dos dados	61
7.5.1	Caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes	61
7.5.2	Teste de associação livre de palavras (TALP)	62
7.5.3	Entrevista semi-estruturada sobre pé diabético	62
7.6	Aspectos éticos e legais do estudo	66
8	RESULTADOS E DISCUSSÃO	67
8.1	Artigo	67
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS	94
	REFERÊNCIAS	97
	APÊNDICE A – TALP E ROTEIRO DE ENTREVISTA	108
	APÊNDICE B – ROTEIRO DE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS	109
	APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	111
	ANEXO A – DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO DA COMIC	115
	ANEXO B – DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO DA COORDENAÇÃO DE ESTÁGIO E PESQUISA DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO MARANHÃO	117
	ANEXO C – MINI EXAME DO ESTADO MENTAL	118
	ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO FEDERAL DO MARANHÃO/HU/UFMA	120

INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus (DM) configura-se em um relevante problema de saúde pública, tanto nos países desenvolvidos como em desenvolvimento, devido a sua alta prevalência e pelo aumento progressivo da sua incidência ao longo dos últimos anos. O número de pessoas com diabetes tem aumentado como consequência do crescimento e do envelhecimento populacional, da maior urbanização, da epidemia de obesidade e sedentarismo, assim como a maior sobrevivência de pacientes com essa doença silenciosa (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016).

Em 2016, 41 milhões de mortes ocorreram no mundo por doenças de natureza não transmissível, correspondendo a 71% do total geral que era de 57 milhões de mortes. Nesta categoria, o DM foi responsável por 1,6 milhões de mortes, ou seja, 4% do total (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Consoante a *International Diabetes Federation* (IDF), no ano de 2017, 425 milhões de adultos possuíam o diagnóstico de diabetes, sendo que 1 em cada 2 casos permanecia não diagnosticado. Ainda de acordo com essa entidade, os números são alarmantes. Em 2017 houve 10 milhões de adultos a mais com o diagnóstico do que no ano de 2015. Um em cada 6 nascidos vivos foi afetado por hiperglicemia gestacional e 54 bilhões de dólares foram gastos a mais do que em 2015 para arcar com os custos decorrentes do diabetes. Quatro de cada cinco pessoas com diabetes vivem em países de baixa renda e, para o ano de 2045, a projeção é que 629 milhões de pessoas, com a idade entre 20 e 79 anos de idade, convivam com essa doença. Essa estimativa da doença no futuro reveste-se de importância, sinalizando a oportuna e necessária alocação de recursos de forma racional com vistas à mudança deste cenário mundial, sobretudo, em países em desenvolvimento, a exemplo do Brasil (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2017).

Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, realizada em parceria entre o Ministério da Saúde e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, em 2013 e divulgada no ano de 2015, revelou que o diabetes mellitus atingiu 9 milhões de brasileiros da população adulta (6,2%), sendo o sexo feminino o mais acometido (7%): 5,4 milhões de mulheres contra 3,6 milhões de homens. Os percentuais de prevalência da doença por faixa etária foram caracterizados por: 0,6% entre 18 a 29 anos; 5% de 30 a 59 anos; 14,5% entre 60 e 64 anos e 19,9% entre 65 e 74 anos. Para aqueles que tinham 75 anos ou mais de idade, o percentual foi de 19,6% (PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE, 2015).

Por seu turno, a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) difunde que atualmente existem mais de 13 milhões de pessoas vivendo com DM, o que representa 6,9% de brasileiros

(SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016).

Mais proximamente, em 2017, o Ministério da Saúde divulgou os dados do Vigitel - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – tornando explícitos os percentuais de acometimento de DM por regiões do Brasil e, nesta pesquisa, a cidade de São Luís – MA apresentou-se com elevada prevalência, 6,8% de pessoas com DM, evidenciando um cenário preocupante no *rank* nacional (BRASIL, 2017).

Uma das questões mais preocupantes relacionadas ao DM assenta-se na alta prevalência e impacto das suas complicações, em destaque a neuropatia periférica (NP), popularmente conhecida como pé diabético, que afeta sobremaneira o processo de viver humano cotidiano da pessoa, tanto na esfera individual, como familiar e comunitária. O pé diabético é considerado uma complicação devastadora por estar intimamente associado à mutilação e à incapacidade funcional (CUBAS et al., 2013).

O termo genérico “pé diabético” refere-se à variedade de condições patológicas que podem afetar os pés em pacientes com diabetes. Consoante o consenso internacional sobre o pé diabético (2001), o pé diabético é definido como uma “infecção, ulceração e/ou destruição de tecidos profundos associados a anormalidades neurológicas e vários graus de doença vascular periférica no membro inferior” (ALEXIADOU; DOUPIS, 2012; BOULTON, 2016; INTERNATIONAL CONSENSUS ON THE DIABETIC FOOT, 2001).

Sobre o impacto em âmbito populacional, foi identificado a partir de uma revisão sistemática e meta-análise em grande escala por Zhang et al. (2017) que a prevalência global de pé diabético era de 6,3% (IC95%: 5,4-7,3%), sendo que a prevalência na América do Norte, Ásia, Europa, África e Oceania foi de 13,0% (IC95%: 10,0-15,9%), 5,5 % (IC 95%: 4,6-6,4%), 5,1% (IC 95%: 4,1-6,0%), 7,2% (IC 95%: 5,1-9,3%) e 3,0% (IC 95%: 0,9-5,0%) respectivamente. Esse estudo realizou pesquisa em todas as bases de dados de língua inglesa, desde o seu início até setembro de 2015.

Tão problemático quanto às cifras supracitadas é a estimativa de que 25% dos diabéticos que vivem em países em desenvolvimento apresentem, ao longo da vida, uma lesão no pé, cujo prognóstico é influenciado pela doença vascular e pela infecção, ambas associadas em mais de 50% das amputações de membros inferiores. Estima-se que 70% das amputações não-traumáticas realizadas nos hospitais do Primeiro Mundo são decorrentes do pé diabético. Os estudiosos salientam que as úlceras do pé diabético e suas complicações e as altas taxas de reulceração reduzem a qualidade de vida relacionada à saúde do paciente, particularmente no que diz respeito às funções físicas e psicológicas, enquanto representam um custo significativo

para os serviços de saúde (SEGUEL, 2013; NAMGOONG et al., 2016).

As consequências econômicas dos problemas relacionados ao pé diabético são grandes, especialmente para os pacientes e suas famílias, e também para a sociedade. Neste último caso, medido em custos diretos atribuídos ao tratamento, como curativos ou procedimentos cirúrgicos, bem como custos indiretos, medidos por perda de produtividade, serviços sociais, assistência domiciliar e qualidade de vida (OLIVEIRA et al., 2014).

Uma meta-análise sobre qualidade de vida relacionada à saúde mostrou ser este um indicador marcadamente ruim em pacientes diabéticos, sendo assinalado que este tipo de lesão faz com que as pessoas experimentem severas restrições na vida diária. Destaca-se o isolamento social como consequência da mobilidade reduzida e da dor, exigência do tratamento clínico frequente e cuidado constante, com impacto na percepção de sentimentos negativos e estreita relação com níveis mais altos de depressão e pior adaptação psicossocial à doença (KHUNKAEW; FERNANDEZ; SIM, 2019).

Consoante Beattie, Campbell e Vedhara (2014), com base nos dados do seu estudo, concluíram que o gerenciamento do pé diabético é de alta complexidade, demandando uma cooperação conjunta entre os pacientes e profissionais de saúde, com o intuito de detectar problemas concretos e potenciais, evitando o aparecimento do pé diabético. Os autores ressaltaram, ainda, que o processo educativo deverá ser conduzido a cada contato, levando-se em consideração as reais demandas de cada um.

Na prática assistencial cotidiana, observam-se comportamentos que não cooperam para a prevenção do pé diabético, levando-nos a questionar como poderiam ser desenvolvidas ações educativas que instigassem as pessoas a refletirem sobre sua real condição de saúde, com consequente mudança de atitudes e tomada de decisões conscientes sobre seus cuidados. Como resultado da escassez de propostas de prevenção da condição pé diabético fundamentadas na real existência do paciente, evidenciam-se índices elevados de complicações e amputações de membros inferiores, causando impactos negativos na qualidade de vida desses pacientes. Tem-se a impressão de que falta entendimento, por parte dos profissionais de saúde, do significado que essa condição crônica tem para esses indivíduos, de como eles veem sua doença e como se cuidam diuturnamente (COELHO, 2009).

Ao realizar pesquisa nas bases de dados Scopus, Web of Science, Medline, PsycINFO e Cinahl, compreendendo o período de janeiro de 2015 a junho de 2019, foi possível constatar e acessar estudos relacionados ao pé diabético que abordam os mais distintos aspectos: qualidade de vida (SOTHORNWIT et al., 2018), sistemas de estratificação de risco para úlceras do pé diabético (SCHOEN; GLANCE; THOMPSON, 2015), alguns tratamentos inovadores

com bactérias comensais que poderiam auxiliar no tratamento preventivo desta complicação (KURECIC et al., 2018), tratamento de lesões e infecções (GHOTASLOU; MEMAR; ALIZADEH, 2018), estudo epidemiológico (ZHANG et al., 2017), dentre outros. Foram encontrados ainda estudos com abordagem qualitativa, mas sob a perspectiva da Teoria Fundamentada nos dados a exemplo do estudo de Wang et al. (2018), estudos sob o prisma da fenomenologia hermenêutica (PALAYA et al., 2018) e com abordagem etnometodológica (HILL; DUNLOP, 2015).

Apenas após realizar uma busca exaustiva, sem restrição do período, foi possível acessar dois estudos que tratam da mesma temática deste trabalho, ambos foram executados no Brasil, na região sudeste: Coelho (2009) e Mantovani et al. (2013). Entretanto, a pesquisa em tela se diferencia das supracitadas por ter sido realizada na região do nordeste brasileiro, por utilizar simultaneamente a abordagem processual e estrutural das representações sociais e por ter uma amostra composta por pessoas com pé diabético sem quaisquer tipos de amputação de membros inferiores.

Diante dos fatos, percebeu-se que há uma grande quantidade de pesquisas que abordam a enfermidade, com enfoque biológico, fisiopatológico, e não a pessoa que apresenta pé diabético, visto como ator social, e suas representações sociais. Dessa forma, definiu-se como objeto de estudo a representação social do pé diabético para a pessoa com diabetes mellitus, não sob a ótica da biologia, mas na perspectiva social, de como essa comorbidade é representada e resignificada pelos atores sociais que com ela convivem; como o indivíduo que apresenta o pé diabético expressa seu convívio com o núcleo social, suas motivações e dificuldades após o aparecimento dessa complicação.

Com o intuito de conhecer mais profundamente a realidade do paciente e compreender seu universo à luz da Teoria das Representações Sociais (TRS), após essas reflexões, surgiram os seguintes questionamentos:

- Qual é a representação social (RS) do pé diabético elaborada pelos indivíduos que apresentam essa comorbidade?
- Quais são os elementos estruturantes que orientam a formação das RS do pé diabético?

2 JUSTIFICATIVA

Para viver e lidar com uma condição crônica como o diabetes mellitus e suas complicações, faz-se necessário ter conhecimento sobre a natureza da doença, habilidade específica para o autocuidado e requer uma educação efetiva voltada aos indivíduos diabéticos.

Neste contexto, torna-se condição *sine qua non* uma abordagem mais ampla do processo saúde-doença voltada para o ser humano que englobe os conhecimentos adquiridos nas esferas histórica, socioeconômica e política, possibilitando uma visão mais integral da complexidade desse processo (BEATTIE; CAMPBELL; VEDHARA, 2014).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”. Apesar de essa definição de saúde ser adotada pelos profissionais que atuam na área, não se pode desconsiderar que o significado de saúde tem origem na visão do senso comum que é transmitido de geração a geração como parte de uma herança cultural. Embora o senso comum seja reconhecido por muitos profissionais de saúde como um conhecimento “selvagem” ou “pré-científico”, há compreensão de que entender as motivações dos pacientes frente ao processo patológico pode auxiliar no redirecionamento das práticas de autocuidado, fazendo com que haja tomada de decisão mais consciente por parte dos indivíduos (BEATTIE; CAMPBELL; VEDHARA, 2014; HUANG, 2014; ROXANA, 2017).

Considera-se importante ainda a aproximação ao conceito de salutogênese no qual valoriza-se o enfoque nos fatores que promovem saúde e bem-estar em detrimento ao enfoque nos elementos que geram doenças. A abordagem salutogênica contempla a interação entre indivíduo, comunidade e ambiente, destacando a importância do reconhecimento e utilização de recursos internos e externos à pessoa que auxiliem na promoção da saúde (GALLETTA et al., 2019).

Consoante Aaron Antonovsky (1996), ao propor a Teoria Salutogênica, a capacidade do indivíduo de identificar e utilizar recursos para enfrentar efetivamente os fatores estressantes que permeiam a vida determina a sua própria condição de saúde. Essa questão é explicada por meio do conceito de senso de coerência que se constitui no ponto central do modelo salutogênico.

O senso de coerência se refere à uma disposição do indivíduo em ser mais resiliente aos fatores estressores no dia-a-dia, melhorando, conseqüentemente, a sua condição de saúde e é formado por três variáveis que atuam harmoniosamente: compreensibilidade, capacidade de gerenciamento e significância. O senso de compreensibilidade traz a ideia do quanto um evento

na vida da pessoa é compreendido por ela e parte do pressuposto de que, quanto mais a pessoa entende o que está acontecendo, melhor lida com as situações difíceis. O senso de gerenciamento refere-se a capacidade da pessoa em reconhecer os recursos internos e externos disponíveis para melhorar sua saúde. E, por fim, o senso de significado traz a compreensão de que, quando se atribui um significado aos eventos da vida, aumenta-se a motivação para melhor enfrentá-los e encará-los como desafios e não como obstáculos (MARÇAL *et al.*, 2018; GALLETTA *et al.*, 2019).

Assim, a pessoa com senso de coerência mais elevado tem melhores ferramentas para compreender, gerenciar e atribuir significado à sua vida, com melhor capacidade para manter e melhorar sua condição de saúde e bem-estar e sente-se mais motivada para tomar decisões conscientes e fazer escolhas comportamentais saudáveis, mesmo enfrentando adversidades no âmbito da sua saúde, pois entende que seus esforços valem à pena uma vez que os desafios têm significado/sentido (MITTELMARK; SAGY; ERIKSSON, 2017).

Há evidências do enorme impacto do comportamento das pessoas sobre sua saúde e esse tem se tornado fator essencial, contribuindo de modo importante para a incidência de doenças caracterizadas por condições crônico-degenerativas. Nota-se que há uma exigência para que os profissionais de saúde considerem as demandas psicossociais dos pacientes que apresentam a condição de pé diabético e que desenvolvam ações alinhadas a essas necessidades, com vistas à prevenção e promoção da saúde. Tais intervenções devem suscitar que os indivíduos desenvolvam respostas emocionais e comportamentais mais adaptativas ao manejo de seus pés (BEATTIE, CAMPBELL, VEDHARA, 2014; HUANG, 2014).

Neste sentido, este estudo reveste-se de importância, pois possibilitará apreender as representações sociais do pé diabético para as pessoas com diabetes mellitus, entender os conhecimentos elaborados, as atitudes, os significados e os valores desses indivíduos, assim como compreender os sentimentos em relação às suas ações. Tal investigação encontra-se em harmonia com a evolução da ciência diante da perspectiva de melhor entender as motivações e dificuldades do indivíduo frente ao pé diabético, levando-o, por vezes, ao descuido com a sua condição, e poderá propiciar mudanças do programa de tratamento e de cuidados destes atores sociais durante o acometimento pelo pé diabético em suas vidas, auxiliando-os no seu autogerenciamento e com consequente melhoria da sua qualidade de vida.

Ressalta-se também que os resultados desta investigação pode auxiliar os profissionais de saúde na reestruturação das abordagens assistenciais e educativas, que são tão fundamentais no gerenciamento do pé diabético, com consequente fortalecimento e comprometimento na gestão do autocuidado, uma vez que tornará mais claro a forma como as representações

influenciam a maneira como os indivíduos se comportam frente a sua condição. Além disso, os profissionais terão subsídios para implementar condutas mais humanizadas e personalizadas, com maior aproximação do profissional ao contexto da pessoa com diabetes.

Para a ciência, a pesquisa auxiliará também na compreensão do pé diabético fora do modelo biomédico, uma vez que retirará do foco da biologia e da fisiopatologia, e valorizará aspectos sociais e mais subjetivos, como significados, valores, elementos afetivos e de comunicação.

3 OBJETIVOS

Geral:

- Compreender a representação social do pé diabético para pessoas com diabetes mellitus.

Específicos:

- Conhecer as representações sociais que indivíduos com pé diabético manifestam sobre essa comorbidade.
- Descrever os elementos estruturantes das representações sociais do pé diabético para as pessoas com diabetes mellitus.

4 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura contemplará os seguintes elementos: DM sob a perspectiva epidemiológica e fisiopatológica; o pé diabético e seus aspectos clínicos, sociais e epidemiológicos, as políticas públicas de saúde voltadas para o DM e na atenção ao portador de feridas complexas e o papel da enfermagem no atendimento ao ser com pé diabético.

4.1 Diabetes Mellitus sob a perspectiva epidemiológica e fisiopatológica

O DM representa um enorme problema de saúde pública, sobrecarregando demasiadamente o sistema de saúde global. Consoante as estatísticas da Organização Mundial da Saúde, o número de pacientes com DM em todo o mundo passou de 108 milhões (4,7%) em 1980 para 422 milhões (8,5%) em 2014 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019).

A *International Diabetes Federation* projeta a prevalência de DM em pessoas de 20 a 70 anos em 10,4% no ano de 2040. No Oriente Médio e Norte da África, a prevalência dessa enfermidade foi estimada em 11,4% em 2015 e, na Arábia Saudita foi de 17,6%, tornando o DM o maior desafio de saúde do país. Estima-se, ainda, que 30,3 milhões de pessoas nos Estados Unidos apresentam diabetes (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2017; CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2017).

Nos dias atuais, o Brasil ocupa a posição de número um entre os países da América do Sul, com 13 milhões de indivíduos com diabetes, e ocupa a quarta posição entre os países com maior número de adultos com DM do tipo 2 por território, ficando atrás apenas da China, Índia e Estados Unidos. De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), a prevalência de DM em indivíduos mais velhos aumentou de 10% para 16% no período de 1998 a 2008 (VILLAR et al., 2019; BORGES; LACERDA, 2018).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, até o ano de 2025, enquanto a maioria das pessoas com DM nos países desenvolvidos terá 65 anos ou mais, nos países em desenvolvimento a maioria estará na faixa etária de 45 a 64 anos, ou seja, afetadas em seus anos mais produtivos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019).

O DM consiste numa doença crônica e progressiva, caracterizada por uma deficiência hereditária e/ou adquirida na produção de insulina pelo pâncreas ou pela ineficiência da insulina produzida, resultando em concentrações aumentadas de glicose no sangue. Essa hiperglicemia provoca danos em inúmeros sistemas orgânicos, particularmente nos vasos sanguíneos e nos nervos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019).

Há duas formas principais de DM: o DM tipo 1 e o DM tipo 2. O DM tipo 1 caracteriza-

se pela incapacidade do pâncreas em produzir a insulina como resultado da destruição primária das células beta pancreáticas (auto-imune) ou a um defeito primário da função das células beta secundário a causa distinta (não auto-imune/ idiopático). O DM tipo 1, ao contrário do que a crença popular dissemina, não se trata de uma doença infantil, mas, sim, de doença que pode ocorrer em qualquer idade. Destaca-se ainda que o DM tipo 1 responde por aproximadamente 5% dos casos de diabetes (CARUSO et al., 2019; BRASIL, 2002).

O DM do tipo 2 configura-se na incapacidade do organismo de responder de modo satisfatório à ação da insulina, caracterizando um quadro de resistência à esse hormônio, gerando uma produção excessiva de glicose pelo fígado e déficit na captação e na utilização de glicose pelo músculo. Assim, a glicemia em jejum encontra-se alterada e, em associação com a disfunção da célula beta que, por seu turno, perde a capacidade de produzir a insulina após a ingestão de carboidrato, conduz a hiperglicemia pós-prandial. Esse aumento da glicemia determina efeitos deletérios à célula beta, tornando gradativamente deficiente a produção de insulina pelo pâncreas (DAVIDSON, 2001).

Vale ressaltar que o DM do tipo 2 ocorre de modo predominante, respondendo por 90% dos casos de DM em todo o mundo, e atinge mais frequentemente os adultos. Entretanto, devido à mudança no estilo de vida observado ao longo dos últimos anos, às alterações do padrão alimentar, à epidemia da obesidade e do sedentarismo e à maior urbanização, nota-se, com certa preocupação, uma maior incidência em adolescentes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019).

Os sinais e sintomas do DM podem ser pronunciados, subjugados ou mesmo ausentes. No DM tipo 1, os sintomas clássicos são eliminação vesical excessiva (poliúria), sede (polidipsia), perda de peso e fadiga. Por vezes, essa sintomatologia pode ser menos marcada no DM tipo 2. Nesta modalidade, não é rara a ausência de sinais e sintomas iniciais, levando a um diagnóstico tardio, quando as complicações já estão presentes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016).

O tratamento do DM preconiza as seguintes abordagens: mudanças no estilo de vida (principalmente adaptações do padrão alimentar e inserção de atividade física na rotina diária), estratégias educativas e, quando indicado, tratamento farmacológico. No DM do tipo 1, a insulinoterapia é sempre mandatória (BRASIL, 2002; DAVIDSON, 2001).

As complicações decorrentes do DM são inúmeras e podem ser classificadas como agudas e/ou crônicas. Dentre as agudas, pode-se citar a hipoglicemia, a cetoacidose diabética e a síndrome não-cetótica hiperosmolar hiperglicêmica, por exemplo (DAVIDSON, 2001).

As complicações crônicas surgem com o avanço da doença e relacionam-se,

essencialmente, com o controle metabólico deficitário e a duração prolongada do DM. Essas adversidades surgem em decorrência de alterações na microcirculação, como a nefropatia, por exemplo, na macrocirculação, como a doença vascular periférica, e neuropáticas (CORTEZ, 2015).

A doença do pé diabético, resultado dos processos de doença vascular e neurológica, frequentemente leva à amputação do membro, sendo considerada uma das complicações mais temidas e onerosas do DM e que será abordada na sequência.

4.2 Pé diabético e seus aspectos epidemiológicos, clínicos e sociais

O pé diabético consiste em uma complicação diabética, crônica e grave, caracterizada por lesões em tecidos profundos associados a distúrbios neurológicos e doença vascular periférica em membros inferiores. A incidência de pé diabético aumentou ao longo dos últimos anos devido à prevalência mundial de DM e a expectativa de vida prolongada de pacientes diabéticos (ZHANG et al., 2016).

Estudos mostram que, a cada 30 segundos, um membro inferior é amputado devido ao DM e o custo médio anual do pé diabético é de 8.659 dólares por paciente. Na América do Norte, o custo médico total somente para o tratamento de doenças do pé diabético varia de 9 a 13 bilhões de dólares e, soma-se a isso, o custo associado ao DM. No Reino Unido, o custo anual do Serviço Nacional de Saúde atribuível ao gerenciamento das úlceras do pé diabético foi estimado entre 524,6 e 728 milhões de libras. Deste modo, as entidades estão trabalhando arduamente para aumentar a conscientização sobre os dilemas associados ao pé diabético devido aos consideráveis encargos sociais, de saúde e econômicos (ZHANG et al., 2016; GUEST; FULLER; VOWDEN, 2017).

No Brasil, há limitada evidência sobre o ônus econômico relacionado ao pé diabético. Um estudo conseguiu demonstrar que os custos médicos diretos anuais estimados foram de 27,7 milhões de reais para internação e de 333,5 milhões para atendimento ambulatorial, resultando em uma carga econômica total de 361 milhões de reais em 2014 (TOSCANO et al., 2018).

Nota-se que a condição pé diabético traz repercussões em distintos âmbitos. Na esfera econômica, o impacto do pé diabético é considerável e está relacionado a custos com hospitalizações prolongadas e recorrentes, tratamento caro e desafiador, comumente envolvendo procedimentos médicos complexos. No setor social, as incapacitações advindas dessa condição frequentemente conduz à perda de emprego e baixa produtividade. Há ainda repercussões negativas no âmbito individual e familiar, uma vez que altera a auto-imagem, a auto-estima, provoca alterações dos papéis na família e na sociedade e, em muitos casos, o pé

diabético leva a restrições funcionais, resultando, não raramente, em depressão, isolamento social e mudanças na qualidade de vida da pessoa com pé diabético, além de transformar a dinâmica familiar (COFFEY; MAHON; GALLAGHER, 2018).

A úlcera do pé diabético está entre as complicações mais comuns e debilitantes do diabetes, com uma incidência de até 25% em pessoas com essa condição e responde por altas taxas de mortalidade dos pacientes com diabetes, constituindo-se em uma ameaça real à vida do indivíduo. No Brasil, o Ministério da Saúde divulga que 20 a 25% das hospitalizações de pessoas com diabetes estão relacionadas a complicações nos pés. Cerca de 40 a 60% das amputações não traumáticas de membros inferiores são realizadas em diabéticos, 85% das amputações são precedidas por úlceras, sendo que 80 a 90% são causadas por traumas extrínsecos, como sapatos mal ajustados, que poderiam ser evitados com o desenvolvimento de comportamentos relacionados aos pés. Os principais fatores relacionados ao aparecimento de úlceras são: a neuropatia periférica, a doença vascular, os traumas superficiais e as deformidades do pé. A formação de úlcera no pé inicia-se com uma combinação de DM descontrolado (alto nível de glicose), biomecânica anormal do pé e comprometimento da perfusão que leva ao dano do nervo periférico, resultando em perda da sensibilidade protetora nos pés conhecida como neuropatia periférica (COFFEY; MAHON; GALLAGHER, 2018; BRASIL, 2001; BATISTA, 2017).

A neuropatia está associada à perda de sensibilidade que impõe aos indivíduos um alto risco de lesão no pé ou reincidência da lesão. A progressão para úlcera é o resultado de neuropatia, deformidades musculoesqueléticas, infecção e suprimento arterial comprometido ou uma combinação desses fatores. A ulceração do pé geralmente começa com uma bolha ou pequena úlcera causada por trauma (BOTROS et al., 2018).

Embora o caminho que leva à úlcera do pé diabético seja composto por múltiplas causas, a neuropatia é considerada primordial e precede a úlcera diabética em quase todos os casos. No entanto, a presença ou coexistência de doença vascular periférica e infecção também pode levar à degradação da pele. Além disso, outros sinais importantes da fisiopatologia subjacente relacionada ao diabetes são doença arterial periférica, deformidade do pé e mobilidade articular limitada (BATISTA, 2017; BOTROS et al., 2018).

A isquemia crítica das oclusões arteriais agudas também tem sido responsável por amputações como causa singular. Devido à sua associação com perda de sensibilidade, a neuropatia faz com que a úlcera do pé diabético tenha um início silencioso e resultados devastadores, se não for detectado precocemente e/ou medidas preventivas não forem implementadas. A perda de sensibilidade expõe os indivíduos à alto risco de traumatismo do pé

que, na maioria dos casos, não é imediatamente notado, levando a complicações do pé diabético, tais como ulceração, infecções e amputação (BATISTA, 2017).

Além dos fatores supracitados que desempenham um papel crucial no desenvolvimento de lesões nos pés, não se pode deixar de citar as condições sócio-econômicas que também influenciam sobremaneira nesse processo, tais como: baixa renda, acesso limitado ao Sistema de Saúde e aos recursos disponíveis, não adesão ao programa de tratamento e educação em saúde deficitária (BRASIL, 2001).

O agente mais comum responsável por causar ulceração traumática nos pés é o calçado. O uso de calçados não adaptados desempenha papel fundamental no desenvolvimento de bolhas, calosidades e calos que levam ao aparecimento de ulceração do pé em pacientes com diabetes. A neuropatia também leva a uma cascata de eventos que resulta em alterações nos pés (por exemplo, deformidade e pé de Charcot). Essas mudanças, juntamente com os fatores mencionados anteriormente, colocam os indivíduos com diabetes em alto risco para desenvolver ulceração nos pés (BRASIL, 2001).

É amplamente conhecido que a ulceração do pé diabético é uma complicação significativa do DM que leva tempo para cicatrizar. Por exemplo, enquanto 60 a 80% das úlceras cicatrizam, 10 a 15% delas permanecerão ativas e até 24% resultarão em complicações na úlcera do pé, como infecção, gangrena e subsequente amputação, caso formas eficazes de lidar com as complicações não sejam implementadas (COFFEY; MAHON; GALLAGHER, 2018).

O programa de tratamento da úlcera do pé diabético deve ter como objetivo promover um fechamento rápido e completo da ferida com o intuito de minimizar o risco de complicações da úlcera e restaurar a qualidade de vida relacionada à saúde da pessoa a um *status* de "pré-úlcera". Para o alcance desse objetivo, o manejo deve incluir desbridamento de tecido necrótico, controle de infecção, descarga, manutenção de ambiente otimizado da ferida e, se necessário, avaliação vascular com revascularização (NAMGOONG; HAN, 2018).

Além disso, inúmeras pesquisas já demonstram a importância dos fatores cognitivos e comportamentais no tratamento do pé diabético e essas descobertas sinalizam a necessidade de abordagens inovadoras, local e culturalmente aceitáveis para influenciar o comportamento humano a fim de obter resultados mais satisfatórios no tocante à condução dos indivíduos com pé diabético no sistema de saúde (MANNE-GOEHLER et al., 2019).

Uma metassíntese demonstrou o impacto negativo da ulceração do pé diabético, ressaltando que lesões nos pés da pessoa com DM alteram a qualidade de vida e permeiam o cotidiano com sentimentos de culpa, isolamento, desesperança e tristeza. O estudo destaca ainda

a necessidade de se conhecer a perspectiva do paciente para que haja o seu envolvimento no cuidado com os pés, alcançando, assim, sucesso no tratamento (COFFEY; MAHON; GALLAGHER, 2018).

Embora as diretrizes nacionais e internacionais sobre o manejo do pé diabético enfatizem fortemente a educação dos pacientes no autocuidado adequado dos pés, a eficácia das intervenções existentes é limitada e isso pode ser atribuído à sua desatenção aos processos psicossociais subjacentes aos comportamentos relacionados ao pé. Explorar as visões, as experiências e as representações das pessoas com DM sobre o pé diabético pode auxiliar na compreensão dos fatores que contribuem para o engajamento no cuidado com os pés, identificar alvos para intervenções que promoverão efetivamente esses comportamentos e garantir que as recomendações para a prática se ajustem às reais necessidades e interpretações pessoais desta condição.

4.3 Políticas públicas de saúde voltadas para o diabetes e para o portador de feridas complexas

Como mencionado anteriormente, o DM consiste numa doença grave e dispendiosa que tem se tornado cada vez mais comum, especialmente em países em desenvolvimento e nas minorias desfavorecidas. Não obstante, há maneiras de impedi-la e/ou restringir o seu avanço, exigindo dos formuladores de políticas de saúde e dos provedores de assistência à saúde o estabelecimento de cuidados robustos, de alta qualidade e sustentáveis voltados para o DM e suas complicações altamente prevalentes (MANNE-GOEHLER et al., 2019).

As complicações sistêmicas provocadas pelo DM contribuem de maneira decisiva para o aumento do risco global de mortes prematuras e, diante deste preocupante cenário, os países comprometeram-se em combater o aumento da incidência e prevalência do DM, reduzir a mortalidade prematura relacionada com essa condição através da elaboração e implementação de políticas públicas com o intuito de melhorar o manejo para reduzir as complicações e a morte precoce que podem resultar de todos os tipos de DM, fortalecendo, assim, os sistemas de saúde no contexto de uma crescente epidemia mundial de DM (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019; MANNE-GOEHLER et al., 2019).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, o DM deve ser abordado em todas as políticas nacionais de doenças não transmissíveis (DNTs) para facilitar uma resposta coordenada e multissetorial. A forma de elaboração da política ou plano fica a critério de cada país, podendo ser autônomo, incluso na política integrada de DNT ou há a opção de fazer as duas coisas de modo concomitante (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

Com a regulamentação do SUS em implantar um modelo de atenção à saúde direcionado para os princípios e diretrizes de descentralização, universalidade e integralidade da atenção, equidade no acesso aos serviços e controle social, foi criado, em 1994, o Programa Saúde da Família pelo Ministério da Saúde. No contexto dessa estratégia, os profissionais da rede de atenção básica devem trabalhar na perspectiva de reorganizar a atenção aos agravos de natureza crônica, incluindo-se nesse grupo o DM. Assim, com o intuito de garantir essa reorganização, que o Ministério da Saúde, através da Portaria/GM nº 16, de 03 de janeiro de 2002, aprovou o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus (BRASIL, 2001).

O Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus tem por objetivo estabelecer as diretrizes e metas para essa reorganização no SUS, investindo na atualização dos profissionais da rede básica, oferecendo a garantia do diagnóstico e proporcionando a vinculação do paciente às unidades de saúde para tratamento e acompanhamento, promovendo a reestruturação e a ampliação do atendimento resolutivo e de qualidade para os portadores. O atendimento eficiente e eficaz no sentido de contribuir para a redução da morbimortalidade associada ao DM no país depende, sobretudo, do estabelecimento de bases construídas a partir da pactuação solidária entre a União, estados e municípios, contando com o apoio e a participação das sociedades científicas e das entidades de portadores dessa condição (BRASIL, 2001).

O programa Hiperdia é originário do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e ao Diabetes Mellitus e consiste numa estratégia de acompanhamento de usuários hipertensos e/ou diabéticos, com as funções de vincular o paciente à Unidade Básica de Saúde (UBS) e à Equipe de Saúde da Família (ESF). O Hiperdia desenrola-se no nível primário de atenção à saúde, conjuntamente com o apoio dos profissionais da ESF, visando, além de acompanhar e tratar, recuperar a autonomia do usuário e a sua responsabilidade em seu processo de saúde. O programa se propõe ainda a estabelecer vínculos entre usuários e equipe, considerando a realidade social, propiciando um cuidado mais integrador e voltado para uma dimensão holística do ser, pautando-se na prevenção, no empoderamento e no cuidado das pessoas com essas condições (FEITOSA; PIMENTEL, 2016).

Assim, o DM é considerado uma das linhas de cuidado do Sistema Único de Saúde (SUS), na qual há recomendações desenvolvidas sistematicamente, orientadas por diretrizes clínicas com o intuito de assegurar a atenção à saúde e garantir uma resposta pública compatível com a magnitude do problema. Essas recomendações determinam as ações e os serviços que devem existir nos distintos pontos de atenção (primário, secundário e terciário) de uma Rede

de Atenção à Saúde (RAS) e estabelecem os fluxos assistenciais que devem ser assegurados ao usuário com fins de atender às suas demandas de saúde (BORGES; LACERDA, 2018).

Os principais fatores de risco modificáveis para a prevenção do DM tipo 2 são sobrepeso, obesidade, sedentarismo e hábitos alimentares não saudáveis. Mas cerca de dois terços dos países (68%) afirmam ter políticas operacionais que abordam tanto a dieta saudável quanto a atividade física, embora essa proporção varie de acordo com a renda da região e do país. Outra ferramenta importante para o atendimento à pessoa diabética é a existência de diretriz nacional para o controle do DM que seja total ou parcialmente implementada, além da existência de protocolos nacionais baseados em evidências científicas para o manejo da enfermidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

Deve-se enfatizar que o controle do DM acontece em diferentes níveis do sistema de prestação de cuidados de saúde e um sistema de referência baseado em critérios padronizados deve ser assegurado para a continuidade dos cuidados e que garanta o uso otimizado dos serviços de saúde em diferentes níveis. Os critérios padrão para encaminhamento de pacientes da atenção primária para secundária ou terciária devem estar bem estabelecidos e disponíveis nos países (MANNE-GOEHLER et al., 2019; BORGES; LACERDA, 2018).

Outra questão que merece destaque é a importância da disponibilidade, nos serviços públicos, de fármacos essenciais e tecnologias elementares para detecção precoce, diagnóstico e monitoramento de DM em unidades básicas de saúde. Três medicamentos são fundamentais para o controle do DM e devem estar disponíveis: insulina, metformina e sulfonilureia (s). No Brasil, o Ministério da Saúde instituiu, através da Portaria nº 371, de 04 de março de 2002, o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, objetivando, de modo sucinto, a implantação do cadastramento dos portadores de hipertensão e diabetes mediante a instituição do cadastro nacional de portadores dessas condições e ofertar de maneira contínua para a rede básica de saúde os medicamentos que fazem parte do tratamento dessas patologias. Em relação às tecnologias essenciais anteriormente citadas necessárias para a detecção precoce, diagnóstico e monitoramento de DM em cuidados primários de saúde destacam-se balanças, fitas de medição, glicosímetros, tiras de teste de glicose no sangue, tiras de teste de proteína na urina e tiras de teste de cetona na urina (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016; BRASIL, 2002, p. 88).

A existência ou ausência de políticas públicas voltadas para o controle do DM indica os esforços que os países empregam para melhorar o desempenho do sistema de saúde para esta doença, sinalizando o quanto que os governos se aproximam ou se afastam do alcance à cobertura universal de saúde, definida como a meta de que todas as pessoas recebam serviços

essenciais de saúde sem estarem expostas a dificuldades financeiras (REICH et al., 2015).

O DM constitui-se em um potencial marcador para examinar os sistemas de saúde e muitos estudos sugerem que países, particularmente os de baixa renda e de renda média-baixa, a exemplo do Brasil, enfrentam desafios para alcançar a cobertura universal de saúde, demandando maiores investimentos de recursos de saúde para melhorar o desempenho dos sistemas de atenção ao DM e suas complicações e, conseqüentemente, melhorar a eficácia dos cuidados prestados e os resultados de saúde (BLOOM et al., 2018).

Dentre as complicações advindas do DM, as úlceras do pé diabético têm indiscutivelmente atraído uma maior atenção e se situa no contexto das feridas complexas, levando muitos países no mundo, a exemplo de países da Europa Ocidental, da América do Norte e da Coreia do Sul, a formularem e implementarem políticas públicas que garantam a alocação de recursos e a provisão de bens e serviços públicos que satisfaçam as necessidades decorrentes desse problema de saúde pública (NAMGOONG; HAN, 2018).

No Brasil, no âmbito federal, não há políticas públicas específicas voltadas ao portador de feridas complexas, mas há menções tímidas nas políticas públicas do programa de saúde da família que remetem aos compromissos com o paciente portador de pé diabético (SAMPAIO, 2009).

No município de São Paulo, no final de 2009, foi criada a Lei nº 14984 de 23/09/2009 que institui o Programa de Prevenção e Tratamento das Úlceras Crônicas e do Pé Diabético, definindo que o programa deve ser elaborado no contexto da rede pública municipal de saúde, pela Secretaria Municipal de Saúde, firmando uma política pública de saúde na atenção ao portador de úlcera complexa. O objetivo desse programa é causar impactos positivos tanto para as pessoas com a doença do pé diabético, como para os serviços de saúde. Para os portadores desse tipo de ferida, espera-se a melhora da auto-estima, o salvamento do membro, inclusão no mercado de trabalho, no ambiente familiar e na sociedade. Para os serviços, espera-se reduzir o tempo de tratamento, criação de vagas para novos atendimentos, redução de custos e a implementação de medidas para prevenção de feridas (BATISTA, 2017).

4.4 O papel da enfermagem no atendimento à pessoa com pé diabético

Partindo do pressuposto que o pé diabético caracteriza-se por ser uma condição crônica complexa com um impacto significativo de longo prazo na saúde das pessoas, o manejo bem-sucedido de pacientes com esse tipo de lesão exige uma abordagem sistemática que seja capaz de atender a complexidade desse gerenciamento. Essa abordagem sistemática tem três componentes principais que envolvem: uma equipe interdisciplinar, incluindo especialistas em

cuidados com os pés, como enfermeiras e podólogos, para tratar de feridas locais e alívio da pressão na ferida; o papel dos indivíduos na gestão do autocuidado; e uma intervenção educacional para melhorar o conhecimento dos pacientes, o envolvimento e as habilidades de gestão do autocuidado que também devem ser fortalecidas nessa abordagem sistemática. Dentro desse contexto, a enfermagem, enquanto ciência e profissão, desempenha papel ímpar na obtenção de resultados satisfatórios, podendo atuar nas três frentes supracitadas, causando impactos positivos na vida da pessoa portadora de pé diabético (COSTA; TREGUNNO; CAMARGO-PLAZAS, 2018).

As principais diretrizes para implantação das melhores práticas recomendam que o planejamento de intervenção que vise a cura do pé diabético tenha maior possibilidade de sucesso, quando aplicada ao contexto de uma equipe interdisciplinar composta por enfermeiras que trabalhem conjuntamente com outros especialistas em saúde a exemplo de fisioterapeuta, endocrinologista, cirurgião vascular, psicólogo e assistente social. A enfermagem deve encaminhar os pacientes para abordar situações específicas que possam surgir, tais como infecção, problemas vasculares, desequilíbrio da marcha, deformidades ósseas, dentre outros (MAVROGENIS, 2018).

O manejo do pé diabético envolve a obtenção de um histórico de saúde abrangente para avaliar as causas subjacentes, comorbidades e estado de saúde, bem como o exame físico da lesão incluindo as mensurações da ferida, classificação de exsudato, odor, condição de pele peri-lesão e dor, além da identificação de infecção usando avaliação clínica baseada em sinais e sintomas e subsequente teste diagnóstico, quando indicado. Enfermeiras assistenciais também devem determinar se a lesão tem potencial para cicatrização. Por exemplo, enquanto o progresso da cicatrização da ferida em quatro e oito semanas é um forte preditor para o fechamento da ferida em doze semanas, um progresso de cicatrização ruim ao longo de quatro semanas consiste em um forte preditor para a não cicatrização. Adicionalmente, é importante prescrever cuidados apropriados para potencializar a cicatrização, incluindo o tratamento local de feridas (por exemplo, curativo, equilíbrio da umidade, desbridamento) e alívio da pressão no local da ferida (ALAVI et al., 2014).

Embora a abordagem sistemática seja crucial para melhorar a cicatrização da úlcera do pé, a resolução bem-sucedida da ferida requer o apoio formal dos profissionais de saúde para orientar as múltiplas demandas do tratamento (por exemplo, curativo avançado, antibiótico, desbridamento, etc.) e gestão do autocuidado diária pelos indivíduos que tem o pé diabético (por exemplo, usar dispositivos de descarga de peso, manter o curativo seco, trocar o curativo em casa se ele ficar molhado, identificar sinais precoces de complicação, etc.). Assim, uma

abordagem sistemática para o tratamento de feridas deve incluir não apenas a experiência de uma equipe multiprofissional, mas também integrar o paciente como parte da equipe de tratamento de feridas e, portanto, como participante ativo nas decisões diárias de gestão para alcançar o melhor gerenciamento e resultados (COSTA; TREGUNNO; CAMARGO-PLAZAS, 2018).

Ao planejar o cuidado às pessoas com pé diabético ou com risco para desenvolvê-lo, as enfermeiras devem incluí-las no centro de todas as decisões para garantir a compreensão e concordância com o plano de tratamento recomendado. Assim, as enfermeiras que cuidam dessas pessoas precisam estar cientes de que os pacientes são responsáveis pela implementação do plano de cuidados em seu autocuidado diário. De fato, os indivíduos realizam a maioria das tarefas diárias de cuidados com os pés, incluindo inspeção dos pés, uso de calçados apropriados para reduzir o cisalhamento e a pressão, exercícios para os pés para promover a circulação, aplicação de qualquer medicação ou produtos na pele conforme necessário e trocas diárias de coberturas secundárias (COSTA; TREGUNNO; CAMARGO-PLAZAS, 2018; ALAVI et al., 2014).

Os indivíduos devem estar envolvidos em decisões de cuidados com a saúde para se conscientizar das consequências do pé diabético e da necessidade de evitar comportamentos autodestrutivos, como caminhar descalço ou usar calçados mal adaptados, bem como buscar inspeção profissional regular do pé e cuidar das unhas. Na realidade, para a maioria das pessoas com doença crônica, a gestão do autocuidado é uma tarefa para toda a vida e os pacientes desempenham um papel importante no gerenciamento do cuidado diário durante o curso da enfermidade. Para melhorar os resultados clínicos, as necessidades, as preocupações e as preferências dos pacientes devem ser ouvidas atentamente pelo profissional de enfermagem e o plano de cuidados deve incorporar metas e decisões mutuamente acordadas pelas enfermeiras e a pessoa com pé diabético (COSTA; TREGUNNO; CAMARGO-PLAZAS, 2018; ALAVI et al., 2014; MAVROGENIS, 2018).

Vale ressaltar que a teórica de enfermagem Dorothea Orem definiu o autocuidado como as práticas e atividades que os indivíduos iniciam e executam em seu benefício para manter um bom estilo de vida, saúde, funcionamento e bem-estar. O manejo do autocuidado permite que os indivíduos se observem, reconheçam e determinem a gravidade dos sinais e sintomas, escolhendo, assim, as estratégias apropriadas para gerenciá-los. O manejo do autocuidado também tem sido classificado como um resultado sensível de enfermagem e uma orientação filosófica que fundamenta a enfermagem e a diferencia de outras disciplinas (OREM; TAYLOR, 2011).

Abordagens educativas têm sido utilizadas como forma de melhorar o autocuidado dos pés e reduzir o risco de pé diabético e a enfermeira, ao realizar intervenções educacionais, deve desenvolver orientações que inspirem os pacientes a serem mais colaborativos e promovam práticas centradas no indivíduo. Espera-se que as enfermeiras, através das intervenções educativas, consigam o engajamento do paciente no seu autocuidado, trabalhando em parceria com os mesmos e estimulando a tomada de decisões compartilhadas com o intuito de auxiliar o desenvolvimento de autoeficácia, habilidades e conhecimento (COSTA; TREGUNNO; CAMARGO-PLAZAS, 2018).

A atuação da enfermagem na atenção à pessoa com pé diabético, assim como em outras condições crônicas, pode e deve se dar no cenário da consulta de enfermagem que está contemplada na lei do exercício profissional nº 7.498/86, no seu artigo 11, inciso I, alínea “i”. Entende-se como consulta de enfermagem a atividade privativa do enfermeiro que consiste na aplicação do processo de enfermagem ao indivíduo, à família e à comunidade de forma direta e independente. Compreende a entrevista para coleta de dados, o exame físico, o estabelecimento do diagnóstico de enfermagem, a prescrição, a implementação dos cuidados e a orientação das ações relativas aos problemas detectados (MACIEL; ARAÚJO, 2003; CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1986).

Todas as abordagens supracitadas como sendo imprescindíveis para a conquista de resultados positivos no atendimento à pessoa com pé diabético podem ser realizadas na consulta de enfermagem, possibilitando a construção de um vínculo sólido entre enfermeira/paciente baseado no meio social e cultural, viabilizando o alcance dos melhores resultados de saúde. Durante a consulta de enfermagem, o profissional tem a possibilidade de escolher a melhor forma de pensar e interagir com seus pacientes, convidando a pessoa com pé diabético a ser parceira na tomada de decisão sobre os cuidados com sua saúde e tornando-a consciente sobre a sua condição. Assim, a enfermeira, por meio da consulta de enfermagem, pode cuidar da pessoa com pé diabético na perspectiva de promoção, prevenção, proteção, recuperação e reabilitação do indivíduo, se apropriando desse espaço tão valioso, desafiador e importante para o fortalecimento da enfermagem enquanto profissão e ciência.

5 REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Este capítulo tem como propósito oferecer ao leitor uma visão sobre o motivo da escolha do referencial teórico da Teoria das Representações Sociais pela pesquisadora.

Sabe-se que uma compreensão teórica robusta auxilia os profissionais, especialmente a equipe de enfermagem, a entenderem o fenômeno do pé diabético. Entretanto, um entedimento teórico frágil pode ter impactos negativos significativos no tocante à geração de conhecimentos e impedir a translação do estudo para a prática clínica. Desta forma, optou-se por realizar uma revisão integrativa da literatura para analisar tendências da produção de pesquisas qualitativas sobre o pé diabético no que se refere à construção teórica.

A revisão integrativa da literatura pode ser definida como a elaboração de uma análise vasta da literatura, fornecendo subsídios para discussões sobre métodos e resultados de estudos, assim como reflexões sobre a execução de pesquisas futuras. O objetivo *a priori* desse método de pesquisa é alcançar uma compreensão significativa de um determinado fenômeno, tendo por base estudos realizados previamente. É condição mandatória ter como fio condutor o rigor metodológico e demonstrar clareza na exibição dos resultados, de modo que a comunidade científica identifique os atributos reais dos estudos incluídos na revisão (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para a elaboração desta revisão integrativa, seguiu-se seis etapas diversas, tendo como referencial Mendes, Silveira e Galvão (2008): identificação do tema e definição da questão de pesquisa, estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão do estudo, definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados, avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa, interpretação dos resultados e apresentação/síntese do conhecimento.

A pesquisa teve como ponto de partida o seguinte questionamento: Quais têm sido as abordagens teóricas utilizadas para estudo do pé diabético nas pesquisas qualitativas? Após esse questionamento, definiu-se como objetivo desta revisão integrativa identificar, selecionar e apreciar criticamente a produção do conhecimento, produzindo uma síntese acerca das principais abordagens teóricas para estudo do pé diabético nas pesquisas qualitativas.

A coleta de dados ocorreu durante os meses de junho e julho de 2019, através do portal da CAPES, por meio das seguintes bases de dados para identificar artigos elegíveis: Scopus, CINAHL (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*), PUBMED, *Web of Science* e PsycINFO.

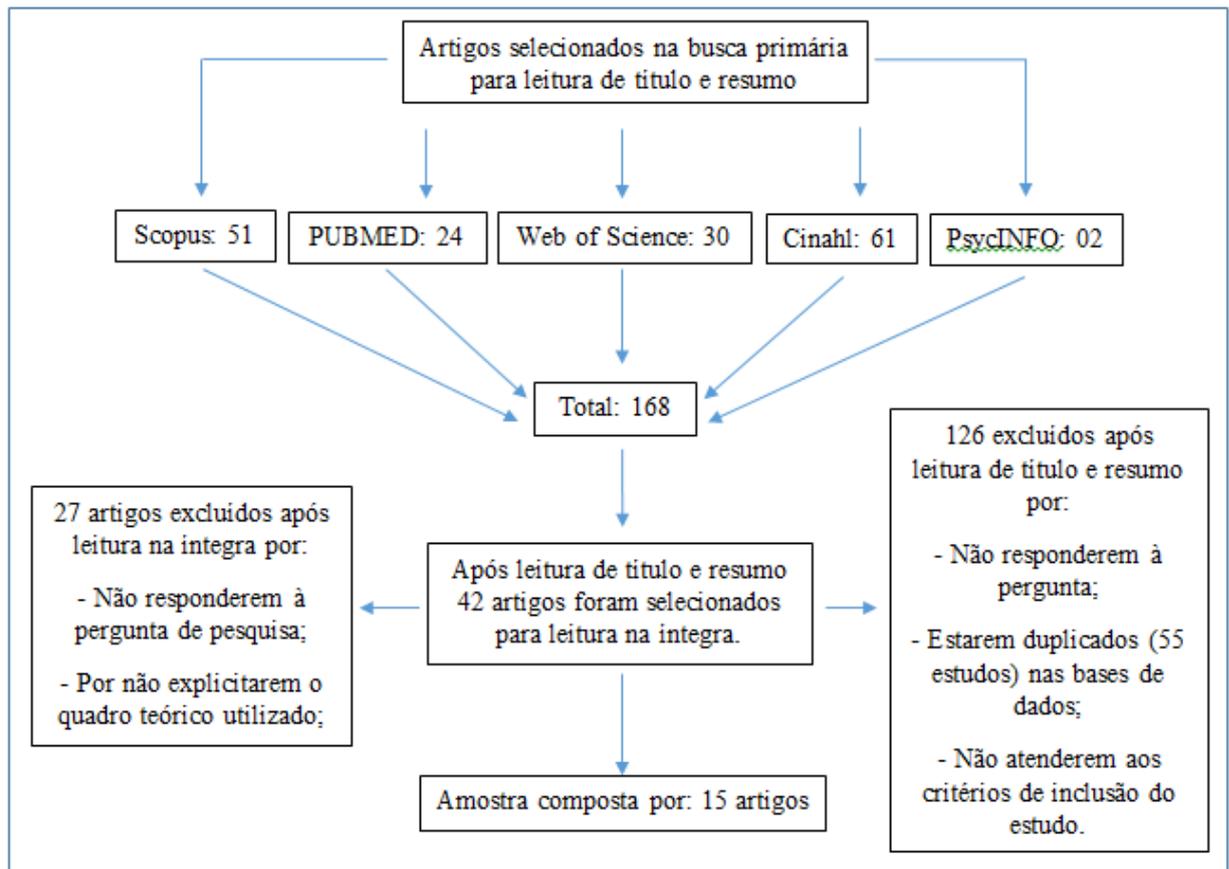
Para a execução da pesquisa nas referidas bases de dados, realizou-se antecipadamente à busca, a identificação dos descritores de cada base com o intuito de explorar o recurso da

maneira mais funcional possível. Assim, a depender da terminologia utilizada em cada base, lançou-se mão do vocabulário *Mesh – Medical Subject Headings of U.S. National Library of Medicine* (NLM) – ou o do vocabulário estruturado do DeCS – descritores em ciências da saúde. Além disso, utilizamos também algumas palavras-chaves para tornar a pesquisa a mais ampla possível.

Neste estudo, utilizou-se o filtro de datas (2015 a 2019) em todas as buscas e os seguintes descritores controlados com o booleano “AND” e palavras chaves: “diabetic foot” AND “qualitative research”; “diabetic foot” AND “qualitative study”; “diabetic foot” AND “theoretical approach”; “diabetic foot” AND “theoretical framework”; “diabetic foot” AND “theoretical reference”. Os descritores foram inseridos na língua inglesa, pois todas as revistas indexadas nas referidas bases de dados apresentam em seus artigos descritores em inglês.

Os critérios de inclusão foram: considerar artigos em qualquer idioma; artigo completo acessível *online*; artigos que foram publicados em um periódico revisado por pares; artigos publicados no recorte temporal de 2015 a 2019. Como critérios de exclusão, adotou-se: artigos que não disponibilizarem explicitação do quadro teórico utilizado; excluir artigos de revisão sistemática, integrativa e metassínteses, além de teses, dissertações, editoriais e cartas ao editor.

Com o intuito de tornar o processo de busca transparente, segue um quadro com a explicitação das etapas seguidas:



Fonte: Adaptado do modelo Prisma

Figura 1. Fluxo da seleção dos estudos primários incluídos na revisão integrativa de acordo com as bases de dados

Para a seleção dos dados de relevância de acordo com o objetivo do estudo, construiu-se um instrumento que inclui os seguintes elementos: título do artigo, autores, ano, país onde o estudo foi realizado, objetivo, desenho do estudo/abordagem teórica, amostra, técnica de coleta de dados e principais resultados dos estudos.

Na presente revisão integrativa, 15 artigos que atenderam aos critérios de inclusão foram analisados. Segue um panorama geral dos artigos avaliados:

Quadro 1 – Caracterização dos estudos incluídos na revisão integrativa sobre abordagem teórica das pesquisas qualitativas sobre pé diabético, segundo ano de publicação, país onde o estudo foi realizado, objetivo, desenho do estudo/abordagem teórica, amostra, técnica de coleta de dados e principais resultados do estudo.

Nº	Título	Autores	Ano	País	Objetivo	Desenho do estudo/ Abordagem teórica	Amostra	Técnica de coleta de dados	Principais resultados
1	An integrated wound-care pathway, supported by telemedicine, and competent wound management— Essential in follow-up care of adults with diabetic foot ulcers	Hilde Smith-Strøm, Marjolein M. Iversen, Marit Graue, Svein Skeie, Marit Kirkevold	2016	Noruega	Explorar as experiências de adultos com úlceras do pé diabético recebendo telemedicina em comparação com os pacientes que recebem acompanhamento tradicional de saúde.	Descrição interpretativa descrita por Thorne.	24 pacientes	Entrevista semi-estruturada	Mostra que a interação entre a telemedicina e o acompanhamento tradicional de saúde não apenas promove um cuidado mais integrado, mas também reforça a confiança dos pacientes em seus cuidados com a úlcera.
2	A qualitative study of the experience of lower extremity wounds and amputations among people with diabetes in Philadelphia	Frances K. Barg; Peter F. Cronholm; Ebony E. Easley; Trocon Davis; Michelle Hampton; D. Scot Malay; Cornelius Donohue; Jinsup Song; Stephen R. Thom; David J. Margolis;	2017	USA	Usar uma abordagem qualitativa para explorar o que os pacientes de três clínicas de tratamento de feridas com base na comunidade pensam e entendem sobre suas úlceras nos pés, terapias nos pés e amputações nos membros inferiores.	Teoria fundamentada nos dados	Não indicado	Entrevista semi-estruturada	As descrições dos participantes sobre as causas das lesões são consistentes com uma compreensão elementar. As recomendações terapêuticas não são práticas e são emocionalmente difíceis para os participantes seguirem. A falha do

									tratamento da úlcera do pé pode ser devido à falta de profissionais que entendem o impacto do tratamento na vida do paciente.
3	A qualitative study of the key factors in implementing telemedical monitoring of diabetic foot ulcer patients	B.S.B. Rasmussen; L.K. Jensen; J. Froekjaer; K. Kidholm; F. Kensing; K.B. Yderstraede	2015	Dinamarca	Identificar como o monitoramento da ferida por meio de telemedicina foi vivenciado pelos profissionais de saúde.	Abordagem fenomenológica e indutiva.	Não indicado	Entrevistas com grupo focal e entrevistas individuais com a equipe clínica	As mudanças organizacionais causadas pela introdução da telemedicina no tratamento de pé diabético foram analisadas pela percepção da equipe de saúde. A tecnologia usada no estudo poderia fornecer uma opção adicional a ser oferecida aos pacientes após uma avaliação individual de suas condições de saúde.
4	A Qualitative Inquiry of Lower Extremity Disease Knowledge Among African Americans Living With Type 2 Diabetes	Timethia Bonner; Idethia S. Harvey; Ledric Sherman	2017	USA	Investigar como as representações pessoais de diabetes tipo 2 afetam o nível de conhecimento sobre cuidados com os pés e as estratégias de autocuidado entre adultos afro-	Fenomenologia	13 afro-americanos	Entrevistas semi-estruturadas	A maioria dos participantes não tinha compreensão dos cuidados básicos com os pés, assim como a forma como as complicações dos membros inferiores podem evoluir do

					americanos.				diabetes tipo 2 descontrolado. A educação em autogestão da diabetes é um componente essencial que pode ajudar na melhoria dos desfechos ruins de saúde dos afro-americanos.
5	Conditions for success in introducing telemedicine in diabetes foot care: a qualitative inquiry	Kolltveit, Beate-Christin Hope; Gjengedal, Eva; Graue, Marit; Iversen, Marjolein M; Thorne, Sally; Kirkevold, Marit	2017	Noruega	Identificar percepções de profissionais de saúde em diferentes contextos de trabalho em relação aos facilitadores para engajamento e participação na aplicação da telemedicina.	Descrição Interpretativa	34 profissionais de saúde	Grupo focal	Ressalta o valor de um planejamento cuidadoso para acomodar as necessidades dos profissionais de saúde usando novas tecnologias, reconhecendo que eles freqüentemente trabalham em diferentes cenários com diferentes sistemas de gerenciamento.
6	Determining the patient-perceived impact of foot health education for patients with diabetes mellitus	Andrew Hill, Gloria Dunlop	2015	Reino Unido	Determinar a abordagem de educação do paciente que os indivíduos com diabetes mellitus foram expostos, bem como explorar as percepções do paciente e o impacto da saúde do pé.	Abordagem etnometodológica	20 participantes	Entrevista aberta	Os indivíduos relataram uma experiência de educação muito inconsistente, particularmente em relação à saúde do pé, com uma grande proporção de pessoas que não recebem serviços em consonância com diretrizes que

									<p>determinam que essa educação deve ser dada independentemente do status de risco individual.</p> <p>Quase metade de todos os participantes indicou que não receberam nenhuma educação e aqueles que receberam educação estruturada não tiveram essa educação reforçada anualmente.</p> <p>Os pacientes, ainda, perceberam os impactos dessa educação de formas variadas e não demonstraram levar a uma mudança sustentada na percepção ou nos comportamentos da saúde do pé. As razões para isso parecem multifatoriais.</p>
7	Diabetes foot screening: Challenges and future strategies	Formosa, C.; Chockalingam, N.; Gatt, A.	2018	Malta	Explorar as diferentes perspectivas das partes interessadas com relação à possível introdução de diretrizes culturalmente competentes para o	Abordagem de método fenomenológico	11 participantes (desde médicos especialistas em diabetes até formuladore	Entrevista não estruturada, diário reflexivo e notas de campo	Mostra que o rastreio do pé diabético em Malta é inadequado e tem muitas deficiências. Há evidências de desequilíbrios de poder e canais de

					rastreamento do pé no sistema de saúde de Malta.		s de políticas).		comunicação ruins que prevalecem em uma estrutura datada e hierárquica.
8	Familia, economía y servicios sanitarios: claves de los cuidados en pacientes con diabetes y amputación de miembros inferiores. Estudio cualitativo en Andalucía	Rodríguez, Gabriel Jesús ; Córdoba-Doña, Juan Antonio ; Escolar-Pujolar, Antonio ; Aguilar-Diosdado, Manuel ; Goicolea, Isabel	2017	Cádiz	Explorar a experiência do cuidado diabético em pacientes submetidos à amputação de membros inferiores por pé diabético.	Fenomenologia	16 participantes	Entrevistas individuais semi-estruturadas	A família, a situação econômica e laboral e os fatores do sistema de saúde são os elementos mais relevantes no cuidado de pacientes com diabetes e amputação de membros inferiores.
9	Influence of beliefs about health and illness on self-care and care-seeking in foreign-born people with diabetic foot ulcers: dissimilarities related to origin	Hjelm, K.; Apelqvist, J	2016	Suécia	Descrever as crenças sobre saúde e doença em pessoas nascidas no exterior com úlceras do pé diabético que possam afetar o autocuidado e a procura de assistência médica e estudar se existem diferenças relacionadas à origem.	O modelo da teoria leiga de causação de doença e o modelo para o comportamento de procura de cuidados de saúde	26 participantes	Entrevista semi-estruturada	As pessoas nascidas no exterior se sentiram incapazes de prevenir a incidência de úlceras nos pés, tiveram problemas com a detecção e tinham conhecimento limitado sobre o autocuidado.
10	'Losing' joint mobility in feet and podiatry practice: a qualitative investigation of the role of limited joint mobility in the clinical assessment of the diabetic foot	Veronica Newton, Anita Williams, Andrew Findlow, Andrea Graham and Christopher Nester	2018	Reino Unido	Explorar algumas opiniões de podólogos sobre as características de mobilidade articular limitada e a aplicação de diretrizes em relação à sua avaliação.	Abordagem interpretativa fenomenológica		Grupo focal	Revela que a avaliação da perda da mobilidade articular do pé diabético pode se perder da prática rotineira. As razões para não se avaliar essa perda são multifatoriais, no entanto, um fator dominante parecia

									ser que a avaliação da mobilidade articular não aparece nas diretrizes clínicas do Reino Unido e esses podólogos estão operando em um serviço orientado por diretrizes.
11	Perception of social support in individuals living with a diabetic foot: A qualitative study	Joshua Palaya, Sue Pearson, Toni Nash	2018	Australia	Explorar a percepção do apoio social em indivíduos que vivem com o pé diabético, a fim de influenciar a prestação de serviços futuros no manejo de indivíduos semelhantes.	Fenomenologia hermenêutica	08 participantes com pé diabético	Entrevista semi-estruturada	As descobertas têm implicações importantes para três áreas amplas: reconhecimento e gestão do bem-estar psicossocial, a necessidade de abordagens centradas no cuidado do paciente e inclusão e equidade nos cuidados de saúde e na sociedade.
12	Telemedicine follow-up facilitates more comprehensive diabetes foot ulcer care: A qualitative study in home based and specialist health care	Kolltveit, Beate-Christin Hope ; Thorne, Sally ; Graue, Marit ; Gjengedal, Eva ; Iversen, Marjolein M ; Kirkevold, Marit	2018	Noruega	Investigar a aplicação de uma intervenção de telemedicina no tratamento de úlcera do pé diabético e suas implicações para os profissionais de saúde no campo clínico.	Descrição Interpretativa.	07 profissionais de saúde	Grupo focal	Foram identificadas possibilidades desiguais para a aplicação da telemedicina no tratamento da úlcera do pé diabético nos contextos hospitalar e domiciliar. A aplicação da telemedicina na atenção domiciliar foi mais desafiadora do que na clínica ambulatorial.

13	Telemedicine in diabetes foot care delivery: health care professionals' experience	Kolltveit, Beate-Christin Hope ; Gjengedal, Eva ; Graue, Marit ; Iversen, Marjolein M ; Thorne, Sally ; Kirkevold, Marit	2016	Noruega	Explorar a experiência dos profissionais de saúde na fase inicial da introdução da tecnologia de telemedicina no atendimento de pessoas com úlceras do pé diabético.	Descrição Interpretativa	10 participantes	Grupo focal	O uso de uma intervenção de telemedicina permitiu que os profissionais de saúde abordassem seus pacientes com úlcera do pé diabético com mais conhecimento, melhores habilidades de avaliação de feridas e maior confiança. Além de simplificar a comunicação entre os níveis de assistência médica e ajudou a enxergar os pacientes de uma forma mais holística.
14	The Diabetic Foot Amputation Decision-Making Process	Shou-Yu Wang; Ju-Fen Liu; Yu-Ping Huang; Ying-Ying Chang	2018	China	Explorar o processo de tomada de decisão da amputação com pacientes com pé diabético e suas famílias.	Teoria fundamentada nos dados	16 participantes	Entrevista semi-estruturada	O estudo compreendeu o processo de tomada de decisão dos pacientes em relação à amputação, evidenciando que os profissionais de saúde devem ser encorajados a ter empatia com esses pacientes.
15	The lived experience of people with diabetes using off-the-shelf prescription	Tan, S., Horobin, H., & Tunprasert, T.	2019	Singapura	Explorar as experiências vividas de participantes com diabetes usando calçado prescrito em Cingapura.	Análise fenomenológica interpretativa	08 participantes	Entrevista semi-estruturada	Mostrou que a maneira complexa pela qual os participantes lidavam com segurança e aceitação é

	footwear in Singapore: a qualitative study using interpretative phenomenological analysis								frequentemente negligenciada quando o calçado é prescrito, destacando a necessidade de uma parceria médico-paciente mais colaborativa para que essas questões surjam na prática clínica. Além disso, o calçado adaptado deve ser visto de forma mais holística.
--	---	--	--	--	--	--	--	--	---

Após a conclusão desta revisão integrativa, constatou-se que, no recorte temporal de 2015 a 2019, as estratégias/ abordagens teóricas de pesquisa qualitativa utilizadas para estudo do pé diabético foi predominantemente a fenomenologia, a descrição interpretativa e a teoria fundamentada nos dados. Foi encontrado apenas um estudo com abordagem etnometodológica. Não foi encontrado, no referido recorte temporal, nenhum estudo sobre o pé diabético na perspectiva da TRS.

Frente a escassez de estudos sob o olhar da TRS verificado com a realização desta revisão integrativa, observou-se uma oportunidade ímpar de melhor explorar essa temática, considerando o indivíduo com pé diabético enquanto ator social e suas representações. Esse estudo contribuiu de modo significativo ao deixar evidente a necessidade de realizar investigações que analisem o pé diabético a partir de olhares teóricos consistentes e bem conhecidos (como é o caso da TRS), com conseqüente fortalecimento da compreensão do fenômeno pé diabético.

6 REFERENCIAL TEÓRICO

Sabendo-se que o pé diabético consiste em um problema complexo e que exige uma abordagem sistemática e que, dentro desse processo, podemos enfatizar a importância do papel dos indivíduos na gestão do autocuidado e a relevância das intervenções educacionais que aprimorem o conhecimento e o envolvimento dos pacientes para fortalecer seu autocuidado, entende-se ser apropriado utilizar como referencial teórico a Teoria das Representações Sociais para a compreensão dos conteúdos cognitivos e das comunicações sociais das pessoas com pé diabético.

Moscovici apud Sales (2003, p.28) enfatiza que “uma representação social consiste numa preparação para a ação, um guia do comportamento”. Neste contexto, tal aporte teórico possibilitará o entendimento das dinâmicas das pessoas frente à doença, de quais são as ações e motivações associadas ao autocuidado, além de permitir a compreensão de como o pé diabético afeta a vida dos indivíduos e influenciam a maneira como eles agem e transitam em seu mundo social.

A representação que a pessoa tem sobre sua condição patológica interfere na sua forma de autocuidar-se, afetando a eficácia do tratamento proposto (LACROIX; ASSAL, 2000).

Com o objetivo de entender as representações sociais do pé diabético para as pessoas com DM, encontra-se em Serge Moscovici (TRS) o suporte necessário para fundamentar o caminho a ser trilhado. Com a clareza de que a enfermagem é uma profissão que tem como essência o cuidado ao ser humano e a busca de condições para que este desenvolva habilidades para o auto cuidado e que, portanto, a enfermagem se desenvolve numa perspectiva humanista e holista, a escolha por esse referencial deu-se pelo foco que a teoria dá ao ser humano enquanto indivíduo e grupo social, valorizando suas experiências e conhecimentos construídos a partir de suas relações sociais.

6.1 Teoria das Representações Sociais

A TRS despontou na Europa na década de 1960 com o trabalho do psicólogo francês Serge Moscovici intitulado *La psychanalyse, son image et son public* e, por muito tempo, não despertou o interesse da comunidade científica. Nos dias atuais, este referencial teórico tem seu reconhecimento, sendo amplamente utilizado não apenas na área da psicologia social, mas também em distintas áreas científicas, como na área da educação e da saúde (SÁ, 1999).

No Brasil, vários estudos têm sido desenvolvidos que utiliza a TRS como referencial, especialmente no campo do processo saúde-doença, e é notório o aumento dessas publicações em revistas científicas. Na enfermagem, a divulgação desses trabalhos cresceu

substancialmente nos anos 2000, evidenciando a diversidade de enfoques teóricos e metodológicos utilizados por essa ciência. O interesse da enfermagem pela TRS talvez se deve ao fato desta teoria possibilitar a identificação do olhar que os indivíduos e os grupos têm acerca do mundo, fazendo uso de suas verdades para agir e tomar decisões no seu cotidiano (SILVA; CAMARGO; PADILHA, 2011).

O estudo que Moscovici executou sobre a representação da psicanálise contribuiu com a sociologia do conhecimento. Buscou observar o que acontece quando um novo corpo de conhecimento, a psicanálise, difunde-se dentro de uma população humana. Coletou amostras de conhecimento, das opiniões e das atitudes das pessoas sobre a psicanálise e os psicanalistas. Considerando o fenômeno da socialização da psicanálise, de sua apropriação pelos parisienses e do processo de sua transformação para servir a outros usos e funções sociais, o autor iniciava o desenvolvimento de uma psicossociologia do conhecimento (SÁ, 1999).

Inúmeros estudiosos inspiraram Serge Moscovici na construção da TRS. Entretanto, Emile Durkheim foi o seu maior influenciador com sua Teoria das Representações Coletivas. Caminhando entre a sociologia e a psicologia, Moscovici principiou o desenvolvimento do estudo das RS por não estar satisfeito com os conceitos da Psicologia Cognitivista sobre as mesmas. Assim, procurou um conceito coletivo de representações em Durkheim, entretanto, sem se limitar a ele. As representações coletivas consistem em um instrumento explanatório e se referem a uma classe geral de ideias e crenças (ciência, mito, religião, etc). Já as RS são fenômenos que necessitam ser descritos e explicados. São fenômenos específicos que se relacionam com o modo particular de compreender e de se comunicar, que cria tanto a realidade, como o senso comum. Para salientar essa distinção é que Moscovici usa o termo “social” no lugar da nomenclatura “coletivo” (MOSCOVICI, 2015).

A notável diferença entre as RS de Moscovici e as representações coletivas de Durkheim é o enfoque psicossociológico. Moscovici desvela os mecanismos sociais e psicológicos das representações, enquanto para Durkheim os registros psicológicos referem-se às representações individuais e as representações coletivas teriam registros sociológicos.

Para Moscovici (2015), as pessoas elaboram RS sobre objetos específicos, tornando-os viáveis à comunicação e à organização dos comportamentos. Isso se deve ao fato de que as RS se alimentam não só das teorias científicas, mas também das culturas, das ideologias, das experiências e das comunicações sociais. Ainda, nessa acepção, as RS assumem a reprodução mental de um objeto elaborado e compartilhado por um grupo social. Essa reprodução mental parte de diversas modalidades de deslocamento através de formas de comunicação, como a difusão, a propagação e a propaganda.

O sistema de difusão caracteriza-se pela mensagem ser direcionada não a um público particular, e sim a uma pluralidade de públicos na medida que ignora as diferenças sociais, e se refere às *opiniões*. A propagação consiste em uma modalidade de comunicação que se dirige a um público específico, reflete uma visão bem organizada do mundo, um quadro de referência conhecido e aceito pelo grupo, traduz as *atitudes*; e a propaganda, considerada como forma de *estereótipos* oferece uma visão clara do mundo, salientando e alimentando relações sociais de conflitos (ORDAZ; VALA, 1998).

Considerando o tipo de objeto de estudo, espera-se encontrar as RS do pé diabético estruturadas, ancoradas na propagação, pois o grupo que se estuda é um grupo específico, que individualmente elabora, mas coletivamente compartilha de interpretações ou símbolos, pois as representações funcionam como um sistema de interpretação da realidade que governa as relações dos indivíduos com o meio físico e social, determinando seus comportamentos, suas práticas e um conjunto de antecipações e expectativas (ABRIC, 1994).

Para identificar as representações, partiu-se do conceito de representação social construído por Moscovici que concebe as RS como uma modalidade de conhecimento particular que tem relação com a elaboração de comportamentos e a comunicação entre os indivíduos (MOSCOVICI, 2015).

Sob uma perspectiva similar, Jodelet (2003, p. 36) reitera que “as representações sociais são como uma forma de conhecimento socialmente elaborado e compartilhado, e que tem um objetivo prático, concorre para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”.

As RS, apesar das suas limitações, têm uma importância relevante na análise dos fenômenos sociais que permeiam o processo saúde-doença, pelo seu poder explicativo e por ter sido elaborada para dar conta de uma representação emancipada, entendida como “circulação do conhecimento e de ideias pertencentes a subgrupos que se encontram em contato mais ou menos restrito, em que resultam do intercâmbio e partilha um conjunto de interpretações ou símbolos” (SÁ, 1996, p. 40).

Por ser a TRS capaz de situar os indivíduos e os grupos dentro de um campo social, ela possibilita a identificação dos vários aspectos essenciais para as vivências psicossociais dos portadores de pé diabético, enquanto fenômeno de conhecimento de sujeitos sociais particulares, haja vista lidar com os objetos sociais ambíguos, abstratos, controvertidos, dentre outros. Isso porque uma representação se constitui a partir de um conjunto de informações, crenças, opiniões, atitudes e estereótipos a respeito de um dado objeto social.

Nesta altura, faz-se necessário destacar as quatro funções da TRS: função do saber (pois possibilita compreender e explicar a realidade); função de orientação (uma vez que guia os

comportamentos e as práticas das pessoas); função identitária (situa os indivíduos e os grupos no campo social); e função de justificação (permite justificar as tomadas de posições, de atitudes e de comportamentos) (SÁ, 1998; MOREIRA; MORIYA, 1998; MARTINEZ; SOUZA; TOCANTINS, 2012).

As representações sobre determinados objetos de investigação são compreendidas como uma forma de conhecimento socialmente elaborado e partilhado, originada do universo do cotidiano de cada indivíduo; além disso, é capaz de influenciar na sua conduta, de contribuir para a reelaboração, modificação e edificação de uma realidade social, e para a elaboração de uma identidade social e pessoal compatível com os padrões de normas e valores sociais e históricos determinados, estabelecendo configuração da RS no plano simbólico e social (MOSCOVICI, 2015).

Ao declarar que uma representação é social, Moscovici formula a hipótese de que cada universo possui três dimensões: a *informação*, a *atitude* e o *campo de representação* ou *imagem*. A *informação* está relacionada a organização dos conhecimentos de um grupo, sobre um objeto social. O *campo de representação* ou de *imagem* transporta-nos à ideia de imagem, de modelo social, ao conteúdo concreto e limitado das proposições, a um aspecto preciso do objeto e pressupõem organização, ordenação e hierarquização dos elementos que configuram o conteúdo representado. A *atitude* possibilita a orientação global favorável ou desfavorável em relação ao objeto da RS. Portanto, uma pessoa se informa e se representa após ter adotado uma posição e em função da posição tomada. Estas são dimensões identificadas por Moscovici nos universos de opinião característicos dos diferentes grupos sociais (ESCUDEIRO; SILVA, 1997; SÁ, 1999).

A gênese da compreensão dos assuntos é alcançada por indivíduos que pensam, mas não sozinhos. A similaridade nas falas demonstra que pensaram juntos sobre esses assuntos. Essa é uma explicação psicossociológica da origem das RS. Nessa perspectiva, o processo de origem das representações tem lugar nas mesmas circunstâncias e ao mesmo tempo em que se manifestam, por meio das conversações cotidianas (SÁ, 1999).

Para Moscovici (2015), o mundo da experiência e da realidade se repartiu em dois e as leis que governam o mundo cotidiano não possuem relação direta com as leis que governam o mundo da ciência. Assim, o autor diferencia os universos consensual e reificado, no qual o conhecimento científico faz parte do universo reificado, enquanto o conhecimento do senso comum pertence ao universo consensual.

No universo reificado, a sociedade é um sistema de entidades sólidas, invariáveis, que são indiferentes à individualidade e não possuem identidade. Os membros são desiguais e

possuem diferentes papéis e classes. Tenta estabelecer explicações do mundo com imparcialidade e independência das pessoas. Age de maneira sistemática, da premissa à conclusão e se apoia no que considera puros fatos. Todas as coisas, quaisquer que sejam as circunstâncias, são a medida do ser humano (MOSCOVICI, 2015).

No universo consensual, a sociedade é uma criação visível e contínua, permeada com sentido e finalidade, possuindo voz de acordo com a existência humana. As pessoas são iguais e livres, com possibilidade de falar em nome do grupo. Neste universo existe a negociação e a aceitação mútua, se apoia na memória coletiva e no consenso. Nele, o ser humano é a medida de todas as coisas (MOSCOVICI, 2015).

A diferença entre os dois universos provoca impacto psicológico, cujos limites dividem a realidade coletiva e física em duas. A compreensão do universo reificado se dá por meio das ciências, enquanto que do universo consensual se dá por meio das representações sociais. A ciência, pelo fato de ocultar valores e vantagens, busca encorajar a precisão intelectual e a evidência empírica. As representações restauram a consciência coletiva, lhe dão forma, explicando os objetos e acontecimentos de tal forma que estes se tornam acessíveis a qualquer um e coincidam com nossos interesses imediatos (MOSCOVICI, 2015).

A finalidade de todas as representações é tornar familiar algo que não é familiar, ou seja, representar socialmente todos os objetos e situações das conversações cotidianas de forma que sejam acessíveis a todos, portanto, comunicáveis. No universo consensual, todos querem se sentir à vontade, em casa. A dinâmica das relações é a dinâmica da familiarização, no qual os objetos, as pessoas e os acontecimentos são percebidos e compreendidos em relação a prévios encontros e paradigmas. Por consequência, a **memória** prevalece sobre a dedução, o **passado** sobre o presente, a **resposta** sobre o estímulo e as **imagens** sobre a realidade (MOSCOVICI, 2015).

Deste modo, no universo consensual, através das relações do cotidiano, as pessoas com diabetes elaboram e re-apresentam uma imagem sobre o pé diabético, ancorada na memória de experiências pregressas. São as representações criadas nos momentos de comunicação social que se tornam realidade para o grupo social, tendo impacto decisivo nas suas escolhas e na maneira como cuidam de sua saúde. Portanto, as representações sobre o pé diabético vão designar a realização ou não de cuidados com os pés para prevenção e/ou cuidados com essa complicação (COELHO; SILVA; PADILHA, 2009).

Os conhecimentos da ciência nutrem as representações. Estes são interpretados e re-elaborados no senso comum, através das conversações cotidianas. Moscovici expõe que há uma necessidade contínua de re-constituir o senso comum ou a forma de compreensão que cria o

substrato de imagens e sentidos, essenciais para o convívio social. Essas representações corporificam ideias em experiências coletivas e interações em comportamentos. No senso comum, as pessoas se comunicam, portanto, se compreendem, compartilham situações semelhantes e diferentes. Essas situações cotidianas alimentam o processo de construção coletiva, ao mesmo tempo em que transformam o senso comum. Para Moscovici, o conceito de senso comum está ancorado na comunicação. A comunicação implica em uma criatividade semelhante à da linguagem, à transformação e ao desenvolvimento de um nível de conhecimento a outro (MOSCOVICI, 2015).

O alicerce das relações sociais, na perspectiva das RS, é a comunicação. Durante os diálogos, o grupo constrói uma base de significância no compartilhar de imagens e ideias mutuamente aceitas, que fortalecem os laços sociais. Esses signos representados pelo grupo expressam sua visão de mundo, ancorados em experiências sociais, valores e crenças de um determinado grupo sócio-cultural (JODELET, 2003).

Moscovici (2015) sinaliza que não existe representação social sem linguagem, do mesmo modo que sem ela não há sociedade. As relações no grupo social se consolidam no compartilhar conhecimento prático inscrito nas experiências difundidas no grupo por meio da comunicação.

O conhecimento popular é concebido e propagado no meio social. Torna-se acessível na infância, quando inicia-se o processo de comunicação, através do qual tem-se contato com imagens mentais, crenças e representações que fortalecem e unem o grupo, lhe conferindo uma identidade social. O senso comum ou conhecimento popular liga a sociedade ou o indivíduo a sua cultura, a sua linguagem e ao seu mundo familiar (MOSCOVICI, 2015).

As RS como expressões do senso comum, do mundo familiar dos sujeitos sociais, não podem ser reduzidas a um conceito. Elas devem ser compreendidas como um fenômeno, já que expressam a visão de um grupo social sobre a realidade, procurando dar sentido ao mundo.

Vale ressaltar que, partindo de Moscovici que lança um novo olhar para as representações e elaborou a TRS, outros autores procuraram dar desdobramentos a essa teoria. Sá (1998, 2015) aponta três correntes teóricas complementares que tem a TRS de Moscovici como fio condutor e destaca que essas linhas têm contribuído sobremaneira para a operacionalização da teoria, tanto por suas proposições quanto por seus processos metodológicos. A primeira corrente é conduzida por Denise Jodelet, em Paris, sob uma perspectiva etnográfica e que é bem leal à teoria inicial. A segunda é liderada por Willem Doise, em Genebra, que procura vincular a TRS com um olhar mais sociológico. A terceira corrente ressalta a dimensão cognitivo-estrutural das RS, também conhecida como a teoria do núcleo

central, que tem como representante principal Jean-Claude Abric, em Aix-en-Provence.

6.2 Processos de elaboração e funcionamento das representações sociais

As representações exprimem todo um estilo de vida, de entendimento, mesclam conhecimentos, sentimentos e a essência do ser humano. As representações são um ponto de vista da realidade sob a ótica do grupo social ao qual pertencem (SÁ, 1999).

As pessoas com pé diabético compõem um grupo que divide uma mesma experiência: a de conviver com a condição crônica como o diabetes. Neste curso, convivem diuturnamente com outras pessoas que também apresentam o mesmo diagnóstico, seja no seu viver cotidiano, seja através dos grupos de convivência. Ao compartilhar conhecimentos, sentimentos, sensações e acontecimentos, os indivíduos criam um mundo de representações sobre o pé diabético. Todas as experiências do grupo com diabetes, do grupo social e individual, das informações vinculadas pela mídia, dos serviços de saúde e outros, são registrados na memória das pessoas e formam o que Moscovici (2015) chama de “núcleo figurativo”.

As imagens que foram selecionadas, devido a sua capacidade de ser representadas, se mesclam, ou melhor, são integradas no que eu chamei de um padrão de *núcleo figurativo*, um complexo de imagens que reproduzem visivelmente um complexo de ideias (MOSCOVICI, 2015, p. 72).

Essas ideias e imagens são construídas no cotidiano das relações. São registros de conclusões passadas, armazenadas em nossa memória. Sempre que o ser humano se depara com situações não-familiares em seus universos consensuais, recorre a dois mecanismos de um processo de pensamento (ancoragem e objetivação) para integrá-las em seu mundo mental e físico, tornando-as familiar. Nesse processo, tenta-se ancorar as ideias estranhas, no caso o “pé diabético”, reduzindo-as a categorias e imagens comuns, trazendo-as para um contexto familiar. Após, objetiva-se essas ideias, transferindo o que está na mente para o ambiente físico, assumindo uma realidade.

Ancoragem é o processo que transforma algo estranho e perturbador, que nos intriga em nosso sistema particular de categorias e o compara com um paradigma de uma categoria que nós pensamos ser apropriada (MOSCOVICI, 2015, p.61).

No processo de *ancoragem*, o não familiar torna-se familiar. *Ancorar* é classificar e nomear alguma coisa. Quando determinada situação ou objeto é comparado a um paradigma de uma categoria, adquire características desse paradigma e é re-ajustado para se enquadrar nele. Então, qualquer opinião que se tenha desta categoria passa a estender-se à situação ou objeto (MOSCOVICI, 2015).

Categorizar alguém ou alguma coisa significa escolher um dos paradigmas estocados em nossa memória e estabelecer uma relação positiva ou negativa com ele (MOSCOVICI, 2015, p.63)

Classificar e dar nomes são dois aspectos da ancoragem das representações. Os sistemas de classificação e nomeação têm como objetivo principal facilitar a interpretação de características, a compreensão de intenções e motivos subjacentes às ações das pessoas, ou seja, formar opiniões (MOSCOVICI, 2015).

Na *objetivação*, uma ideia mal definida toma forma, aproximando conceito de imagem. O conceito é transformado em imagem, que não necessita ser uma figura, mas ter um significado. A objetivação une a ideia de não-familiaridade com a realidade em que o sujeito está inserido. É a materialização de uma abstração (TEIXEIRA; FIGUEIREDO, 2001).

Objetivar é descobrir a qualidade icônica de uma ideia, ou ser impreciso; é reproduzir um conceito em uma imagem (MOSCOVICI, 2015, p.71).

Ao emergir do núcleo figurativo, essa imagem torna-se aceita e é mais fácil dialogar sobre esse paradigma e, devido a essa facilidade, as palavras que se referem a essa imagem são usadas mais frequentemente. A ancoragem e a objetivação são maneiras de lidar com a memória. A ancoragem mantém a memória em movimento. Está sempre colocando e tirando objetos, pessoas e acontecimentos, que ela classifica de acordo com o tipo e os rotula com um nome. A objetivação tira conceitos e imagens para juntá-los e reproduzi-los no mundo exterior, para fazer as coisas conhecidas a partir do que já é conhecido (MOSCOVICI, 2015).

No entendimento de Abric (1994), toda representação é organizada em torno de um núcleo central, este é o elemento fundamental da representação, pois é ele que determina ao mesmo tempo a significação e a organização da representação. Este núcleo figurativo tem duas funções: função geradora e função organizadora, a partir das quais se atribui sentido e se determinam os elos de unificação entre os elementos periféricos que se entrelaçam para formar o tecido representacional.

Salienta ainda que uma representação constitui um conjunto de informações, crenças, opiniões e atitudes a respeito de um dado objeto social, e este conjunto de elementos se organiza, estrutura-se e constitui-se num sistema sociocognitivo que permite aos indivíduos ou grupos compreender a realidade e dar sentido às suas condutas, assim como o tipo de relações que o grupo sustenta com esse objeto, e pelos sistemas de valores, normas e contexto ideológico do grupo.

Em torno do núcleo central organizam-se os elementos periféricos que são partes essenciais do conteúdo da representação. O núcleo central assegura a significação, consistência

e a permanência da representação, dando-lhe resistência à mudança. Por sua vez, o sistema periférico é mais flexível, protege o núcleo central, permitindo a fusão de diferentes informações e práticas sociais, sendo de fundamental importância para o núcleo central porque permite a ancoragem da realidade.

Considerando este contexto, a compreensão das RS do pé diabético permite não só conhecer, selecionar imagens, mas também entrar em contato com padrões de comportamentos e atitudes relacionadas ao objeto investigado. Nessa perspectiva, considera-se a TRS um referencial teórico, capaz de fundamentar teoricamente o objeto de estudo, oferecendo respostas aos achados e, conseqüentemente, permitindo uma atuação profissional e científica mais coerente, com inclusão de informações mais apropriadas para o indivíduo ou grupos e profissionais que vivem o fenômeno do pé diabético.

6.3 As contribuições da Teoria das Representações Sociais para a Enfermagem

A pesquisa qualitativa em saúde é usada por equipes interdisciplinares para explorar estados de saúde e de doença na perspectiva do indivíduo, do membro da família, do cuidador ou do profissional, em vez de relatar somente a perspectiva dos pesquisadores. Pesquisas qualitativas buscam elucidar emoções e entendimentos, crenças e valores, ações e comportamentos com a finalidade de compreender as respostas dos participantes à saúde e à doença, os significados que eles constroem sobre a experiência e suas ações subsequentes (KUHNIKE et al., 2014).

As pesquisas no campo da enfermagem sofreram influência das dimensões históricas, políticas e sociais e se destacaram especialmente a partir da década de 70 com a expansão dos cursos de pós-graduação. Nos idos dos anos 80, as investigações na área da enfermagem, predominantemente, eram conduzidas pelo positivismo, com foco mais objetivo, no qual os aspectos metodológicos se preocupavam mais em mensurar e comparar fenômenos (estudos quantitativos), com menor ênfase nas análises subjetivas destes fenômenos (estudos qualitativos). Entretanto, ao perceber que o processo saúde-doença era complexo e que era permeado por aspectos históricos, sociais e culturais, exigiu-se da enfermagem a experimentação de novas abordagens teórico- metodológicas (MARTINEZ; SOUZA; TOCANTINS, 2012).

A elaboração do conhecimento na área da enfermagem foi fortemente influenciada pelas ciências humanas e sociais por meio do uso de distintas teorias, com destaque para as Representações Sociais, sendo bastante utilizada para decifrar os aspectos que envolvem e estão implicados com o processo saúde-doença (MORERA et al., 2015).

O uso criterioso da TRS em investigações na área da enfermagem permite a ressignificação e rerepresentação dos fenômenos do cotidiano, tornando possível conceber e transmitir um novo conhecimento que possibilita e orienta a resolução de problemas relacionados aos aspectos do processo saúde-doença, orientando relações e condutas da prática assistencial e profissional. Outra contribuição que podemos destacar com o uso da TRS na enfermagem é que as pesquisas com esse foco podem subsidiar o entendimento das particularidades que modelam e incentivam o agir das pessoas e se expressam em suas vivências subjetivas e de grupo manifestadas no dia a dia. Assim, compreender o ponto de vista dos grupos sociais com relação aos fenômenos que experimentam e como caracterizam as dimensões do processo saúde-doença, permite aos investigadores da área da enfermagem construir a RS específica de um objeto de estudo, possibilitando entender o comportamento humano, organizar condutas e comunicações e adequar sua prática profissional e assistencial, permitindo à enfermagem realizar intervenções que, por respeitarem as características específicas de cada segmento social, serão mais eficientes (MARTINEZ; SOUZA; TOCANTINS, 2012).

Moreira e Moriya (1998) salientam que, além das condições de produção de RS, suas funções articuladas, na prática profissional, contribuem em especial no fornecimento de pistas importantes para planejamento da assistência a indivíduos portadores de doenças estigmatizantes.

Por meio da TRS é possível considerar o conhecimento não especializado, o conhecimento leigo de diversos grupos sociais com a intenção de lidar de maneira mais habilidosa com a complexidade do problema estudado. Daí pode-se extrair outra contribuição dessa teoria: promover qualidade de vida aos indivíduos ao possibilitar gerenciar problemas complexos a partir da perspectiva de um grupo social, além de fornecer elementos para a implantação ou aprimoramento de serviços de enfermagem (SILVA; CAMARGO; PADILHA, 2011).

Diante do exposto, fica evidente que a TRS é uma possibilidade real de um olhar profundo que permite o entendimento da realidade na perspectiva daquele que vivencia a situação concreta, em suas múltiplas construções, compreensões e interpretações, auxiliando a orientar a avaliação, o planejamento e a análise dos resultados de saúde pelos profissionais.

7 PERCURSO METODOLÓGICO

7.1 Tipo de estudo

Considerando os objetivos definidos neste estudo, a pesquisa é exploratória e descritiva, com uma abordagem qualitativa, fundamentado nos pressupostos da Teoria das Representações Sociais na perspectiva da psicossociologia, aplicando-se a sua vertente processual, assim como os métodos e técnicas desenvolvidos no âmbito da sua abordagem estrutural complementar - Teoria do Núcleo Central das RS (ABRIC, 1994). Utilizou-se ainda como abordagem metodológica a triangulação de coleta e análise de dados.

Consoante Sampieri, Collado e Lucio (2006), estudos exploratórios são executados quando se tem o objetivo de investigar uma temática pouco explorada, da qual se tem muitos questionamentos ou que não tenha sido ainda explanada, permitindo a familiarização com a mesma. Há o entendimento de que esta abordagem seja pertinente ao presente estudo ao considerarmos que, até o momento da realização deste trabalho, foram localizados apenas duas pesquisas com a mesma perspectiva, como já citado na introdução.

Na pesquisa descritiva há possibilidade de conhecer convicções, posturas e crenças de uma população. Os estudos descritivos aferem, qualificam ou coletam dados sobre vários aspectos, dimensões ou elementos do fenômeno a ser estudado, ressaltando-se que: descrever é coletar informações (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2006, p. 101). Considerando a natureza dos dados coletados nesta investigação, acredita-se que esta abordagem descritiva reveste-se de adequação, pois possibilitou o conhecimento de como se manifesta o fenômeno que, neste estudo, são as representações sociais do pé diabético para as pessoas com DM.

Para a execução deste trabalho, utilizou-se uma abordagem qualitativa. O método qualitativo caracteriza-se como aquele que permite uma análise mais aprofundada do objeto de estudo. Malhotra (2011) demonstra que este método tem como características essenciais a utilização de uma amostra normalmente pequena e não-representativa da população, a coleta de dados realizada de forma não-estruturada e a análise de dados feita por meio de textos, falas, ou seja, não-estatística.

Consoante Yin (2016), a técnica qualitativa é própria para descrever a complexidade e a interação das variáveis de determinado problema, além de compreender os processos dinâmicos vividos por grupos sociais e possibilitar, em maior nível de profundidade, o entendimento desses processos. Tais funções justificam o uso desta abordagem no presente trabalho.

Optou-se ainda pela abordagem metodológica da triangulação por esta ideia estar

fundamentada no princípio de validação dos resultados por articular distintos métodos, com o intuito de examinar a precisão e a estabilidade das observações. A triangulação se propõe a atribuir aos procedimentos qualitativos não só a validade, mas também o rigor, a amplitude e a profundidade (APOSTOLIDIS, 2006).

A representação social é um tipo de conhecimento, socialmente concebido e compartilhado com um objetivo prático e que auxilia para a concepção de uma realidade comum a um grupo social. A representação social está relacionada ao saber oriundo do senso comum, considerado por alguns como conhecimento inocente, distinguindo-se do saber científico. Esta distinção, entretanto, não anula a legitimidade daquele, devido à sua relevância na vida social enquanto esclarecedor de processos cognitivos e interações sociais, além de auxiliar nos processos de formação de condutas e de orientação das comunicações sociais (MOSCOVICI, 2015).

Ainda consoante Moscovici (2015), as representações sociais têm o objetivo de tornar familiar algo que não é familiar, representando socialmente todos os objetos e situações das conversações cotidianas, de forma que sejam acessíveis a todos, portanto, comunicáveis.

Assim, acredita-se que a adoção da teoria das representações sociais como referencial teórico proporcionará o entendimento por parte da equipe de saúde sobre o significado do pé diabético para as pessoas com DM.

7.2 Cenário do estudo

O cenário de investigação foi o ambulatório de endocrinologia e diabetes e as enfermarias onde se encontram os pacientes internados com pé diabético do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA), assim como o Centro de Especialidades Médicas e Diagnóstico Pam Diamante, ambos localizados no município de São Luís – MA.

O HUUFMA é um órgão da Administração Pública Federal que tem por propósito reunir assistência, ensino, pesquisa e extensão na área de saúde e afins. Trata-se de instituição pública que possui estrutura tanto física, quanto recursos tecnológicos e recursos humanos de excelência, constituindo-se em referência no Estado do Maranhão e por integrar à estrutura orgânica do SUS.

Conforme o Sistema de Informações Gerenciais do Ambulatório do HUUFMA, o ambulatório de endocrinologia e diabetes, no ano de 2018, teve uma média mensal de 1.600 atendimentos e tem uma média anual de 20.650 atendimentos. O referido ambulatório possui

dez consultórios e uma agenda aberta ao público de pacientes com diabetes que funciona de segunda a sexta-feira, tanto no período da manhã quanto no período da tarde. A equipe é composta por: quatro enfermeiras, seis técnicas de enfermagem, nove médicos endocrinologistas (além dos médicos residentes que também atendem paralelamente), um médico vascular, um psicólogo, um nutricionista e um assistente social. Neste local, além do acompanhamento clínico do paciente, também existe o serviço de dispensação de insulina para os pacientes cadastrados no programa.

O Centro de Especialidades Médicas e Diagnóstico Pam Diamante funciona como centro de referência estadual em diabetes e hipertensão. A unidade de saúde oferece 13 especialidades médicas: cardiologia, endocrinologia, otorrinolaringologia, gastroenterologia, reumatologia, angiologia, dermatologia, proctologia, urologia, nefrologia, neurologia, mastologia e cirurgia vascular. Disponibiliza ainda mais de vinte exames específicos de imagem e exames laboratoriais para os usuários do sistema público de saúde. Em 2019, apenas no mês de fevereiro, o Pam Diamante realizou 494.528 atendimentos, incluindo procedimentos, exames e consultas.

Para o público específico de diabéticos, há consulta nas seguintes áreas: clínica médica, dermatologia para pé diabético, endocrinologia tanto para adultos quanto para crianças diabéticas, nutrição, oftalmologia, psicologia e realização de curativos de pé diabético. Em média, são realizados 2.973 atendimentos de pessoas com DM por mês.

O serviço de realização de curativos de pé diabético no Pam Diamante tornou-se referência para a cidade de São Luís-MA e cidades circunvizinhas, recebendo pacientes vindos, inclusive, do interior do Estado. A equipe atuante do referido setor é composta por três enfermeiros e por três técnicos de enfermagem em cada turno de trabalho. Os atendimentos são realizados de segunda a sexta-feira, no horário comercial. Para se ter a ideia da capacidade de atendimentos efetivados, no mês de fevereiro de 2019 foram realizados 1.447 procedimentos em pacientes com pé diabético, incluindo curativos com desbridamento.

7.3 Participantes do estudo

O grupo estudado foi composto por 100 participantes, selecionados por meio de amostragem não probabilística por conveniência, levando-se em consideração a disponibilidade para participar e a presença no local no momento da coleta de dados e que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ter diagnóstico de diabetes mellitus, há mais de cinco anos, com pé diabético; ter idade igual ou superior a 18 anos; realizar acompanhamento de saúde em

serviço especializado vinculado ao HUUFMA, podendo ser tanto ambulatorial quanto sob regime de internação, e/ou no Pam Diamante; e ter condições psicológicas e de comunicação para responder as perguntas norteadoras deste estudo. A avaliação da função cognitiva do participante foi realizada por meio do mini exame do estado mental (ANEXO C) por ser um teste de rastreamento, de fácil aplicação e por dispensar conhecimento especializado, além de ser validado e adaptado para a população brasileira (BERTOLUCCI et al., 1994).

Vale ressaltar que a determinação do tempo de diagnóstico de 5 anos deve-se ao fato do conhecimento de que, na experimentação da convivência, é que são engendrados os significados. Assim, os participantes que possuem um maior tempo de diagnóstico podem contribuir de modo mais amplo com a proposta do estudo (SÁ, 2015).

Foram excluídos do estudo: os portadores de pé diabético que possuíam parte ou totalidade de um dos membros inferiores amputados ou que apresentavam instabilidade clínica no momento da abordagem para coleta de dados. Optou-se por incluir na amostra apenas pessoas com pé diabético sem amputação para se conhecer as representações sociais a partir da perspectiva de quem tem uma comorbidade com alto potencial de perda do membro inferior, qual o significado disso para essas pessoas e por acreditar que, a partir dessa informação, talvez seja possível elaborar abordagens educativas inovadoras voltadas para evitar complicação tão devastadora (amputação). Além disso, decidiu-se explorar a temática com as pessoas que ainda não experimentaram o processo de amputação, uma vez que os estudos qualitativos identificados na literatura não fizeram esta diferenciação.

Durante o recrutamento dos participantes, foram abordados 110 pessoas, entretanto, 10 foram excluídos por apresentarem parte de um dos membros inferiores amputados, especialmente amputação de um ou mais pododáctilos ou amputações de meio-pé.

Nos atendimentos ambulatoriais, inicialmente, a pesquisadora se integrava aos participantes na sala de espera, interagindo e buscando compreender a dinâmica dos atendimentos para àqueles indivíduos e socializando com os mesmos, participando de conversas triviais, objetivando uma aproximação. Essa maneira de agir é aconselhada quando se utiliza como referencial teórico as RS, pois se trata de tática válida e imprescindível, um envolvimento progressivo com o grupo em que se intenciona desenvolver o estudo, com a finalidade de se familiarizar com os participantes.

Posteriormente, a pesquisadora se apresentava, fornecendo as suas credenciais, explanando os objetivos da pesquisa e convidando a pessoa para participar do estudo. Na condição de aceitação, a entrevista foi realizada em ambiente privativo no próprio local de abordagem. Quando internados, a entrevista era realizada no próprio leito do paciente. Nos

atendimentos ambulatoriais, a entrevista era realizada em uma sala reservada, disponibilizada pelo serviço.

O recrutamento de novos participantes para realização da entrevista semi-estruturada foi interrompido por saturação teórica ao se constatar que elementos novos para subsidiar ou aprofundar o estudo não eram mais apreendidos a partir das entrevistas e observações da pesquisadora. Com o intuito de manter uma atitude ética e de transparência quanto aos critérios de amostragem e evidenciar o rigor científico adotado pela pesquisadora, utilizou-se a técnica de modo sistematizado, conforme propõe Fontanella et al. (2011) e Falqueto e Farias (2016), de forma que seja possível compreender de que modo foi constatada a saturação teórica.

Para o emprego da técnica, a coleta e análise de dados ocorreram concomitantemente, permitindo a pesquisadora a distinguir quais elementos apareceram e quais foram replicados. Fontanella et al. (2011) propõem oito passos procedimentais para constatar a saturação dos dados. Para efetivar o passo 1, os registros das falas foram disponibilizados e transcritos, atentando-se para elementos de entonação e particularidades fônicas. No passo 2, o conteúdo das entrevistas foi explorado à medida que foram sendo realizadas. No passo 3, os temas e os enunciados identificados foram compilados por meio do manejo dos trechos após a identificação dos parágrafos das transcrições. No passo 4, os temas foram reunidos para cada categoria, fazendo constar os trechos das entrevistas pertinentes que os exemplificam. Para execução do passo 5, os dados foram codificados. No passo 6, os temas foram alocados em uma tabela que permitiu a visualização dos elementos analíticos trabalhados. No passo 7, foi constatada a saturação teórica para cada pré-categoria ou formação de nova categoria. E, finalmente, no passo 8, foi possível visualizar o ponto no qual nenhuma nova informação foi identificada e considerada relevante para a teorização.

Identificou-se que na entrevista de número 13, todas as categorias e subcategorias estavam saturadas, não aparecendo elementos novos na investigação. Assim, ainda seguindo o preconizado pela técnica, a pesquisadora optou por realizar mais três entrevistas com o intuito de confirmar o ponto de saturação, conferindo confiabilidade ao método empregado.

7.4 Instrumentos e técnicas de coleta de dados

A coleta de dados ocorreu durante o período de janeiro a abril de 2019 e utilizou-se um instrumento que contém uma questão para aplicação de teste de associação livre de palavras (TALP) (APÊNDICE A). Na sequência, foi realizada a entrevista semi-estruturada, com questões orientadoras embasadas no referencial teórico das RS e que permitiram a discussão de

conteúdos culturais internalizados e experiências relacionadas à vivência com a comorbidade, as quais possibilitaram o acesso aos processos de construção do pensamento sobre o pé diabético. (APÊNDICE A). Para execução das duas primeiras etapas foi solicitada a permissão para serem audiogravadas. Por fim, foi utilizado o roteiro para caracterização do perfil sociodemográfico e clínico do paciente (APÊNDICE B). Vale ressaltar que o TALP, a entrevista e o roteiro foram aplicados aos primeiros 16 participantes e, após constatação da saturação dos dados, deu-se sequência a aplicação apenas do TALP e do roteiro até o centésimo participante.

A aplicação de uma abordagem multimétodo para coleta dos dados torna-se significativa por possibilitar o acesso de ampla amostra, distintas interações da pessoa com o seu meio ambiente, assim como a análise conjunta, que permite observar e comparar os significados atribuídos conscientemente às suas comunicações, como forma de interrogar até que ponto a formação do pensamento inconsciente encontra-se relacionada com a elaboração do pensamento cognitivo (COUTINHO, 2001).

A TALP é amplamente utilizada em estudos que tem como suporte teórico a TRS, pois possibilita a evidência de elementos semânticos de determinado grupo, mediante evocações a partir de estímulos indutores, possibilitando conhecer a estrutura representacional. Configura-se em técnica projetiva que traz à consciência aspectos inconscientes através de manifestações de condutas de evocações (NÓBREGA; COUTINHO, 2003). Neste estudo, a TALP foi aplicada no início da coleta dos dados com o intuito de evitar que as etapas seguintes eliminem a espontaneidade das respostas. Utilizou-se como frase indutora a seguinte expressão: “Diga quatro palavras que vêm à sua cabeça quando você ouve falar em pé diabético”. As respostas foram audiogravadas e, após, foi solicitado ao participante que indicasse qual dos termos mencionados era o mais importante para si.

Para que a compreensão da técnica pelo participante fosse garantida, foi realizado um treinamento prévio, utilizando um estímulo indutor não relacionado ao objeto de estudo, como “religião” ou “futebol”, por exemplo. Após verificado que houve entendimento acerca da técnica, a coleta de dados foi iniciada.

A literatura aponta que este teste se mostra como um instrumento de aplicação rápida, de fácil compreensão e operacionalidade no manuseio. Ainda sobre esta técnica, estudiosos apontam que, quanto mais numeroso o grupo de participantes, maior estabilidade é conferida aos resultados. Assim, optou-se por aplicar a TALP com 100 participantes com o intuito de se aproximar mais da realidade observada na população de que foi extraída (NÓBREGA; COUTINHO, 2003; WACHELKE; WOLTER, 2011).

Os dados da pesquisa foram captados também por meio de entrevistas individuais e semi-estruturada que se caracteriza por um roteiro preliminar de questionamentos, mas que possibilita a flexibilização das questões a partir das narrativas dos participantes, permitindo que os entrevistados sintam-se à vontade para desenvolver sua fala em qualquer direção que considerem a mais apropriada, o que será fundamental para uma exploração mais abrangente da questão pesquisada (YIN, 2016).

Lakatos e Marconi (2008, 2017) e Gil (2008) observam que o uso de gravador é ideal para entrevistas individuais. Deste modo, as entrevistas e a aplicação do TALP foram gravadas em áudio, com as impressões da pesquisadora registradas em um diário de campo imediatamente após as entrevistas, com o intuito de garantir maior fidelidade e veracidade das observações e não romper a relação pesquisador/participante, como sugerem Cervo e Bervian (2007). Estes registros eram compostos por notas descritivas de campo, abordando aspectos singulares ou recomendações a serem consideradas nas entrevistas seguintes. Posteriormente, as entrevistas foram escutadas e transcritas na íntegra, preferencialmente no mesmo dia da realização das entrevistas.

Realizou-se um teste piloto com o intuito de analisar se as questões da entrevista tinham a potencialidade de gerar narrativas em torno de um objetivo principal e verificar a confiabilidade e adequação do método aos objetivos do estudo. O pré-teste foi realizado sob as mesmas circunstâncias da pesquisa e com 12 pacientes que não fizeram parte da amostra final e mostrou a confiabilidade e operacionalidade do instrumento. Esse momento no qual a pesquisadora testou a metodologia da pesquisa colaborou com a construção do eu-pesquisador imerso em um contexto social em que estava em jogo relações de alteridade, auxiliando-a a aprimorar a forma como realizar alguns questionamentos em busca de uma fala mais espontânea e profunda (LEUNG, 2015).

7.5 Procedimento de análise dos dados

A análise dos dados teve como referencial teórico a TRS, pois acredita-se que esta teoria auxilia na compreensão do significado elaborado sobre a condição *pé diabético* pelos indivíduos diabéticos e se deu da seguinte forma:

7.5.1 Caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes

Embora não seja propósito desse estudo, considerou-se importante apresentar algumas

características sociodemográficas e clínicas dos indivíduos que poderão subsidiar em alguns momentos a compreensão das discussões. Assim, o perfil dos participantes pesquisados foi constituído pelas variáveis sociodemográficas e clínica contidas no roteiro de características sociodemográficas e clínicas.

As variáveis foram as seguintes: idade, sexo, escolaridade, estado civil, local de moradia, religião, tipo de diabetes, tempo de doença, tempo do diagnóstico do pé diabético, tipo de tratamento, doenças associadas ou complicações e internamentos pelo pé diabético.

7.5.2 Teste de Associação Livre de Palavras (TALP)

Os dados originados da TALP foram processados no *software openEVOC 0.85*. Este programa fornece suporte ao processo de pesquisa em RS e, dentre as suas inúmeras funcionalidades, dá origem a dados numéricos de ordem média de evocação e frequência média de evocação de modo alinhado com a teoria do núcleo central das RS.

Para determinar a frequência de evocação, o *openEVOC 0.85* realiza o somatório das frequências em que o termo foi evocado em cada posição. A ordem média é alcançada pela ponderação, utilizando-se peso 1 à evocação feita em primeiro lugar, peso 2 à evocação feita em segundo lugar e assim por diante. A ordem de evocação é calculada através deste produto ponderado dividido pelo somatório da frequência da palavra nas diferentes posições. A ordem média de evocação é obtida pela média aritmética da ordem de evocação de cada palavra. A partir da obtenção da frequência média e da ordem média de evocação, os resultados são plotados em um diagrama de quatro quadrantes, nos quais, de maneira similar ao sistema cartesiano, o eixo horizontal expõe a ordem média de evocações e o eixo vertical exibe a frequência de evocação. O quadrante superior esquerdo, composto pelos termos mais recorrentemente evocados e de menor ordem média indicará o provável núcleo central, enquanto que o quadrante inferior direito, composto pelos termos menos evocados e de maior ordem média, indicará o provável sistema periférico (ENCONTRO REGIONAL DA ABRAPSO, 2012).

7.5.3 Entrevista semi-estruturada sobre pé diabético

A análise e interpretação dos dados oriundos da entrevista semi-estruturada foram realizadas por meio da técnica de análise de conteúdo temático. Este método pode ser definido como uma técnica de investigação que pretende interpretar as comunicações, por meio da

descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo presente nas conversas (BARDIN, 2016). Bauer e Gaskell (2017) sustentam que a análise de conteúdo é utilizada para produzir inferências de um texto focal para seu contexto social de maneira objetivada. Richardson (2017) confirma tais definições, ao aduzir que a análise de conteúdo é uma técnica de pesquisa que descreve objetiva e sistematicamente o conteúdo que surge no âmbito das entrevistas, com a finalidade de ser interpretado.

Acrescenta-se ainda que, na abordagem temática, as entrevistas transcritas são recortadas a partir de uma grade de categorias, projetada sobre os conteúdos, considerando a frequência do aparecimento dos temas considerados, dados segmentáveis e comparáveis (BARDIN, 2016).

A análise dos dados da entrevista realizada pela análise temática seguiu os pressupostos teóricos descritos por Bardin (2016). A técnica de análise de conteúdo, segundo Bardin (2016, p. 44), é definida como:

um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Para proceder a análise de conteúdo, foram cumpridas as seguintes etapas: a) leitura flutuante e constituição do corpus; b) preparação do material – seleção das unidades de análise; recorte, classificação e codificação; c) categorização; d) descrição das categorias, a partir do seguinte plano de análise estruturado e, a seguir, detalhado (BARDIN, 2016).

a) Leitura flutuante e constituição do corpus

O corpus foi constituído pelos testes de associação livre de palavras e pelas entrevistas. Após transcrição na íntegra das entrevistas, foi realizada a leitura flutuante, seguida por leitura exaustiva e foram definidas as categorias emergentes (empíricas). No tocante ao teste de associação livre de palavras, com o intuito de se apreender a estrutura representacional do pé diabético, foi criada uma listagem ou dicionário de termos evocados a partir do estímulo indutor a que foi exposto o grupo estudado. A partir da exploração do material, seguindo o critério de categorização por agregação semântica, realizou-se a junção de termos por similaridade.

b) Preparação do material

- **Seleção das Unidades de Análise:** Utilizou-se as unidades de contexto correspondendo às entrevistas transcritas, tendo como critério de recortes (unidades de registro) as frases ou palavras, de acordo com critério semântico. Vala e Monteiro (2001) afirmam que a unidade de contexto engloba os segmentos maiores do conteúdo, ou seja, corresponde aos temas maiores das entrevistas. Posteriormente, os temas emergentes das entrevistas foram decompostos em unidades temáticas, em temas mais simples.

- **Recorte, classificação e codificação:** após decomposição das falas dos participantes do estudo, realizou-se a codificação dos temas, a partir de inventário do conteúdo manifesto, agrupando-os em categorias simbólicas e subcategorias, a partir dos objetivos propostos para posterior procedimento de inferência e interpretações.

c) Categorização

Segundo Bardin (2016), “é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, em seguida, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos” (BARDIN, 2016, p. 147). O critério utilizado neste estudo foi o semântico, agregando na mesma categoria, a partir do inventário de conteúdos, as unidades de registro semanticamente análogas. Tais conteúdos foram separados em categorias e subcategorias com o objetivo de tornar claro o objeto de estudo. Tendo em vista que, neste momento, foi testada a abordagem para melhor apreensão das informações, foram elaboradas propostas de categorização, até alcançar o que foi entendido como adequado à elucidação do tema proposto.

d) Descrição das categorias

Após agregação semântica das evocações no TALP e de temas das entrevistas, o corpus foi agrupado em categorias e subcategorias para serem posteriormente discutidas.

Assim, nota-se que a análise de conteúdo é uma técnica que trabalha com a palavra contida no texto, permitindo, de forma prática e objetiva, a produção de inferências do conteúdo da comunicação replicável ao seu contexto social (BARDIN, 2016).

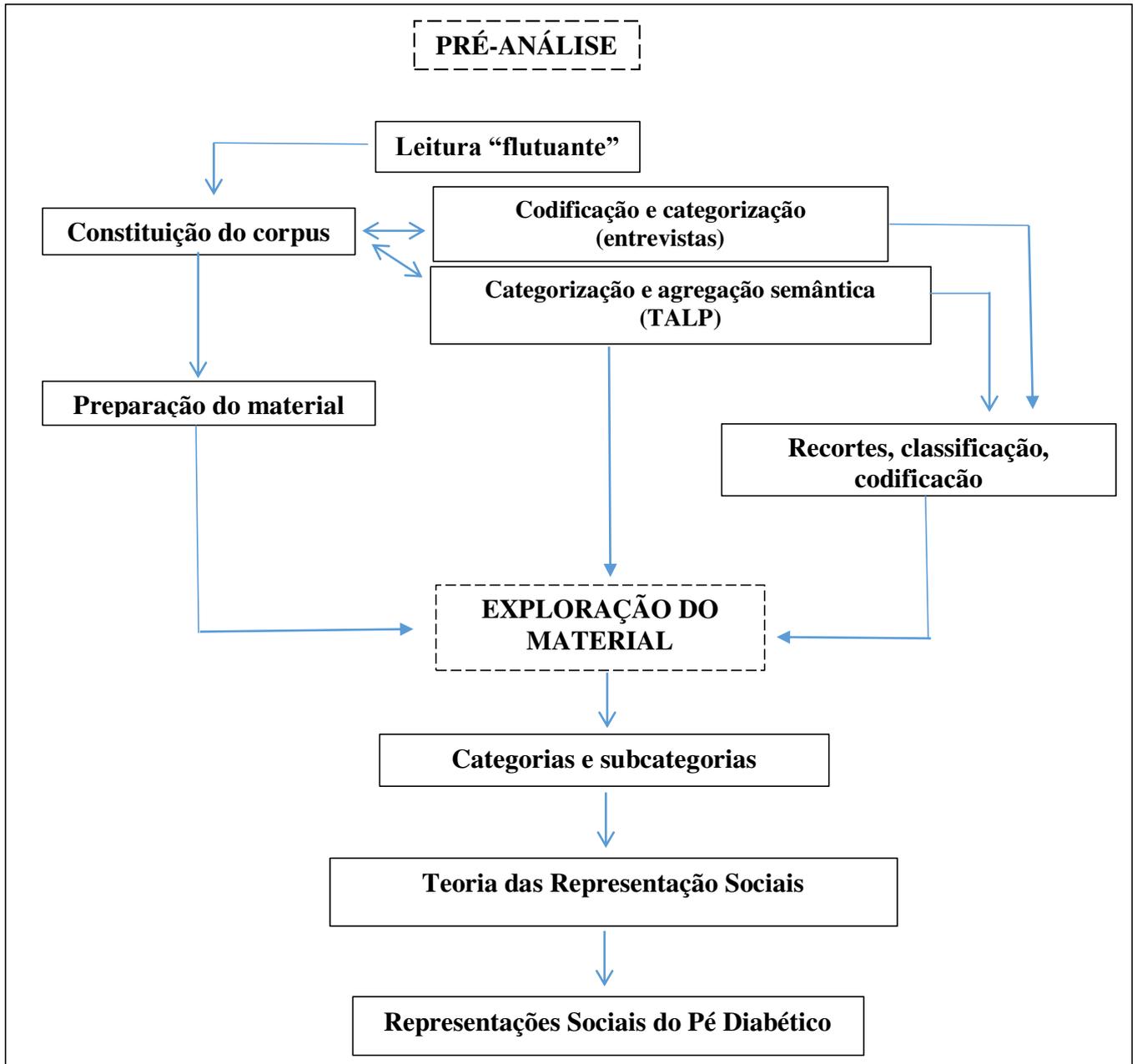


Figura 2. Plano de análise (adaptado de Bardin, 2016)

Com o intuito de assegurar a qualidade do processo de categorização, utilizou-se como suporte para análise dos dados o *software Web Qualitative Data Analysis (WebQDA)* versão 3.0, cujo funcionamento se dá *online*, em tempo real, possibilitando um trabalho individual ou em um ambiente colaborativo e que disponibiliza ferramentas interativas e de compartilhamento de tarefas, tornando possível que outros pesquisadores auxiliem no processo de definição de categorias codificadas, bem como os seus conteúdos. No WebQDA, o pesquisador realiza o processo de codificação e de categorização simultaneamente, conseguindo editar, visualizar, interligar e organizar todo seu material. Especificamente neste estudo, a codificação foi realizada com hierarquização por Códigos Árvore, sendo possível,

assim, a criação de uma categoria analítica e suas subcategorias.

7.6 Aspectos éticos e legais do estudo

Considerando as questões éticas que envolvem os seres humanos, assegurou-se que os direitos dos participantes fossem protegidos, tendo como base a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. Em primeiro plano, a pesquisa foi aprovada pela Comissão Científica – COMIC – HUUFMA para coleta de dados no âmbito do hospital universitário – UFMA (ANEXO A), e pela Coordenação de Estágio e Pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão para coleta de dados no âmbito do Centro de Especialidades Médicas e Diagnóstico Pam Diamante (ANEXO B) e, posteriormente, pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres Humanos do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HU/UFMA (ANEXO C) sob o parecer **CAAE: 98556918.7.0000.5086**. A coleta de dados iniciou-se apenas após esta aprovação.

A pesquisadora não teve quaisquer tipos de contato prévio com os participantes. Ao convidarmos os indivíduos para compor a amostra do estudo, a pesquisadora esclareceu quanto à natureza da investigação, ao objetivo, à justificativa, sendo fornecidas as informações essenciais ao entendimento do mesmo, assim como os riscos inerentes a pesquisa.

Ainda obedecendo os preceitos éticos e legais da Resolução nº 466/12 foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C), solicitada a assinatura do participante e o TCLE foi disponibilizado em duas vias de igual teor, ficando uma com o participante e a outra com a pesquisadora, para validar o consentimento, sendo assegurado o respeito, o sigilo, o anonimato e a liberdade de participação, esclarecendo que a pessoa pode ausentar-se em qualquer momento da pesquisa, sem quaisquer prejuízos.

Objetivando preservar o anonimato dos participantes e atender aos requisitos éticos que regem esta pesquisa, depois de transcritas as entrevistas, os arquivos digitais foram arquivados sob a responsabilidade da pesquisadora e os demais instrumentos aplicados estão mantidos em armário fechado com chave, na Universidade Federal do Maranhão, em São Luís (Departamento de Enfermagem) e permanecerão armazenados pelo tempo de 5 anos, podendo ser requisitados formalmente por instituições de interesse científico. Ainda com o intuito de garantir o anonimato dos participantes, optou-se por utilizar nomes fictícios relacionados a reis e rainhas.

8 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão desta dissertação serão apresentados a seguir, em formato de artigo científico, de acordo com as normas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão.

8.1 Artigo

VIVENCIANDO O PÉ DIABÉTICO: UM ESTUDO SOBRE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DAS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS

RESUMO

Metas e objetivos: Compreender as representações sociais (RS) do pé diabético para pessoas com diabetes mellitus.

Antecedentes: O pé diabético é uma das complicações mais devastadoras do diabetes mellitus e constitui um relevante problema de saúde pública. Conhecer as RS elaboradas pelos indivíduos pode auxiliar a identificar significados, crenças e comportamentos, bem como facilitar o planejamento de cuidados mais personalizados e humanizados, contribuindo para o autogerenciamento e controle da comorbidade.

Desenho: Pesquisa qualitativa fundamentada na Teoria das Representações Sociais (TRS).

Métodos: Cem participantes com pé diabético atendidos em serviços de saúde de referência. A coleta dos dados ocorreu por meio de entrevistas pessoais semiestruturadas com questões norteadoras embasadas na TRS, técnica de associação livre de palavras e roteiro para caracterização do perfil sociodemográfico e clínico. A análise estrutural empregou o software openEVOC e análise temática de conteúdo teve suporte do software WebQDA para categorização. A lista de verificação do COREQ foi seguida.

Resultados: Três temas e quatro subcategorias relacionados às RS sobre a comorbidade emergiram, destacando a pessoa que experimenta o pé diabético enquanto ator social. A RS do pé diabético está ancorada numa vivência cotidiana penosa e objetivada em imagens relacionadas à perda funcional, à dependência de terceiros e à dificuldade de realizar atividades antes habituais.

Conclusões: A vivência com essa comorbidade é representada pelos participantes de modo multidimensional, expressando a apropriação do conhecimento do universo reificado e do que é socioculturalmente partilhado, influenciando no pensar e agir, além de evidenciar a carga emocionalmente negativa que envolve essa condição.

Relevância para a prática clínica: Ao conhecer as RS do pé diabético, profissionais de saúde podem implementar abordagens educativas e assistenciais inovadoras condizentes com as percepções e expectativas dos indivíduos, alinhando-as às recomendações para manejo do pé diabético.

Descritores: Pé diabético; Cuidados de Enfermagem; Enfermagem; Psicologia social; Diabetes Mellitus.

Descriptors: Diabetic Foot; Nursing Care; Nursing; Psychology, Social; Diabetes Mellitus.

Em que este artigo contribui para a comunidade clínica global mais ampla?

- Fornece conhecimento sobre como as representações sociais orientam os comportamentos das pessoas, possibilitando a equipe de saúde auxiliá-las no autogerenciamento, fazendo que haja tomada de decisão mais consciente, escolhas comportamentais saudáveis e consequente melhoria da qualidade de vida.
- Fornece evidências para promoção de enfoques inovadores em relação às intervenções assistenciais e educativas, fundamentais para o gerenciamento do pé diabético, por meio de condutas mais humanizadas e personalizadas, levando em consideração a multidimensionalidade humana, contribuindo para uma aproximação ao contexto da pessoa com diabetes.
- Traz a compreensão do pé diabético fora do modelo biomédico, valorizando aspectos sociais e subjetivos, como significados, valores, elementos afetivos e de comunicação.

1 | INTRODUÇÃO

O termo genérico “pé diabético” refere-se à variedade de condições patológicas associadas a anormalidades neurológicas e vários graus de doença vascular periférica no membro inferior que podem afetar os pés de pacientes com diabetes (Alexiadou & Doupis, 2012; Boulton, 2016; International Consensus on the Diabetic Foot, 2001).

Para viver e lidar com uma condição crônica como o diabetes mellitus (DM) e suas complicações, é necessário ter conhecimento sobre a natureza da doença e habilidade específica para o autocuidado, o que requer uma educação efetiva. Nesse contexto, é condição essencial uma abordagem mais ampla do processo saúde-doença, voltada para o ser humano que englobe os conhecimentos adquiridos nas esferas histórica, socioeconômica e política, possibilitando uma visão mais integral da complexidade desse processo (Beattie, Campbell, & Vedhara, 2014).

Considera-se importante ainda a aproximação ao conceito de salutogênese, no qual

valoriza-se o enfoque nos fatores que promovem saúde e bem-estar em detrimento do enfoque nos elementos que geram doenças. A abordagem salutogênica contempla a interação entre indivíduo, comunidade e ambiente, destacando a importância do reconhecimento e utilização de recursos internos e externos à pessoa que auxiliem na promoção da saúde (Galletta et al., 2019). A teoria salutogênica tem como ponto central o conceito de senso de coerência, que se refere à disposição do indivíduo para ser mais resiliente aos fatores estressores do dia a dia, melhorando sua condição de saúde (Galletta et al., 2019; Marçal, Heidemann, Fernandes, Rumor, & Oliveira, 2018). De acordo com o modelo salutogênico, a pessoa com senso de coerência mais elevado tem melhores ferramentas para compreender, gerenciar e atribuir significado a sua vida, com melhor capacidade para manter e melhorar sua condição de saúde e bem-estar, e sente-se mais motivada para tomar decisões conscientes e fazer escolhas comportamentais saudáveis, mesmo enfrentando adversidades no âmbito da saúde, pois entende que seus esforços valem a pena, uma vez que os desafios têm significado/sentido (Mittelmark et al., 2017).

Há evidências do enorme impacto do comportamento das pessoas sobre sua saúde e esse tem se tornado fator essencial, contribuindo de modo importante para a incidência de doenças caracterizadas por condições crônico-degenerativas. Nota-se que há uma exigência para que os profissionais de saúde considerem as demandas psicossociais dos pacientes com pé diabético e desenvolvam ações alinhadas a essas necessidades, com vistas à prevenção e promoção da saúde. Tais intervenções devem fazer que os indivíduos desenvolvam respostas emocionais e comportamentais mais adaptativas ao manejo de seus pés (Beattie et al., 2014; Huang, Zhao, Li, & Jiang, 2014).

Nisso consiste a importância deste estudo, pois possibilitará apreender as representações sociais (RS) do pé diabético para as pessoas com DM e entender seus conhecimentos elaborados, atitudes, significados e valores, assim como compreender os sentimentos em relação a suas ações voltadas aos seus pés. Tal investigação encontra-se em harmonia com a evolução da ciência diante da perspectiva de melhor entender as motivações e dificuldades do indivíduo em relação ao pé diabético, que o levam, por vezes, ao descuido com sua condição, e poderá propiciar mudanças no programa de tratamento e de cuidados desses atores sociais durante o acometimento dessa complicação em suas vidas, auxiliando-os em seu autogerenciamento e melhorando sua qualidade de vida. Além disso, a pesquisa auxiliará também na compreensão do pé diabético fora do modelo biomédico, uma vez que retirará do foco da biologia e da fisiopatologia para enfatizar aspectos sociais e subjetivos, como significados, valores, elementos afetivos e de comunicação.

2 | ANTECEDENTES

O DM é um relevante problema de saúde pública, tanto nos países desenvolvidos como nos em desenvolvimento, devido a sua alta prevalência e ao aumento progressivo de sua incidência ao longo dos últimos anos. A doença tem se tornado um risco global crescente em razão do crescimento e do envelhecimento populacional, da maior urbanização e da epidemia de obesidade e sedentarismo, assim como da maior sobrevida das pessoas com essa enfermidade silenciosa (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2016).

Uma das questões mais preocupantes relacionadas ao DM é a alta prevalência e o impacto das suas complicações, com destaque para a neuropatia periférica popularmente conhecida como pé diabético, que afeta sobremaneira a vida da pessoa, tanto na esfera individual como na familiar e comunitária. O pé diabético é considerado uma complicação devastadora por estar intimamente associado à mutilação e à incapacidade funcional. (Chastain; Klopfenstein; Serezani; Aronoff, 2019).

Sobre o impacto populacional, identificou-se a partir de uma revisão sistemática com metanálise em grande escala que a prevalência global de pé diabético foi de 6,3% (Zhang et al., 2017). Tão problemático quanto esse dado é a estimativa de que 25% dos diabéticos que vivem em países em desenvolvimento apresentem, ao longo da vida, uma lesão no pé, cujo prognóstico é influenciado pela doença vascular e pela infecção, ambas associadas em mais de 50% das amputações de membros inferiores (Namgoong et al., 2016; Seguel, 2013).

Estudo prévio mostrou que o indicador de qualidade de vida relacionada à saúde é marcadamente ruim em pacientes diabéticos, assinalando que o pé diabético faz com que as pessoas experimentem severas restrições na vida diária. Destaca-se o isolamento social como consequência da mobilidade reduzida, exigência do tratamento clínico frequente e cuidado constante, com impacto na percepção de sentimentos negativos e estreita relação com níveis mais altos de depressão e pior adaptação psicossocial à doença (Sothornwit, Srisawasdi, Suwannakin, & Sriwijitkamol, 2018).

Na prática cotidiana, observam-se comportamentos que não cooperam para a prevenção do pé diabético, levando-nos a questionar como poderiam ser desenvolvidas ações educativas fundamentadas na realidade concreta das pessoas com essa complicação que as instigassem a refletir sobre sua real condição de saúde, com consequente mudança de atitude e tomada de decisões conscientes sobre seus cuidados, diminuindo os índices de complicações e amputações. Tem-se a impressão de que falta entendimento, por parte dos profissionais de saúde, do significado que essa condição crônica tem para esses indivíduos, de como eles veem sua doença e como se cuidam diuturnamente (Coelho, Silva, & Padilha, 2009).

A experiência do cuidado ao paciente diabético tem destacado que a representação acerca da prevenção e tratamento do pé diabético está diretamente interligada à possibilidade de influenciar o processo saúde-doença. Por outro lado, na literatura há grande quantidade de pesquisas que abordam a enfermidade com enfoque biológico e fisiopatológico, mas são escassos estudos a respeito da pessoa que apresenta pé diabético, visto como ator social e suas RS, sugerindo a necessidade de ampliar as investigações sobre a temática com o intuito de compreender melhor o fenômeno (Aliasgharpour & Nayeri, 2012; Coelho et al., 2009; Ghotaslou, Memar, & Alizadeh, 2018; Kurecic et al., 2018; Mantovani et al., 2013; Schoen, Glance, & Thompson, 2015; Sothornwit et al., 2018; Zhang et al., 2017).

2.1 | Referencial teórico

Estudo fundamentado no referencial teórico-metodológico da teoria das representações sociais (TRS) na perspectiva da psicossociologia, uma vez que se propõe a buscar um conhecimento socialmente compartilhado, abordando a interface do que é peculiar ao indivíduo na sua constante inter-relação com o social.

As RS são conteúdos mentais estruturados a partir de um fenômeno social relevante, que se organiza em imagens e é compartilhado com outros membros do grupo social. Elas são orientadas para a comunicação e para a compreensão da realidade social vivenciada, guiando os comportamentos dos indivíduos, explicando e justificando suas condutas (Moscovici, 2015).

De modo geral, as RS têm a finalidade de tornar familiar algo que não é, mediante dois processos sociocognitivos – a ancoragem e a objetificação –, conectando conhecimentos e conceitos novos a valores e ideias prévias e internalizadas na cultura, almejando a construção de um contexto comum a um grupo social e se revelam como elementos cognitivos, imagens, conceitos, categorias e teorias (Moscovici, 2015).

Nesta pesquisa, aplicou-se a vertente processual da teoria, buscando compreender sua origem e seu processo de elaboração, assim como a vertente estrutural complementar, intentando conhecer a estrutura e o núcleo central da RS, com fulcro na teoria do núcleo central das RS, um construto teórico que agrega a teoria original, proposta por J.-C. Abric (1994). O autor fundamentou-se na hipótese de que toda RS se organiza em torno de um núcleo central que confere significado à representação e em torno de um sistema periférico que constitui a interface entre o núcleo central e a realidade concreta (Abric, 1994).

Na área da saúde, o conhecimento sobre as RS tem sido útil para auxiliar no entendimento do processo saúde-doença como um fenômeno psicossocial e do modo como as pessoas constroem, conectam e aplicam conhecimentos na realização dos seus cuidados. Isso auxilia na

promoção de enfoques inovadores em relação às práticas terapêuticas e educativas, tão fundamentais para o gerenciamento de comorbidades como o pé diabético, por meio de condutas mais humanizadas e personalizadas, contribuindo para uma aproximação ao contexto da pessoa com diabetes (Carvalho et al., 2019; Moura, & Shimizu, 2017).

2.2 | Objetivo

O objetivo deste estudo foi compreender as RS do pé diabético para pessoas com DM, identificando os elementos que as constituem.

As questões norteadoras da pesquisa foram:

1. Qual é a RS do pé diabético elaborada pelas pessoas que apresentam essa comorbidade?
2. Quais são os elementos estruturantes que orientam a formação das RS do pé diabético?

3. | MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa, que utilizou também como abordagem metodológica a triangulação de coleta e análise de dados. Embora não seja objetivo do estudo, alguns dados quantitativos sobre os participantes foram utilizados como suporte para subsidiar as discussões, reiterando a visão da TRS de que as ideias, crenças e valores apoiam-se na identidade dos grupos de pertença.

3.1 | Participantes e cenário

A investigação foi realizada no período de fevereiro a maio de 2019 e teve como cenário o ambulatório de endocrinologia e diabetes e as enfermarias de um hospital universitário onde se encontravam os pacientes internados com pé diabético, assim como um centro de especialidades médicas e diagnóstico, ambos localizados numa capital do Nordeste do Brasil. A escolha dos locais para execução do estudo deve-se ao fato de serem serviços de referência para acompanhamento de pacientes com DM.

Participaram da pesquisa 100 pessoas com DM, selecionados por meio de amostragem não probabilística por conveniência, levando-se em consideração a disponibilidade para participar e a presença no local no momento da coleta de dados. Os participantes do estudo atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ter diagnóstico de DM, há mais de cinco anos, com pé diabético; ter idade igual ou superior a 18 anos; e ter condições psicológicas e de comunicação para responder as perguntas norteadoras deste estudo. A avaliação da função

cognitiva do participante foi realizada por meio do miniexame do estado mental, por este ser um teste de rastreamento de fácil aplicação e por dispensar conhecimento especializado, além de ser validado e adaptado para a população brasileira (Bertolucci et al., 1994).

Vale ressaltar que a determinação do tempo de diagnóstico de 5 anos deve-se ao conhecimento de que os significados são engendrados na experimentação da convivência. Assim, participantes com maior tempo de diagnóstico puderam contribuir de modo mais amplo com a proposta do estudo (Sá, 1996).

Foram excluídos do estudo portadores de pé diabético com parte ou a totalidade de um dos membros inferiores amputados ou que apresentavam instabilidade clínica no momento da abordagem para coleta de dados. Optou-se por incluir na amostra apenas pessoas sem amputação para se conhecer as RS a partir da perspectiva de quem tem uma comorbidade com alto potencial de perda do membro inferior, bem como o significado disso para essas pessoas. Ademais, acredita-se que a partir dessa informação talvez seja possível elaborar abordagens assistenciais e educativas inovadoras voltadas para evitar complicação tão devastadora (amputação). Além disso, decidiu-se explorar a temática com as pessoas que ainda não experimentaram o processo de amputação porque os estudos qualitativos identificados na literatura não fizeram essa diferenciação.

Durante o recrutamento dos participantes, foram abordadas 110 pessoas, entretanto, 10 foram excluídas por apresentarem parte de um dos membros inferiores amputados, especialmente amputação de um ou mais pododáctilos ou amputações de meio pé.

Nos atendimentos ambulatoriais, inicialmente, a pesquisadora se integrava aos pacientes na sala de espera, interagindo e buscando compreender a dinâmica dos atendimentos; com isso, buscou-se socializar com eles e participar de conversas triviais, objetivando uma aproximação. Essa maneira de agir é aconselhada quando se utiliza como referencial teórico a TRS, pois é uma tática válida e imprescindível estabelecer um envolvimento progressivo com o grupo com que se intenciona desenvolver o estudo, com a finalidade de se familiarizar com os participantes.

Posteriormente, a pesquisadora se apresentava, fornecendo suas credenciais, explanando os objetivos da pesquisa e convidando a pessoa a participar do estudo. Na condição de aceitação, a coleta de dados era realizada em sala reservada, prezando pela privacidade. Quando internados, era realizada no próprio leito do paciente.

Realizou-se um teste piloto com o intuito de analisar se as questões da entrevista tinham a potencialidade de gerar narrativas em torno de um objetivo principal e verificar a confiabilidade e adequação das questões e do método aos objetivos do estudo. O pré-teste foi

realizado sob as mesmas circunstâncias da pesquisa e com 12 participantes que não fizeram parte da amostra final e mostrou a confiabilidade e operacionalidade do instrumento (Leung, 2015).

3.2 | Coleta de dados

Estudiosos ressaltam a importância de considerar uma abordagem multimetodológica nos estudos que têm como referencial a TRS, devido à complexidade das práticas, atitudes, opiniões e percepções que um grupo social específico elabora sobre um objeto (Abric, 1994; Jodelet, 1994; Sá, 1996). Assim, aplicaram-se três técnicas de coleta dos dados.

Utilizou-se um instrumento que contém uma questão para aplicação de teste de associação livre de palavras (TALP). Na sequência, foi realizada a entrevista semiestruturada, com questões orientadoras embasadas no referencial teórico das RS. As questões da entrevista permitiram a discussão de conteúdos culturais internalizados e experiências relacionadas à vivência com a comorbidade, as quais possibilitaram o acesso aos processos de construção do pensamento sobre o pé diabético. Os participantes foram incentivados a falar espontaneamente, conduzindo a sua fala na direção que julgavam importante, descrevendo experiências, preocupações e percepções. As entrevistas tiveram duração entre 45 e 85 minutos. Para execução das duas primeiras etapas foi solicitada a permissão para serem gravadas em áudio. Por fim, foi utilizado o roteiro para caracterização do perfil sociodemográfico e clínico do participante.

O TALP, a entrevista e o roteiro foram aplicados aos primeiros 16 participantes e, após constatação da saturação dos dados, deu-se sequência a aplicação apenas do TALP e do roteiro até o centésimo participante. Todos os instrumentos de coleta de dados foram aplicados apenas pela primeira autora (enfermeira/ mestre/ pesquisadora/ mulher) que também transcreveu todas as entrevistas integralmente logo após cada abordagem.

A TALP é amplamente utilizada em estudos que têm como suporte teórico a TRS, pois possibilita a evidência de elementos semânticos de determinado grupo, mediante evocações a partir de estímulos indutores, possibilitando conhecer a estrutura representacional. É uma técnica projetiva que traz à consciência aspectos inconscientes através de manifestações de condutas de evocações (Nóbrega, & Coutinho, 2003). A TALP foi aplicada no início da coleta dos dados com o intuito de evitar que as etapas seguintes eliminassem a espontaneidade das respostas. Utilizou-se como frase indutora: “Diga quatro palavras ou imagens que vêm à sua cabeça quando você ouve falar em pé diabético”. Após, foi solicitado ao participante que indicasse qual dos termos mencionados era o mais importante para ele. Para que a compreensão

da técnica pelo participante fosse garantida, houve treinamento prévio, utilizando um estímulo indutor não relacionado ao objeto de estudo. Após verificado que houve entendimento acerca da técnica, a coleta de dados foi iniciada.

Pesquisas apontam que, quanto mais numeroso o grupo de participantes, maior estabilidade é conferida aos resultados. Assim, optou-se por aplicar a TALP para 100 participantes com o intuito de se aproximar mais da realidade observada na população em análise (Nóbrega & Coutinho, 2003; Wachelke & Wolter, 2011).

As impressões da pesquisadora foram registradas em um diário de campo imediatamente após as entrevistas, com o intuito de garantir maior fidelidade e veracidade das observações/reflexões e não romper a relação pesquisador/participante. Esses registros eram compostos por notas descritivas de campo, abordando aspectos singulares ou recomendações a serem consideradas nas entrevistas seguintes.

3.3 | Análise dos dados

Os dados referentes à TALP foram processados no software openEVOC 0.85. Este programa fornece suporte ao processo de pesquisa em RS, dando origem a dados numéricos de ordem média de evocação e frequência média de evocação de modo alinhado com a teoria do núcleo central das RS, permitindo a identificação do sistema central e periférico das RS.

Para a análise dos dados oriundos da entrevista, aplicaram-se recursos das técnicas de análise temática de conteúdo (Bardin, 2016), determinando-se os núcleos de sentido contidos nas narrativas dos participantes. Seguindo as etapas propostas por Bardin (2016), após a transcrição integral do material coletado, realizou-se a pré-análise (com leitura exaustiva das transcrições textuais para identificação dos significados), categorização, tratamento e interpretação dos resultados alcançados, permitindo identificar as representações sociais do pé diabético para as pessoas com diabetes mellitus. As categorias de análise emergiram a partir dos dados empíricos.

As reações emocionais dos participantes durante a entrevista também foram incorporadas nas transcrições e consideraram-se as interações entre o participante e o entrevistador com base nos registros do diário de campo.

O processo analítico ocorreu de modo interativo e incluiu debates sobre os códigos identificados. A análise inicial foi realizada pela primeira autora e confirmada pela segunda autora (enfermeira/ docente/ doutora/ pesquisadora/ mulher) de modo independente até que se chegasse a um consenso. As entrevistas, após transcritas, não retornaram aos participantes para comentários.

Com o intuito de assegurar a qualidade do processo de categorização, utilizou-se como suporte para análise dos dados o software Web Qualitative Data Analysis (WebQDA) versão 3.0, cujo funcionamento se dá on-line, em tempo real. O programa possibilita o trabalho individual ou em um ambiente colaborativo e disponibiliza ferramentas interativas e de compartilhamento de tarefas, tornando possível que outros pesquisadores auxiliem no processo de definição de categorias codificadas, bem como os seus conteúdos. No WebQDA, o pesquisador realiza o processo de codificação e de categorização simultaneamente, conseguindo editar, visualizar, interligar e organizar todo seu material. Especificamente neste estudo, a codificação foi realizada com hierarquização por códigos-árvore, sendo possível, assim, a criação de uma categoria analítica e suas subcategorias. As pesquisadoras nomearam os temas e subtemas com base em seus significados.

O recrutamento de novos participantes para realização da entrevista foi interrompido por saturação teórica dos dados ao se constatar que elementos novos para subsidiar ou aprofundar o estudo não eram mais apreendidos a partir das entrevistas e observações das pesquisadoras. Com o intuito de manter uma atitude ética e de transparência quanto aos critérios de amostragem e evidenciar o rigor científico adotado no estudo, utilizou-se a técnica de modo sistematizado, conforme propõe Fontanella et al. (2011) e Falqueto e Farias (2016), de forma que fosse possível compreender como foi constatada a saturação teórica. Para o emprego da técnica, a coleta e análise de dados provenientes das entrevistas ocorreram concomitantemente, permitindo distinguir quais novos elementos apareceram e quais foram replicados. Na entrevista de número 13, todas as categorias e subcategorias estavam saturadas, não aparecendo elementos novos na investigação. Assim, ainda seguindo o preconizado pela técnica, as pesquisadoras optaram por realizar mais três entrevistas com o intuito de confirmar e validar o ponto de saturação, conferindo confiabilidade ao método empregado.

3.4 | Aspectos éticos

A comissão científica (COMIC) do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão e a Coordenação de Pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão aprovaram o estudo (número de aprovação 23523.016306/2018-11). Em cumprimento à Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão sob o parecer CAAE: 98556918.7.0000.5086. A coleta de dados iniciou-se apenas após esta aprovação.

As autoras não tiveram quaisquer tipos de contato prévio com os participantes. Antes

do início da coleta dos dados, a primeira autora se apresentou, fornecendo informações sobre a sua experiência, status de pesquisadora e sobre o estudo, explicando o objetivo e deixando claro que os participantes poderiam desistir a qualquer momento sem quaisquer prejuízos nos atendimentos que recebiam nas instituições. Todos os participantes receberam informações orais e por escrito sobre o estudo e as pesquisadoras responsáveis. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi assinado por todos os participantes e o anonimato foi garantido, sendo utilizados nomes fictícios relacionados a reis e rainhas. Nos resultados dos relatórios, seguiu-se a lista de verificação do COREQ.

4 | RESULTADOS

Dos 100 participantes da pesquisa, 51% eram do sexo masculino e 49% do sexo feminino, com idade variando de 33 a 92 anos (37% tinham idade entre 60 e 69 anos). No grupo, a média de quantidade de anos de estudo era de 7,9 anos e 62,5% viviam com o cônjuge. O tempo médio de diagnóstico do DM foi de 14 anos: o tipo 1 correspondeu a 6,25%, assim como o diabetes gestacional; e o tipo 2 foi o mais prevalente, com 87,5%. Destaca-se que o grupo de pessoas abordadas com diabetes gestacional corresponde às mulheres que desenvolveram a comorbidade no período da gravidez com persistência da alteração da glicemia após o parto, mas que não se encontravam gestantes no momento da pesquisa.

A partir da constituição do corpus e análise por meio da ancoragem e objetivação dos conteúdos expostos (Moscovici, 2015), emergiram núcleos de sentido que foram descritos em três categorias e quatro subcategorias relacionadas às RS de pessoas com DM sobre o pé diabético: 1. Imagens do pé diabético; 2. Vivenciando o pé diabético, com suas subcategorias 2.1. aspectos cognitivos, 2.2. aspectos psicoafetivos, 2.3. aspectos sociais e 2.4. espiritualidade; e 3. Atitudes sociais frente ao pé diabético.

Vale ressaltar que a categoria 1 (Imagens do pé diabético) origina-se da análise estrutural da associação livre de palavras com a abstração da estrutura ou organização da representação do pé diabético, buscando elucidar o sistema central e periférico. Os demais conjuntos de categorias e subcategorias são provenientes dos dados das entrevistas nas quais foram selecionadas as RS.

4.1 | Imagens do pé diabético

As imagens do pé diabético compõem um conjunto de categoria, e suas respectivas 329 unidades de análise temáticas, que se refere à estrutura organizacional da RS que os participantes conceberam.

Os resultados demonstraram que os participantes elaboraram 381 evocações com 110 expressões ou palavras distintas entre si. Após a emissão das evocações, os participantes sinalizavam a palavra que consideravam mais importante, o que possibilitou conhecer não só os conteúdos da representação, mas também a sua organização ou estrutura (Sá, 1996).

As palavras evocadas uma única vez foram desprezadas no momento da construção dos quadrantes, pois seu percentual foi considerado não significativo (13,65%). Dessa maneira, empregou-se 86,35% do total das palavras emitidas, tornando a análise mais robusta e representativa. Na sequência, realizou-se o cálculo da frequência média de surgimento das evocações, dividindo-se o total das palavras (329) pelo número das palavras distintas entre si (110), obtendo-se a frequência média de 3. Para a obtenção da ordem média de evocação, o software gerou automaticamente o valor de 2,47.

Quadro 1. Análise de evocações referente ao termo indutor “pé diabético” (N = 100). São Luís, Maranhão, Brasil, 2019.

++ Frequência ≥ 3 / Ordem de evocação $< 2,47$	+ - Frequência ≥ 3 / Ordem de evocação $\geq 2,47$
<p>1º Quadrante: Elementos centrais</p> <p>9.01% Cura 1.83</p> <p>3.73% Muito ruim 1.75</p>	<p>2º Quadrante: 1ª periferia</p> <p>12.42% Cuidado 2.1</p> <p>10.25% Amputação 2.33</p> <p>6.83% Medo 2.32</p> <p>4.97% Preocupação 2.13</p> <p>3.73% Incurável 2.17</p> <p>3.42% Diabetes 2.09</p>
- + Frequência < 3 / Ordem de evocação $< 2,47$	- - Frequência < 3 / Ordem de evocação $\geq 2,47$
<p>3º Quadrante: Zona de contraste</p> <p>0.62% Prevenção 1.5</p>	<p>4º Quadrante: 2ª periferia</p> <p>2.8% Demora para cicatrizar 2.33</p> <p>2.8% Ferida 2.33</p> <p>2.8% Curativo 3.11</p> <p>2.8% Dieta 3.44</p> <p>2.48% Tristeza 3</p> <p>1.86% Dificuldades 2.17</p>

	1.86% Dor	3
	1.86% Limitação	3.17
	1.86% Remédio	3.17
	1.55% Pior doença	2.2
	1.55% Complicação	2.6
	1.24% Sofrimento	2
	0.93% Desesperado	2
	0.93% Dependência	2.33
	0.93% Hidratação	2.67
	0.93% Nervoso	2.67
	0.93% Locomoção difícil	3
	0.93% Falta de cuidado	3.33

As 10 expressões mais mencionadas corresponderam a 60,5% do total e foram: cuidado (42), amputação (33), cura (29), medo (24), preocupação (16), incurável (12), muito ruim (12), diabetes (11), demora para cicatrizar (11) e dieta (9). A palavra “cuidado” emergiu dos discursos com o sentido de autocuidado e o seu papel fundamental na prevenção do pé diabético.

De acordo com a abordagem estrutural da TRS, as expressões que aparecem no quadrante superior esquerdo caracterizam o provável núcleo central da representação, uma vez que foram prontamente evocadas (menor ordem média de evocação) e apresentam frequência alta. O núcleo central é a parte mais estável e resistente às mudanças da RS e articula questões históricas, sociológicas e ideológicas, marcadas pela memória coletiva do grupo de pertença e sistema de normas a que se refere (Sá, 2015). Os elementos que constituíram o referido quadrante foram “cura” (com o sentido de desejo/esperança em se recuperar brevemente) e “muito ruim” (como sinônimo de algo penoso), indicando que a hipótese de centralidade da RS do pé diabético encontra-se ancorada em conteúdos subjetivos e valorativos. Nas evocações, a esperança de cura esteve fortemente presente, sendo, por vezes, a única fonte de forças para a pessoa dar continuidade ao tratamento.

O grupo dos participantes do sexo masculino, com DM do tipo 2 e da faixa etária entre 60 e 69 anos possui relação especial com as duas evocações “cura” e “muito ruim”, trazendo uma compreensão de que tais características os levem a perceber mais prontamente o impacto negativo que o pé diabético tem no cotidiano, conduzindo-os a gerar uma narrativa nessa linha de argumentação.

Por outro lado, o sistema periférico consiste no complemento primordial do sistema central, no qual há regulação e adaptação dos elementos centrais às situações reais vivenciadas pelos indivíduos. Na primeira periferia, encontram-se os termos que corroboram os elementos centrais, sendo as palavras com as maiores frequências, embora evocadas mais tardiamente (Sá, 2015). Nesta investigação, o quadrante superior direito reuniu as seguintes palavras: “cuidado”, “amputação”, “medo”, “preocupação”, “incurável” e “diabetes”.

O termo “cuidado”, para o grupo pesquisado, apresenta uma dimensão atitudinal relacionada à prática de cuidados consigo mesmo, evidenciando a ideia de uma responsabilização pela sua saúde, ou seja, um cuidado como uma construção cotidiana e dependente do próprio indivíduo. Ainda na primeira periferia, nota-se a presença de palavras que dizem respeito à dimensão subjetiva da RS, envolta por preocupação com a condição e medo. Os participantes da pesquisa verbalizaram medo de se ferir, medo de infecção, medo de usar cadeira de rodas e medo de perder o pé.

Na segunda periferia (localizada no quadrante inferior direito), observam-se os termos com frequência menor e evocados mais extemporaneamente, que têm relevância no campo representacional por trazer elementos relacionados com as práticas cotidianas, traduzindo os conhecimentos dos indivíduos e guiando seus comportamentos (Sá, 2015). Tal quadrante foi formado pelas expressões/palavras: “demora para cicatrizar”, “ferida”, “curativo”, “dieta”, “tristeza”, “dificuldades”, “dor”, “limitação”, “remédio”, “pior doença”, “complicação”, “sofrimento”, “desesperado”, “dependência”, “hidratação”, “nervoso”, “locomoção difícil” e “falta de cuidado”. Nessa periferia, emergiram ideias e sentidos relacionados aos impactos negativos da condição pé diabético, assim como ao cuidado mais instrumental ou à falta de cuidado.

No quadrante inferior esquerdo (zona de contraste), apresentam-se os elementos com baixa frequência e rapidamente evocados, que trazem aspectos que reforçam os termos presentes no núcleo central (Sá, 2015). Compõe esse quadrante o elemento “prevenção”.

A análise das narrativas conduziu o estudo à compreensão de que há um tema central que exprime como as pessoas acometidas representam o pé diabético: vivenciar o pé diabético é penoso, difícil. Essa representação está alicerçada em dois conjuntos principais de categorias e subcategorias, sendo apresentadas algumas das falas dos entrevistados para expressar e exemplificar essas categorias.

4.2 | Vivenciando o pé diabético

Pela análise de conteúdo das entrevistas que constituiu a categoria *Vivenciando o pé diabético*,

emergiram quatro subcategorias que destacam a pessoa que experimenta o pé diabético enquanto ator social, caracterizado por atributos cognitivos intrínsecos, reações psicoafetivas e aspectos sociais que revelam as transformações em suas interações sociais provenientes dessa condição. Constitui-se, além disso, por elementos subjetivos como a expressão de valores espirituais e crenças. Essa categoria foi formada por 177 unidades de análise, subdividida em quatro subcategorias.

A primeira subcategoria, denominada *aspectos cognitivos*, revela de que modo a pessoa apreende o fenômeno pé diabético em sua vivência, sob a perspectiva de experiências e entendimentos prévios. Os aspectos cognitivos exprimem a representação do conhecimento social sobre essa complicação, elaborado e partilhado no contexto social e resgatado no momento em que ela surge. Nessa subcategoria, é percebida a reelaboração de conhecimentos sobre a comorbidade pelos participantes reproduzindo informações em saúde, assimiladas previamente ao início da vivência com o pé diabético, como se pode evidenciar por meio do seguinte depoimento:

O cuidado tem que ser dobrado, porque o pé diabético provoca uma série de coisas, a perda de membros ou então a perda do próprio pé, chega a perder a perna e provoca muito mais além daquilo que a gente imagina, se não tiver o cuidado necessário. Começando pela própria diabetes. Se não tiver um controle especial, bem rigoroso, ela vai provocar tudo isso. E pra isso, para manter os pés sem nenhum tipo de problema, tem que ter muito cuidado com tudo, começando com o tratamento em si dos pés. A glicose estava muito alta, a glicemia estava muito alta e foi isso que ajudou a acontecer isso aí no pé. (Henrique VIII)

Nota-se nos discursos que os conhecimentos e as concepções utilizadas para construção do senso comum sobre as causas do pé diabético apresentam particularidades alicerçadas no universo reificado de saberes. Eles conversam no grupo de pertença, absorvem as informações e, posteriormente, ressignificam esses saberes no seu cotidiano, justificando o aparecimento da complicação, como revela o seguinte excerto:

“... eu tento entender, mas chega no final, eu já entendo que é a diabetes, entendo que seja por causa da diabetes, má circulação, entendo que o pé ficou assim por isso” (Catarina de Médici).

A segunda subcategoria que emergiu da análise do tema *Vivenciando o pé diabético*, intitulada *aspectos psicoafetivos*, é composta por 59 unidades de análise. As referências

psicoafetivas expressas ancoram a elaboração do conteúdo representacional e são, essencialmente, alicerçadas em sentimentos negativos ante a condição pé diabético. As declarações de três participantes foram as seguintes:

. . . não pode calçar uma sandália altinha com o pé feio, inchado, aí eu fico zangada. Eu não fazia nada, eu só chorava. Choro muito. Perdia a paciência, vivia a flor da pele. (Rainha Vitória)

Eu me senti deprimido, pouco desesperado. Eu me sinto inútil. (Henry VIII)

Vem a imagem de que eu nunca mais vou ser a mesma, porque a ferida que abriu embaixo do meu pé, abriu dentro do meu coração também. (Ana Bolena)

Observa-se ainda RS indicativas de um forte sofrimento emocional, como ilustrado na seguinte narrativa:

“ . . . porque não dói dentro de mim [pausa] dói na minha alma [fala com muita emoção e choro]” (Carlos IV).

A subcategoria *aspectos sociais* responde pelo maior percentual de composição da categoria analisada, com 38,42% das unidades de análise da categoria *Vivenciando o pé diabético*. As unidades de registro evidenciam diversas experiências dos participantes em seu contexto social, com narrativas que revelam a limitação em atividades antes habituais, dificuldades e repercussões na vida diária e prática, como mostrado a seguir:

Eu vivo na dependência hoje, para ir ao banheiro, pra comer, pra deitar, pra sair. Se eu não posso me deslocar, se eu não posso me locomover de uma lado para o outro, como é que eu posso viver? Parou, parou a vida, porque eu não posso me movimentar. Então tudo que eu tinha que fazer está parado, um ano parado, esperando a recuperação dos pés. Estou vivo! Mas não é vivendo a vida plenamente, trabalhando, curtindo, andando, fazendo, acontecendo. Limitado, tudo muito limitado. (Ricardo I)

. . . primeiro foi meu caminhar, porque não podia de jeito nenhum apoiar com o pé. Me trouxe problema, porque trabalhar, eu não pude mais, porque não posso ficar em pé. A minha profissão é pedreiro, não podia me firmar pra fazer movimento nenhum. Então o pé diabético me trouxe bastante dificuldade, bastante mesmo, na minha profissão eu não pude fazer nada. Tive que abandonar, abrir mão de tudo. (Luís XIV)

A subcategoria *espiritualidade* contempla as falas que apontam a dicotomia entre bem e mal personificadas nas figuras de Deus, Jesus e diabo. A partir de algumas unidades de análise, depreende-se o controle divino sobre o início da condição pé diabético, sua evolução e resultado terapêutico satisfatório, além de destacar a doença como meio de evolução moral e/ou espiritual e punição devido comportamentos inadequados no passado. Os resultados demonstraram ainda que 87,5% das pessoas relataram ter uma religião, sendo o catolicismo a religião mais citada, seguida do protestantismo. Destaca-se que neste estudo essa subcategoria não faz alusão ao aspecto religioso.

Essa ferida no pé talvez até seja a vontade de Deus. (Elizabeth I)

Mas o meu Deus falou pra mim que muito Ele tentou pelo amor, mas eu não quis obedecer, veio a dor. Eu sei que o diabo teve culpa um pouco, mas isso aqui (apontando para o pé) foi Deus que deixou ele fazer comigo por desobediência à obra. (Ana Bolena)

E tudo que aconteceu comigo provém de Jesus, você sabe por quê? Porque pra mim eu acho que foi uma prova, pra mim foi um ensinamento. Talvez aquilo que eu fiz pra trás, aconteceu. Pode botar fé no que eu estou te dizendo, serviu de exemplo pra mim demais. Porque eu já fiz muito. (Conrado I)

4.3 | Atitudes sociais ante o pé diabético

Esta categoria abrange 48 unidades de análise que, sob a perspectiva social e o prisma representacional, evidenciam o enfrentamento social da pessoa com pé diabético e as atitudes dos profissionais de saúde, do núcleo familiar e de terceiros diante dela. Nessa categoria, foi possível compreender que o pé diabético não é só uma doença física, mas tem impactos em diversos aspectos do viver dos portadores, especialmente nos relacionamentos sociais, fazendo-os sentir-se não acolhidos pelos profissionais de saúde e rejeitados por terceiros e levando-os, por diversas vezes, a manter a condição em segredo, como evidencia nos seguintes excertos:

. . . porque meu pé é praticamente coberto todo tempo, eu não os deixo descobertos. Ninguém vê. Sabem que eu tenho um problema, mas a ferida não vê. (Eduardo VII)

Eu me sinto de lado, rejeitado em alguns ambientes populares, quando saio. Às vezes eu pego em alguma coisa e as pessoas não querem mais pegar ali onde eu peguei. . . . Eu sinto que elas olham com rejeição. Minha

esposa vende galeto e tem gente que não encosta mais lá por causa da minha ferida, porque pensa que é algo contagioso. (D. Pedro I)

Todo lugar que eu chegava [referindo-se aos serviços de saúde] todo mundo dizia que a minha ferida estava ruim, que já era pra ter sarado, ninguém vinha me confortar, me falar umas palavras boas, não. Só queriam me botar mais pra baixo. E aí o que acontece? A diabetes sobe. Eu tive até problemas intestinais por causa das palavras das pessoas [os profissionais de saúde] que me deixavam nervosa. (Ana Bolena)

5 | DISCUSSÃO

A vivência cotidiana penosa, como representação do pé diabético para o grupo explorado, aponta para uma multidimensionalidade dessa comorbidade que se fundamenta em um sentido para além de um sofrimento meramente físico, evidenciando que essa doença também consiste em um dissabor psicológico e, até mesmo, existencial, uma vez que influencia na forma como a pessoa se percebe no mundo.

Para os participantes desta investigação, essa experiência árdua está ancorada nas limitações impostas e na dependência de terceiros, levando-os, por vezes, a experimentarem sentimento de tristeza, irritação, preocupação e terem a impressão de não viverem plenamente. Esses aspectos também foram pontuados em estudo que evidenciou que as restrições determinadas pelo pé diabético e a dependência de alguém para atividades antes realizadas autonomamente constituíam a maior dificuldade enfrentada por essas pessoas, com a sensação de perda de controle sobre a própria vida, suscitando irritação e sensação de vulnerabilidade (Meriç, Ergün, Meriç, Demirci, & Azal, 2019).

O agrupamento de palavras e as expressões evocadas para o estímulo indutor “pé diabético” e sua disposição nos quadrantes apontam que a RS do grupo estudado encontra-se ainda fortemente ancorada em sentimento de esperança pela melhora do quadro, sentimentos negativos e reconhecimento da importância do autocuidado. O entendimento de que o pé diabético está relacionado a uma condição crônica e que se caracteriza, em menor ou maior grau, por ser um fator de limitação física com impactos no âmbito psicológico e social tem ressonância nos elementos que aparecem no sistema central e periférico dos quadrantes.

Os resultados da pesquisa em tela revelam as palavras “cura” e “muito ruim” como elementos centrais da RS do pé diabético, fornecendo uma impressão inicial de certa oposição entre essas evocações e evidenciando uma percepção antagônica da pessoa que experimenta o pé diabético. Contudo, esses dados geram pistas sobre as dificuldades diárias vivenciadas pelas pessoas para o controle da comorbidade e, concomitantemente, a conscientização adquirida pelos participantes após o acometimento do pé diabético sobre a importância do autocuidado,

tanto direcionado para os cuidados com os pés quanto para outros aspectos das suas vidas, ressaltando um aspecto positivo vinculado a essa comorbidade.

O sofrimento percebido pelo grupo também está especialmente vinculado à incerteza quanto à evolução do caso e ao risco real de amputação, tornando a situação vivida desafiadora. Esse dado é congruente com estudo que assinalou que os pacientes frequentemente têm dúvidas sobre a perda de membros, como gerenciariam suas vidas caso essa possibilidade se concretizasse, e são incertos sobre possíveis limitações, tornando essa experiência física e psicologicamente desafiadora para a pessoa com pé diabético (Beattie et al., 2014). Assim, são de suma importância uma escuta qualificada e a abertura de espaço para um diálogo franco sobre os medos e incertezas, conscientizando os profissionais de saúde sobre como o processo de tratamento é vivenciado pelo indivíduo. Vale ressaltar que a empatia deve ser uma tônica na abordagem, uma vez que pode trabalhar a motivação e proporcionar sensação de conforto à pessoa com pé diabético.

A vivência árdua como conteúdo representacional manifesto também está vinculada ao preconceito percebido pelos participantes, levando alguns a adotarem, como estratégia para não se sentirem rejeitados, a ocultação do pé diabético com o intuito de evitar constrangimento decorrente da aparência e odor da ferida, num exemplo claro de quando as RS orientam ações. Algumas narrativas revelam que o ato de limitar essa condição ao espaço privado tem a intenção de evitar reações negativas de terceiros. Ao discorrer sobre o problema que portadores de doenças crônicas enfrentam ao expor o diagnóstico, uma pesquisa revelou que os pacientes deparam-se com a possibilidade de perder autonomia e aceitação, enfrentando risco real de serem estigmatizadas, o que evidencia que alguns são incapazes de lidar com as reações das outras pessoas e acabam se descontrolando emocionalmente (Dibley, Williams, & Young, 2019).

Conhecer as condições sociais em que os saberes se desenvolvem e as fontes de informação que as pessoas utilizam é fundamental no processo de elaboração do conhecimento e, conseqüentemente, na compreensão da produção das RS, uma vez que é na origem da informação que se situa a mediação entre distintas formas de comunicação, representando, concomitantemente, a origem do conhecimento e o modo pelo qual as pessoas sustentam a comunicação (Moscovici, 2015). A maioria dos participantes desta pesquisa demonstravam compreensão do pé diabético como desfecho do diabetes, identificando a importância de implementar medidas de controle e reconhecendo o papel do autocuidado, entretanto esse conhecimento sobre o processo da doença parece limitado. Este resultado diverge dos encontrados em alguns estudos os quais revelaram que a compreensão dos pacientes não estava

em harmonia com o entendimento biomédico convencional, no qual muitos não tinham o conhecimento da relação entre o DM e as complicações nos pés (Coffey, Mahon, & Gallagher, 2018).

Por outro lado, o achado de que o entendimento do grupo investigado mostra-se reduzido, está em consonância com um estudo prévio no qual os pacientes com úlcera do pé em um hospital de reabilitação exibiram um entendimento básico dos fatores causais (Barg et al., 2017). Assim, surge a reflexão sobre até que ponto esse conhecimento pode impactar na administração e modificação dos riscos para desenvolver lesões nos pés e sobre a qualidade das informações que os pacientes têm recebido, uma vez que o teor desse conhecimento é um forte elemento na concepção das RS (Moscovici, 2015).

A RS do pé diabético nesta investigação como uma vivência dolorosa esteve ancorada e objetivada em uma função e independência prejudicada, com resultado desfavorável evidenciado, principalmente, na incapacidade ou prejuízo na deambulação (impacto funcional mais comumente citado) e necessidade de afastamento das atividades laborais. A maioria dos participantes afirmaram ter interrompido seus trabalhos por causa da limitação física imposta pelo pé diabético, além da necessidade de curativo/tratamento com idas frequentes aos serviços de saúde, o que os leva com frequência a se aposentar prematuramente. Esse resultado é consistente com o encontrado em estudo prévio que identificou que as doenças crônicas (a exemplo do pé diabético) e seus tratamentos caracterizam-se por uma sintomatologia que afeta de modo negativo o desempenho individual no trabalho (Cabeceira, Souza, Juliano, & Veiga, 2019). Outra pesquisa realizada com idosos europeus apontou que o fato de apresentar diabetes aumentou a chance daquelas pessoas terem receio de que a sua condição limitaria as suas atividades laborais antes da aposentadoria e diminuiu a probabilidade de realizarem trabalhos voluntários formais (Rodriguez-Sanchez, Alessie, Feenstra, & Angelini, 2017).

A marcha prejudicada foi comumente descrita pelo grupo como um fator limitante e que traz prejuízos em vários âmbitos da vida, alterando sua capacidade de socialização e gerando alterações de humor. Alguns indivíduos descreveram a indicação de uso de algum auxílio-locomção, como muletas, bengalas e/ou cadeira de rodas, sinalizando o isolamento social associado a esses objetos e a repercussão em sua autoimagem e no modo como se percebem no mundo. A referência aos dispositivos ortopédicos pelos participantes mostra o processo de ancoragem da RS, isto é, a maneira como aspectos que envolvem o campo representacional desses indivíduos sobre pé diabético os afetam e tem significado quando se relacionam aos auxílios-locomção. Ainda sobre a marcha prejudicada relatada pelos participantes, um estudo corrobora esse achado com a constatação de que pessoas com pé diabético apresentaram

sofrimento psicossocial diante dos desafios biomecânicos impostos pela lesão, que exigem o desenvolvimento de estratégias complexas que abordem essas questões (Vileikyte, Crews, & Reeves, 2017).

Nota-se, ainda, nas falas dos participantes a percepção de não acolhimento de todas as suas reais demandas pelos profissionais de saúde e a necessidade de serem motivados durante os atendimentos. Muitas vezes sentiam que os profissionais não valorizavam as repercussões do pé diabético em suas vidas, prestando pouca atenção a suas preocupações. As narrativas apontam também para a insatisfação com um cuidado mais pontual/instrumental, imprimindo um distanciamento nas relações de cuidado e evidenciando uma superficialidade no atendimento às inúmeras dimensões das necessidades dessas pessoas. Esses dados abrem espaço para o debate sobre a dimensão ética do cuidado, principalmente no tocante ao compromisso social inerente às práticas de cuidados e a atenção à solidariedade e integralidade das pessoas com pé diabético.

Esta observação é consistente com um trabalho prévio (Coffey et al., 2018) que mostrou que os indivíduos, em razão das suas dificuldades, procuravam consolo dos profissionais de saúde e consideravam a comunicação muito pobre, tendo a percepção de que os provedores de saúde pareciam não cuidar de modo holístico de seus pacientes, comprometendo o relacionamento com eles ou deixando de fornecer apoio emocional. A observância dessas questões pareceram, naquele estudo, incentivar a passividade nas interações de cuidados de saúde, impactando, de modo negativo, no papel dos participantes como autogestores de sua condição (Coffey et al., 2018). Outra pesquisa mostrou relatos de experiências positivas de saúde quando os profissionais demonstravam interesse pelo bem-estar físico e emocional, sendo amplamente elogiados pelo relacionamento de suporte (Dibley et al., 2019). Muitos pacientes ressaltavam o papel fundamental da empatia, da compreensão e do canal de comunicação aberto nos espaços de saúde, fortalecendo a autoconfiança e possibilitando uma melhor adesão às orientações fornecidas (Dibley et al., 2019).

No grupo explorado, a maioria dos participantes relataram ter uma religião e esse aspecto parece ter repercussão no conteúdo dos seus discursos, nos quais se observam entendimentos de que a determinação da condição pé diabético estaria ancorada na imagem de uma entidade divina como um dos sentidos importantes da representação, apontando para uma dimensão espiritual da RS. Algumas unidades de análise evidenciam elementos mais prescritivos de comportamentos, indicando, principalmente, uma atitude de aceitação e compreensão do surgimento do pé diabético e revelando uma pessoa guiada por uma relação

profunda com o sagrado e o transcendental, que, de alguma maneira, atribui um sentido além do que pode ser compreendido objetivamente.

Observa-se também o entendimento de que a vivência com o pé diabético constitui-se em uma via de purificação de comportamentos inadequados no passado e/ou transgressões de princípios espiritualmente determinados, levando a crença de que se trata de um castigo através da condição pé diabético seguido de uma evolução moral. Este achado é compatível com estudo que identificou que a maioria dos participantes considerou que viver com uma ferida crônica era uma punição, sinalizando que algumas crenças religiosas podem trazer culpa, dúvidas e ansiedade, com impactos na adesão ao tratamento (Salomé, Pereira, & Ferreira, 2013).

O cuidado ao paciente ante as demandas oriundas do âmbito espiritual não pode se limitar a uma abordagem tecnicista, uma vez que suas crenças impactam na tomada de decisão na perspectiva do autocuidado. Assim, faz-se necessário um plano de intervenção que tenha como essência o apoio e dê sentido à realidade em que o diabético está inserido, amenizando o sentimento de impotência diante das dificuldades e dores que não podem ser solucionadas apenas com abordagens instrumentais, além de fortalecer as relações entre profissionais de saúde e pacientes com resultados positivos no fator saúde e maior satisfação com os cuidados prestados.

As falas apontam ainda para a existência de uma RS que ganha contornos em função de sentimentos negativos, por meio das objetivações “medo, preocupações, choro, nervoso, tristeza e raiva”, focalizando os aspectos psicoafetivos envolvidos nessa condição. Este esboço indica que a dimensão psicoafetiva contida nesse objeto direciona o discurso das pessoas que convivem com o pé diabético, colocando essas emoções negativas numa posição de centralidade nessa representação.

Esses sentimentos negativos, de forte carga emocional, permeiam as RS do grupo estudado, revelando seu potencial efeito nocivo sobre as emoções desses indivíduos, podendo prejudicar a motivação para adesão ao tratamento, como revelado em uma investigação realizada na China (Zhang et al., 2015). Além disso, essas emoções negativas, quando cristalizadas, podem desencadear quadros depressivos e de ansiedade, exigindo abordagens cada vez mais complexas. Esses dados são congruentes com os obtidos por outra pesquisa, que demonstrou que muitos participantes expressavam raiva e frustração decorrentes da dependência de terceiros como resultado de sua ulceração, apontando ainda que sentimentos negativos ou sinais de depressão eram comuns e muitas vezes acompanhados de falta de energia e motivação (Coffey et al., 2018).

5.1 | Limitações do estudo

Considera-se como limitações do estudo a coleta de dados ter sido realizada apenas em um encontro pontual e a pesquisa ter sido confinada a participantes em atendimento nos serviços de saúde, seja ambulatorial ou sob regime de internação, não ficando claro se as representações documentadas se estenderiam a pessoas com diabetes em outros cenários empíricos, como o domicílio ou outros ambientes comunitários. Entretanto, esta análise fornece *insights* para pesquisadores que planejam e implementam ações em serviços voltados para o atendimento dessa clientela.

6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sob a perspectiva do aporte teórico-metodológico da TRS, identificou-se que viver com pé diabético é árduo, penoso e envolto por uma carga emocionalmente negativa. Entretanto, há uma esperança de cura que se constitui em mola propulsora na busca cotidiana do autocuidado e do cuidado dos profissionais, especialmente da equipe de enfermagem.

Considerando o referencial teórico utilizado, observa-se que o viver com pé diabético se apresenta como um fenômeno complexo e multidimensional que gera RS nas dimensões cognitivas, psicoafetivas, espirituais e sociais. Essas dimensões criam uma rede de significados que contribuem para a elaboração da RS.

No processo de elaboração das RS, nota-se que essa vivência árdua com o pé diabético encontra-se objetivada em imagens relacionadas à perda funcional (como uso de muletas, cadeira de rodas etc.), dependência de terceiros e dificuldade para realizar atividades antes habituais.

7 | RELEVÂNCIA PARA A PRÁTICA CLÍNICA

Conhecer as RS do pé diabético para pessoas com DM tem implicações substanciais para a prática das enfermeiras, uma vez que possibilita o planejamento e a implementação de cuidados inovadores – direcionados à promoção da saúde e prevenção dessa condição tão devastadora – , mais condizentes com as percepções e expectativas dos pacientes. Isso permite aproximar-se das experiências e do contexto desses pacientes, conhecer seus receios e dificuldades e propor cuidados pactuados, garantindo maior envolvimento no tratamento e motivando a autonomia, bem como comportamentos e práticas alinhadas com às diretrizes para o manejo do pé diabético. Tais ações contribuem para o alcance de resultados positivos em saúde e para o avanço da enfermagem enquanto ciência e profissão.

Esta investigação suscita ainda reflexões sobre a possibilidade de atuação para além dos cuidados técnicos, valorizando o trabalho do enfermeiro diante de necessidades subjetivas e uma prática centrada na multidimensionalidade humana. Desse modo, alerta para a dimensão psicossocial e cultural do cuidado, amenizando a vivência penosa dessas pessoas, e possibilita a compreensão de processos psicossociais envolvidos nas escolhas comportamentais dos cuidados adotados.

É de fundamental importância que os profissionais de saúde criem oportunidades dentro dos espaços de atendimento para que seja praticável uma escuta qualificada, que explore as crenças e percepções dos pacientes sobre a sua experiência com o pé diabético, de modo que suas intervenções sejam capazes de sensibilizá-los, desafιά-los a refletir sobre possíveis crenças equivocadas e os levem a ressignificar sua condição, repercutindo positivamente no seu autocuidado e influenciando-os a fazerem escolhas comportamentais eficientes.

CONFLITO DE INTERESSE

As autoras declaram que não têm conflito de interesses.

DISPONIBILIDADE DE DADOS E MATERIAIS

Os conjuntos de dados utilizados e/ou analisados durante o estudo estão disponíveis pelo autor correspondente, mediante solicitação razoável.

REFERÊNCIAS

- Abric, J.-C. (1994). *Pratiques sociales et représentations*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Alexiadou, K., & Doupis, J. (2012). Management of diabetic foot ulcers. *Diabetes Therapy*, 3(1). <https://doi.org/10.1016/j.cpm.2019.02.004>
- Aliasgharpour, M., & Nayeri, N. D. (2012). The care process of diabetic foot ulcer patients: A qualitative study in Iran. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*, 11(1).
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barg, F. K., Cronholm, P. F., Easley, E. E., Davis, T., Hampton, M., Malay DS, ... Margolis, D. J. (2017). A qualitative study of the experience of lower extremity wounds and amputations among people with diabetes in Philadelphia. *Wound Repair and Regeneration*, 25(5), 864-870.
- Beattie, A. M., Campbell, R., & Vedhara, K. (2014). "What ever I do it's a lost cause." The emotional and behavioural experiences of individuals who are ulcer free living with the threat of developing further diabetic foot ulcers: a qualitative interview study. *Health Expectations*, 17(3), 429-439. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2012.00768.x>

- Bertolucci, P. H. F. *et al.* O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arq Neuropsiquiatr.**, v. 52, n. 1, p. 1-7. 1994. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/anp/v52n1/01.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2019.
- Boulton, A. J. M. (2016). The diabetic foot. In K. R. Feingold, B. Anawalt, A. Boyce, G. Chrousos, K. Dungan, A. Grossman, J. M Hershman, ... D. P. Wilson (Eds.), *Endotext*. South Dartmouth (MA): MDText.com. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK409609>
- Cabeceira, H. S., Souza, D. M. S. T., Juliano, Y., & Veiga, D. F. (2019). Work ability and productivity in patients with diabetic foot. *Clinics*, 74. <http://dx.doi.org/10.6061/clinics/2019/e421>.
- Carvalho, M. C. M. P., Queiroz A. B. A., Ferreira, M. A., Moura, M. A. V., Pinto, C. B., & Vieira, B. D. G. (2019). Ineffectiveness of information and access to health services: vulnerability to human papillomavirus. *International Nursing Review*, 66(2): 280-289.
- Chastain, C. A., Klopfenstein, N., Serezani, C. H., & Aronoff, D. M. (2019). A clinical review of diabetic foot infections. *Clinical in Podiatric Medicine and Surgery*, 36(3), 381-95.
- Coelho, M. S., Silva, D. M. G. V., & Padilha, M. I. S. (2009). Social representations of diabetic foot for people with type 2 diabetes mellitus. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(1), 65-71. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000100008>
- Coffey, L., Mahon, C., & Gallagher, P. (2018). Perceptions and experiences of diabetic foot ulceration and foot care in people with diabetes: A qualitative meta-synthesis. *International Wound Journal*, 16(1), 183-210.
- Dibley, L., Williams, E., & Young, P. (2019). When family don't acknowledge: A hermeneutic study of the experience of kinship stigma in community-dwelling people with inflammatory bowel disease. *Qualitative Health Research*. <https://doi.org/10.1177/1049732319831795>
- Falqueto, J., & Farias, J. (2016). Saturação teórica em pesquisas qualitativas: relato de uma experiência de aplicação em estudo na área de administração. *Atas CIAIQ*, 3, 560-569. Retrieved from <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/1001/977>
- Fontanella, B. J. B., Luchesi, B. M., Saidel, M. G. B., Ricas, J., Turato, E. R., & Melo, D. G. (2011). Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(2), 389-394. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200020>
- Galletta, M., Cherchi M., Cocco A., Lai G., Manca V., Pau M., ... Contu, P. (2019). Sense of coherence and physical health-related quality of life in Italian chronic patients: the mediating role of the mental component. *BMJ Open*, 9(9). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-030001>
- Ghotaslou, R., Memar, M. Y., & Alizadeh, N. (2018). Classification, microbiology and treatment of diabetic foot infections. *Journal of Wound Care*, 27(7), 434-441.
- Huang, M., Zhao, R., Li, S., & Jiang, X. (2014). Self-management behavior in patients with type 2 diabetes: A cross-sectional survey in Western Urban China. *PLoS One*, 9(4). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0095138>
- International Working Group on the Diabetic Foot (IWGDF). (2001). *International consensus working group on the diabetic foot*.

- Jodelet, D. (1994). *Les représentations sociales*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Kurecic, M., Rijavec, T., Hribernik, S., Lapanje, A., Kleinschek, K. S., & Maver, U. (2018). Novel electrospun fibers with incorporated comensal bacteria for potential preventive treatment of the diabetic foot. *Nanomedicine*, *13*(13), 1583-1594.
- Leung, L. (2015). Validity, reliability, and generalizability in qualitative research. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, *4*(3), 324-327.
- Mantovani, A. M., Fregonesi, C. E. P. T., Pelai, E. B., Mantovani, A. M., Savian, N. U., & Pagotto, P. (2013). Estudo comparativo das representações sociais sobre diabetes mellitus e pé diabético. *Cadernos de Saúde Pública*, *29*(12), 2427-2435. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00006613>
- Marçal, C. C. B., Heidemann, I. T. S. B., Fernandes, G. C. M., Rumor, P. C. F., & Oliveira, L. S. de. (2018). The salutogenesis in health research: an integrative review. *Uerj Nursing Journal*, *26*.
- Meriç, M., Ergün, G., Meriç, C., Demirci, İ., & Azal, Ö. (2019). It is not diabetic foot: It is my foot. *Journal of Wound Care*, *28*(1), 30-37.
- Mittelmark, M. B.; Sagy, S.; Eriksson, M., Bauer, G. F., Pelikan, J. M., Lindström, M., & Espnes, G. A. (Eds.). (2017). *The handbook of salutogenesis*. Cham (CH): Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-04600-6>
- Moscovici, S. (2015). *Representações sociais: investigações em psicologia social*. Petrópolis: Vozes.
- Moura, L. M., & Shimizu, H. E. (2017). Social representations of health and illness of municipal health counselors. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, *27*(1), 103-125.
- Namgoong, S., Jung, S., Han, S.-K., Jeong, S.-H., Dhong, E.-S., & Kim, W.-K. (2016). Risk factors for major amputation in hospitalised diabetic foot patients. *International Wound Journal*, *13*(1), 13-19. <https://doi.org/10.1111/iwj.12526>
- Nóbrega, S. M., & Coutinho, M. D. P. L. (2003). O teste de associação livre de palavras. In M. P. L. Coutinho, A. S. Lima, F. B. Oliveira, & M. L. Fortunato (Eds.), *Representações sociais: Abordagem interdisciplinar* (pp. 95-147). João Pessoa: Universitária.
- Rodriguez-Sanchez, B., Alessie, R. J. M., Feenstra, T. L., & Angelini, V. (2017). The relationship between diabetes, diabetes-related complications and productive activities among older Europeans. *European Journal of Health Economics*, *19*(5), 719-734.
- Sá, C. P. (1996). *Núcleo das representações sociais*. Petrópolis: Vozes.
- Sá, C. P. (2015). *Estudos de psicologia social: História, comportamento, representações e memória*. Rio de Janeiro: Eduerj.
- Salomé, G. M., Pereira, V. R., & Ferreira, L. M. (2013). Spirituality and subjective wellbeing in patients with lower-limb ulceration. *Journal of Wound Care*, *22*(5), 230-236. <https://doi.org/10.12968/jowc.2013.22.5.230>.
- Schoen, D. E., Glance, D. G., & Thompson, S. C. (2015). Clinical decision support software for diabetic foot risk stratification: development and formative evaluation. *Journal of Foot and Ankle Research*, *12*(8). <https://doi.org/10.1186/s13047-015-0128-z>

- Seguel, G. (2013). ¿Por qué debemos preocuparnos del pie diabético? Importancia del pie diabético. *Revista Médica de Chile*, 141(11), 1464-1469.
- Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). (2016). *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2015-2016*. São Paulo: AC Farmacêutica.
- Sothornwit, J., Srisawasdi, G., Suwannakin, A., & Sriwijitkamol, A. (2018). Decreased health-related quality of life in patients with diabetic foot problems. *Diabetes, Metabolic, Syndrome and Obesity*, 7(11), 35-43.
- Vileikyte, L., Crews, R. T., & Reeves, N. D. (2017). Psychological and biomechanical aspects of patient adaptation to diabetic neuropathy and foot ulceration. *Current Diabetes Reports*, 17(11).
- Wachelke, J., & Wolter, R. (2011). Critérios de construção e relato da análise prototípica para representações sociais. *Psicol. teor. pesqui.*, 27 (4), 521-526.
- Zhang, P., Lu, J., Jing, Y., Tang, S., Zhu, D., & Bi, Y. (2017). Global epidemiology of diabetic foot ulceration: a systematic review and meta-analysis. *Annals of Medicine*, 49(2), 106-116.
- Zhang, Y., Ting, R. Z., Yang, W., Jia, W., Li, W., Ji, L., ... Chan, J. C. (2015). Depression in Chinese patients with type 2 diabetes: Associations with hyperglycemia, hypoglycemia, and poor treatment adherence. *Journal of Diabetes*, 7(6), 800-808. <https://doi.org/10.1111/1753-0407.12238>

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Frente à problemática delimitada e dos objetivos inicialmente propostos à pesquisa em tela e sob a perspectiva do aporte teórico-metodológico da TRS, foi possível aprofundar o objeto de estudo, qual seja as RS do pé diabético para pessoas com diabetes mellitus, isto é, aquilo que é socialmente concebido e partilhado no grupo de pertença, no contexto sociocultural explorado, sendo possível compreender o fenômeno social e humano do pé diabético. Identificou-se que viver com pé diabético é árduo, penoso e envolto por uma carga emocionalmente negativa. Entretanto, há uma esperança de cura que se constitui em mola propulsora na busca cotidiana do autocuidado e do cuidado dos profissionais, especialmente da equipe de enfermagem.

No cenário da pesquisa em tela, no tocante à experiência individual e subjetiva, compreende-se que as pessoas com DM experimentam o pé diabético de modo emocional, conectando-o a sentimentos negativos. Em contrapartida, na interface do que é peculiar ao indivíduo na sua constante interrelação com o seu grupo de pertença, essa experiência é também social e elaborada a partir da obtenção de informações que transitam no universo reificado, assim como das trocas de informações que surgem nas rodas de conversas que servem para fortalecer os laços de pertença grupal.

Considerando o referencial teórico utilizado, tanto na abordagem processual como na abordagem estrutural adotadas neste estudo, observa-se que, para as pessoas com diabetes mellitus, o viver com pé diabético se apresenta como um fenômeno complexo e multidimensional que gera RS nas dimensões cognitivas, psicoafetivas, espirituais e sociais. Essas dimensões criam uma rede de significados que contribuem para a elaboração da RS:

1 – O viver com pé diabético para o grupo investigado é representado pelo entendimento dos fatores causais e complicações associadas ao pé diabético, expressando seus processos cognitivos de apropriação do conhecimento do universo reificado e do que é socioculturalmente partilhado;

2 – Os participantes representam a sua vivência com o pé diabético associando-a a sentimentos negativos, como angústias, medos e receios ancorados na incerteza do desfecho do processo mórbido vivenciado e nas limitações impostas pela condição pé diabético;

3 – O pé diabético é representado pelo sentido espiritual associado ao aparecimento da condição, quando a causa não pode ser compreendida objetivamente, revelando uma pessoa guiada por uma relação profunda com o sagrado e transcendental;

4 – As representações sociais do pé diabético originam-se como produto da sua convivência com o entorno social a partir do processo pé diabético, revelando atitudes de preconceito no seu meio e não acolhimento de suas preocupações por parte dos profissionais de saúde.

No processo de elaboração das representações sociais, nota-se que essa vivência árdua com o pé diabético encontra-se objetivada em imagens relacionadas à perda funcional (como uso de muletas, cadeira de rodas, dentre outros), à dependência de terceiros e à dificuldade para realizar atividades antes habituais, evidenciando o protagonismo da carga negativa que envolve o dia a dia de um paciente com pé diabético.

Assim, o conhecimento produzido por meio dessa pesquisa torna-se substrato importante para o planejamento de cuidados que busquem amenizar a vivência penosa das pessoas com pé diabético, contemplando as demandas da sua realidade concreta e estimule os profissionais de saúde, especialmente a enfermeira, a redirecionar suas práticas com vistas a uma abordagem holística e não apenas tecnicista. É de fundamental importância que os profissionais criem oportunidades dentro dos espaços de atendimento para que seja praticável uma escuta qualificada e uma abordagem precisa, onde seja possível explorar as crenças e percepções dos pacientes sobre a sua experiência com o pé diabético de modo que suas intervenções sejam capazes de sensibilizá-los, desafiá-los a refletir sobre possíveis crenças equivocadas e os levem a ressignificar sua condição, repercutindo positivamente no seu autocuidado e os influenciem a fazerem escolhas comportamentais eficientes.

O profissional de saúde deve ter consciência de que os relatos de sofrimento do paciente portador de pé diabético não são somente restritos ao privado e que se baseiam, entre tantos substratos, nas representações concebidas socialmente. Dessa forma, o profissional de saúde deve deixar claro ao paciente que valoriza suas representações e experiência e se certificar de que suas orientações estejam alinhadas com sua perspectiva, garantindo o envolvimento no cuidado com os pés e um autogerenciamento eficaz, ajustando, assim, as reais necessidades do indivíduo às diretrizes nacionais e internacionais recomendadas no manejo do pé diabético.

É de domínio da comunidade científica que uma investigação com abordagem qualitativa, produzida em um contexto regional e cultural específico, não gere conhecimentos universalmente generalizáveis. Entretanto, o conhecimento trazido por esta investigação sobre as representações sociais e os processos que permitem compreender como o “não familiar” transforma-se em “familiar” fornece *insights* para àqueles que planejam e implementam ações em serviços voltados para o atendimento dessa clientela, possibilitando a compreensão da forma

como os pacientes experimentam o fenômeno pé diabético e, conseqüentemente, o entendimento dos obstáculos e facilitadores reais na adesão ao tratamento recomendado.

Assim, espera-se que essa compreensão se constitua em fundamento para elaboração de intervenções dos profissionais de saúde, especialmente, da equipe de enfermagem, que façam sentido para os indivíduos que vivenciam a complicação pé diabético e que estejam em consonância com ações mundialmente preconizadas, gerando, assim, resultados positivos em saúde. Espera-se, ainda, que o produto desta investigação suscite pesquisas futuras voltadas para o desenvolvimento de modelos que torne possível a translação desse conhecimento para a prática clínica da enfermagem, rompendo, assim, com o paradigma biomédico da saúde, e implementando abordagens inovadoras do cuidado às pessoas com pé diabético, contribuindo para o fortalecimento da enfermagem enquanto profissão e ciência.

REFERÊNCIAS

- ABRIC, J. **Pratiques sociales et représentations**. Paris: Presses Universitaires de France, 1994.
- ALAVI, A. *et al.* Diabetic foot ulcers: Part I. **J. Am. Acad. Dermatol.**, St. Louis, v. 70, n. 1, p. 21.e1-21.e24, jan. 2014.
- ALEXIADOU, K; DOUPIS, J. Management of Diabetic Foot Ulcers. **Diabetes Ther.**, v. 3, n. 1, p. 1-15, abr. 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3508111/>>. Acesso em: 03 agos. 2018.
- ALIASGHARPOUR, M.; NAYERI, N.D. The care process of diabetic foot ulcer patients: a qualitative study in Iran. **J. Diabetes Metab. Disord.** v. 11, n. 1, p. 27, dec. 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3598830/>>. Acesso em: 12 jul. 2019.
- ANDREW, H.; DUNLOP, G. Determining the patient-perceived impact of foot health education for patients with diabetes mellitus. **Diabetic foot j.**, v. 18, n. 4, p. 174-178, 2015.
- ANTONOVSKY, A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. **Health Promot Int.**, London, v. 11, n. 11, p. 11-18, 1996.
- APOSTOLIDIS, T. Représentations Sociales et Triangulation: une application en Psychologie Sociale de la Santé. **Psicologia: Teoria e Pesquisa.** v.22, n.2, p. 211- 226, 2006.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 3ª ed. Lisboa: Edições 70, 2016.
- BARG, F. K. *et al.* A qualitative study of the experience of lower extremity wounds and amputations among people with diabetes in Philadelphia. **Wound repair regen.**, Saint Louis, v. 25, n. 5, p. 864–870, sept. 2017.
- BATISTA, F. **Uma abordagem multidisciplinar sobre pé diabético**. São Paulo: Andreoli, 2017.
- BAUER, M.W.; GASKELL, G. **Pesquisa Qualitativa com texto, Imagem e Som: Um manual Prático**. Petrópolis: Vozes, 2017.
- BEATTIE, A.M.; CAMPBELL, R.; VEDHARA, K. “What ever I do it’s a lost cause.’ The emotional and behavioural experiences of individuals who are ulcer free living with the threat of developing further diabetic foot ulcers: a qualitative interview study. **Health Expect.**, Oxford, v. 17, n. 3, p. 429-439, jun. 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5060729/>>. Acesso em: 12 jul. 2019.
- BERTOLUCCI, P.H.F. *et al.* O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arq Neuropsiquiatr.**, v. 52, n. 1, p. 1-7. 1994. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/anp/v52n1/01.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2019.
- BLOOM, D.E. *et al.* Introduction: priority setting in global health. **Cost Eff Resour Alloc.**, v. 16 (Suplem. 1), n. 49, nov. 2018. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6225612/>>. Acesso em: 12 jul. 2019.

BONNER, T.; HARVEY, I. S.; SHERMAN, L. A qualitative inquiry of lower extremity disease knowledge among african americans living with type 2 diabetes. **Health promot. pract.**, United States, v. 18, n.6, p. 806-813, nov. 2017.

BORGES, D.B.; LACERDA, J.T. Ações voltadas ao controle do diabetes *mellitus* na atenção básica: proposta de modelo avaliativo. **Saúde debate.**, Londrina, v. 42, n. 116. 2018. v. 42, n. 116, Jan-Mar. 2018. Disponível em: < <https://scielosp.org/article/sdeb/2018.v42n116/162-178/pt/>>. Acesso em: 02 de mar. 2019.

BOTROS, M. *et al.* Best practice recommendations for the prevention and management of diabetic foot ulcers. **Canadian Association of Wound Care**. Canadá, 2018. Disponível em: <https://www.woundscanada.ca/docman/public/health-care-professional/bpr-workshop/895-wc-bpr-prevention-and-management-of-diabetic-foot-ulcers-1573r1e-final/file>. Acesso em: 02 de mar. 2019.

BOULTON, A.J.M. The Diabetic Foot. [Updated 2016 Oct 26]. In: FEINGOLD, K.R. *et al.*, editors. Endotext [Internet]. South Dartmouth (MA): MDText.com, Inc.; 2000-. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK409609/>>. Acesso em: 02 de mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Vigitel Brasil 2016: **vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Coordenação Nacional do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao *Diabetes Mellitus*. **Manual de hipertensão e diabetes**. Brasília: Ministério de Saúde, 2002.

BRASIL. Grupo de trabalho Internacional Sobre Pé Diabético. **Consenso internacional sobre pé diabético**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus/** Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 371, de 04 de março de 2002. Institui o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. **Diário Oficial União**, Brasília, DF, 06 de mar. 2002. p. 88.

CABECEIRA, H.D. S. *et al.* Work ability and productivity in patients with diabetic foot. **Clinics.**, São Paulo, v.74, e421. Mar. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-

59322019000100210&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 de mar. 2019.

CARUSO, R. *et al.* Clinical and socio-demographic determinants of inadequate self-care in adults with type 1 diabetes mellitus: the leading role of self-care confidence. **Acta Diabetol.**, Milano, v. 56, n. 2, p. 151-161, fev. 2019.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. National Diabetes Statistics Report, 2017. Atlanta, GA: US Dept of Health and Human Services, 2017. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/diabetes/pdfs/data/statistics/national-diabetes-statistics-report.pdf>>. Acesso em: 02 de mar. 2019.

CERVO, A.L.; BEVIAN, P.A.; DA SILVA, R. **Metodologia Científica**. 6ª ed. São Paulo: Pearson, 2007.

CHASTAIN, C. A. *et al.* A Clinical Review of Diabetic Foot Infections. **Clin. podiatr. med. surg.**, Philadelphia, v. 36, n. 3, p. 381-395, jul. 2019.

COELHO, M.S.; SILVA, D.M.G.V.; PADILHA, M.I.S. Representações sociais do pé diabético para pessoas com diabetes mellitus tipo 2. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 65-71, mar. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/08.pdf>>. Acesso em: 02 Mar. 2019.

COFFEY, L.; MAHON, C.; GALLAGHER, P. Perceptions and experiences of diabetic foot ulceration and foot care in people with diabetes: A qualitative meta-synthesis. **Int. wound j.**, Oxford, v. 16, n. 1, p. 183-210, feb. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Deliberação COREN-MG 135/00 normatiza no Estado de Minas Gerais os princípios gerais para ações que constituem a documentação da enfermagem. [Acesso em: 21 set. 2003]. Disponível em:< http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html>. Acesso em: 03 de mar. 2019.

CORTEZ, D. N. *et al.* Complicações e o tempo de diagnóstico do diabetes mellitus na atenção primária. **Acta Paul. Enferm. (Online)**., São Paulo, v. 28, n. 3, p. 250-255, 2015.

COSTA, I.G.; TREGUNNO, D.; CAMARGO-PLAZAS, P. The Journey Toward Healing: A Constructivist Grounded Theory of Engagement in Self-Management for Individuals with Diabetic Foot Ulcer. **Can. j. Diabetes.**, v. 42, n. 5, p. S25, oct. 2018.

COUTINHO, M. D. P. de. Depressão Infantil: Uma Leitura Psicossociológica. In: MOREIRA, Antônia Silva Paredes. (Org.). **Representações Sociais. Teoria e Prática**. João Pessoa: UFPB/Editora Universitária/ Autor associado, 2001. Cap. II, p. 319-331.

CUBAS, M.R. *et al.* Pé diabético: orientações e conhecimento sobre cuidados preventivos. **Fisioter. mov.**, Curitiba, v. 26, n. 3, p. 647-655, Sept. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502013000300019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 agot. 2018.

DAVIDSON, M. B. **Diabetes mellitus: diagnóstico e tratamento**. 4.ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

DIBLEY, L.; WILLIAMS, E.; YOUNG, P. When Family Don't Acknowledge: A Hermeneutic Study of the Experience of Kinship Stigma in Community-Dwelling People With Inflammatory Bowel Disease. **Qual. health res.**, Newbury Park, 2019.

ENCONTRO REGIONAL DA ABRAPSO, 7., 2012, Vitória – ES. OpenEvoc: um programa de apoio à pesquisa em representações sociais. Vitória, 2012.

ESCUDEIRO, C.L.; SILVA, I.C.M. **Adoçando o fel do pesquisar: a doce descoberta das representações sociais**. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, 1997.

FALQUETO, J.; FARIAS, J. Saturação teórica em pesquisas qualitativas: relato de uma experiência de aplicação em estudo na área de administração. **Atas – Inv. qual. ciênc. sociais.**, v.3. 2016. Disponível em: <<https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/1001/977>>. Acesso em: 10 de mar. 2019.

FEITOSA, I.O.; PIMENTEL, A. HIPERDIA: práticas de cuidado em uma unidade de saúde de Belém, Pará. **Rev. NUFEN.**, Belém, v. 8, n. 1, p. 13-30, jan. – jul., 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912016000100003>. Acesso em: 09 mar. 2019.

FONTANELLA, B.J.B. *et al.* Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 389-394, fev. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n2/20.pdf>>. Acesso em: 10 de mar. 2019.

FORMOSA, C.; CHOCKALINGAM, N.; GATT, A. Diabetes foot screening: challenges and future strategies. **Foot (Edinb).**, Edinburgh, v. 38, p. 8-11, mar. 2019.

GALLETTA, M. *et al.* Sense of coherence and physical health-related quality of life in Italian chronic patients: the mediating role of the mental component. **BMJ Open.**, London, v. 9, n.9, 2019. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6756344/>>. Acesso em: 07 de nov. 2019.

GIL, A.C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6ª ed. São Paulo: Ed. Atlas, 2008.

GUEST, J.F.; FULLER, G.W.; VOWDEN, P. Diabetic foot ulcer management in clinical practice in the UK: costs and outcomes. **Int. Wound j.**, Oxford, v. 15, n. 1, p. 43-52, dec. 2017.

GHOTASLOU, R.; MEMAR, M.Y.; ALIZADEH, N. Classification, microbiology and treatment of diabetic foot infections. **J. wound care.**, London, v. 27, n. 7, p. 434-441, jul. 2018.

HILL, A.; DUNLOP, G. Determining the patient-perceived impact of foot health education for patients with diabetes mellitus. **Diabetic foot j.**, London, v. 18, n. 4, p. 174-178, 2015.

HJELM, K.; APELQVIST, J. Influence of beliefs about health and illness on self-care and care-seeking in foreign-born people with diabetic foot ulcers: dissimilarities related to origin.

J. wound care., London, v. 25, n. 11, p. 602-616, nov. 2016.

HUANG, M. *et al.* Self-Management Behavior in Patients with Type 2 Diabetes: A Cross-Sectional Survey in Western Urban China. **PLoS ONE.**, San Francisco, v. 9, n. 4, p. e95138, April. 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0095138>>. Acesso em: 02 de jun. 2018.

INTERNATIONAL CONSENSUS ON THE DIABETIC FOOT. **International consensus working group on the diabetic foot**, 2001.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **IDF Diabetes Atlas: Eight edition**, 2017. Disponível em: <https://diabetesatlas.org/IDF_Diabetes_Atlas_8e_interactive_EN/>. Acesso em: 20 de mai. 2018.

JODELET, D. **Les représentations sociales**. Paris: Presses Universitaires de France, 2003.

KHUNKAEW, S.; FERNANDEZ, R.; SIM, J. Health-related quality of life among adults living with diabetic foot ulcers: a meta-analysis. **Qual. life res.**, Oxford, v. 28, n. 6, p. 1413-1427, jun. 2019.

KOLLTVEIT, B.H. *et al.* Conditions for success in introducing telemedicine in diabetes foot care: a qualitative inquiry. **BMC nurs.**, London, v. 16, n. 2, jan. 2017.

KOLLTVEIT, B.H. *et al.* Telemedicine follow-up facilitates more comprehensive diabetes foot ulcer care: a qualitative study in home-based and specialist health care. **J. clin. nurs.**, Oxford, v. 27, n. 5-6, p. e1134-e1145, mar. 2018.

KOLLTVEIT, B.H. *et al.* Telemedicine in diabetes foot care delivery: health care professionals' experience. **BMC health serv. res.**, London, v. 16, p. 134, apr. 2016.

KUHNKE, J. L. *et al.* The role of qualitative research in understanding diabetic foot ulcers and amputation. **Adv. skin and wound care.**, Springhouse, v. 27, n. 4, p. 182-188, Apr. 2014.

KURECIC, M. *et al.* Novel electrospun fibers with incorporated comensal bacteria for potential preventive treatment of the diabetic foot. **Nanomedicine.**, New York, v. 13, n. 13, p. 1583-1594, Jul. 2018.

LACROIX, A.; ASSAL, J.P. **Therapeutic education of patients: new approaches to chronic illness**. Paris: Vigot, 2000.

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. **Metodologia do trabalho científico: projetos de pesquisa/pesquisa bibliográfica/teses de doutorado, dissertações de mestrado, trabalhos de conclusão de curso**. 8ª ed. São Paulo: Atlas, 2017.

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. **Técnicas de pesquisa**. 7ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.

LEUNG, L. Validity, reliability, and generalizability in qualitative research. **J Family Med Prim Care.**, India, v. 4, n. 3, p. 324-327, Jul-Sep. 2015.

MALHOTRA, N. **Pesquisa de Marketing: uma Orientação Aplicada**. 6ª. Edição. Porto

Alegre: Bookman, 2011.

MACIEL, I.C.F.; ARAÚJO, T.L. Consulta de enfermagem: Análise das ações junto a programas de hipertensão arterial, em Fortaleza. **Rev. latinoam. enferm. (Online)**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 11, p. 207-214, mar-abril. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n2/v11n2a10.pdf>>. Acesso em: 03 de mar. 2019.

MARÇAL, C. C. B. *et al.* A salutogênese na pesquisa em saúde: uma revisão integrativa. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 26, p. 1-6, 2018.

MARTINEZ, E.A.; DE SOUZA, S.R.; TOCANTINS, F.R. As contribuições das representações sociais para a investigação em saúde e enfermagem. **Invest. educ. enferm.**, Medellín, v. 30, n. 1, p. 101-107, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v30n1/v30n1a12.pdf>>. Acesso em: 25 de mar. 2019.

MAVROGENIS, A.F. *et al.* Current concepts for the evaluation and management of diabetic foot ulcers. **EFORT Open Rev.**, London, v. 3, n. 09, p. 513-525, Sep. 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6174858/>>. Acesso em: 03 de mar. 2019.

MANNE-GOEHLER, J. *et al.* Health system performance for people with diabetes in 28 low- and middle-income countries: A cross-sectional study of nationally representative surveys. **PloS med.**, San Francisco, v. 16, n. 3, p. 1-21, mar. 2019.

MANTOVANI, Alessandra Madia *et al.* Estudo comparativo das representações sociais sobre diabetes mellitus e pé diabético. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 12, p. 2427-2435, dez. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n12/v29n12a08.pdf>>. Acesso em: 04 ago. 2018.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto – enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, Dec. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 Jul. 2019.

MERIÇ, M. *et al.* It is not diabetic foot: it is my foot. **J. Wound care.**, London, v. 28, n. 1, p. 30-37, jan. 2019.

MITTELMARK, M.B.; SAGY, S.; ERIKSSON, M. **The handbook of salutogenesis**. Cham (CH): Springer, 2017.

MOREIRA, A.S.P.; MORIYA, T.M. Aspectos psicossociais da epilepsia: representações sociais intergrupais. In: MOREIRA, A.S.P. e OLIVEIRA, D. C. (Org.). Estudos interdisciplinares de representação social. Goiânia: AB, 1998. Cap. IV, p. 205- 214.

MORERA, J.A.C. *et al.* Aspectos teóricos e metodológicos das representações sociais. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. 4, p. 1157-1165, Out-Dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n4/pt_0104-0707-tce-24-04-01157.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2019.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais**: investigações em psicologia social; editado em

inglês por Gerard Duveen; traduzido do inglês por Pedrinho A. Guareschi. 11. ed. Petrópolis: Vozes, 2015.

MOURA, L.M.; SHIMIZU, H.E. Social representations of health and illness of municipal health counselors. **Physis: revista de saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 103-125, Jan. 2017.

NAMGOONG, S. *et al.* Risk factors for major amputation in hospitalised diabetic foot patients. **Int. wound j.**, Oxford, v. 13, n. 1, p. 13-19, mar. 2016.

NAMGOONG, S.; HAN, S.K. Status of wound management in Korea. **Wound repair regen.**, v. 26 (Suplemento 1), p. S3-S8, dec. 2018.

NEWTON, V. *et al.* “Losing” joint mobility in feet and podiatry practice: a qualitative investigation of the role of limited joint mobility in the clinical assessment of the diabetic foot. **Diabetic foot j.**, v.21, n. 4, p. 254-259, 2018.

NÓBREGA, S. M.; COUTINHO, M. D. P. L. O teste de associação livre de palavras. In: M. P. L. Coutinho & A. S. Lima, F. B. Oliveira & M. L. Fortunato (Orgs.), **Representações sociais: abordagem interdisciplinar.** João Pessoa: Universitária, 2003.

NOBREGA, S.M. Sobre a teoria das representações sociais. In: MOREIRA, A.S.P. (Org.). **Representações sociais: teoria e prática.** Pernambuco: Universitária/UFPB, 2000. p. 55-87.

OLIVEIRA, A. F. *et al.* Estimativa do custo de tratar o pé diabético, como prevenir e economizar recursos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1663-1671, Jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000601663&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 Agost. 2018.

ORDAZ, O.; VALA, J. Objetivação e ancoragem das representações do suicídio na imprensa escrita. In: MOREIRA, A.S.P.; OLIVEIRA, D.C. (Orgs.). **Estudos interdisciplinares de representação social.** Goiânia: AB, 1998. Cap. II. p. 87-114.

OREM, D.E.; TAYLOR, S.G. Reflections on Nursing Practice Science. **Nurs. sci. q.**, Baltimore, v. 24, n. 1, p. 35-41, Jan. 2011.

PALAYA, J.; PEARSON, S.; NASH, T. Perception of social support in individuals living with a diabetic foot: a qualitative study. **Diabetes Res Clin Pract.**, Brussels, v. 146, p. 267-277, dec. 2018.

PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE: 2013: **acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências:** Brasil, grandes regiões e unidades da federação / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. – Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

PESSANHA CARVALHO, M.C.M. *et al.* Ineffectiveness of information and access to health services: vulnerability to human papillomavirus. **Int. nurs. rev.**, Geneve, v. 66, n. 2, p. 280-289, Jun. 2019.

RASMUSSEN, B.S. *et al.* A qualitative study of the key factors in implementing telemedical

monitoring of diabetic foot ulcer patients. **Int. j. med. inform.**, Ireland, v. 84, n. 10, p. 799-807, oct. 2015.

REICH, M. R. *et al.* Moving towards universal health coverage: lessons from 11 country studies. **Lancet.**, London, v. 387, n. 10020, p. 811-816, Aug. 2015. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)60002-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)60002-2/fulltext)>. Acesso em: 05 de mar. 2019.

RICHARDSON, R.J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 4ª. Ed. São Paulo: Atlas, 2017.

RODRÍGUEZ, G. J. *et al.* Familia, economía y servicios sanitarios: claves de los cuidados en pacientes con diabetes y amputación de miembros inferiores. Estudio cualitativo en Andalucía. *Aten. prim.*, Barcelona, v. 50, n. 10, p. 611-620, dec. 2018.

RODRIGUEZ-SANCHEZ, B. *et al.* The relationship between diabetes, diabetes-related complications and productive activities among older Europeans. *Eur J Health Econ.*, v. 19, n. 5, p. 719–734, Jun. 2018.

ROXANA, C. C. I. *et al.* Práticas educativas no paciente diabético e perspectiva do profissional de saúde: uma revisão sistemática. **J. bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 196-204, 2017. Disponível em <<http://bjn.org.br/details/1946/pt-BR/praticas-educativas-no-paciente-diabetico-e-perspectiva-do-profissional-de-saude--uma-revisao-sistematica>>. Acesso em: 30 de Jun. 2018.

SÁ, C.P. de. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, M.J. (Org) **O conhecimento no cotidiano**. São Paulo: Brasiliense, 1999. p. 19-45.

SÁ, C.P. de. **Núcleo das representações sociais**. Rio de Janeiro: Vozes, 1996.

SÁ, C.P. de. **A construção do objeto de estudo de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: UERJ, 1998.

SÁ, C.P. de. **Estudos de psicologia social: história, comportamento, representações e memória**. Rio de Janeiro: Eduerj, 2015. Teoria e pesquisa do núcleo central. p. 209-226.

SALES, Z. N. **Representações Sociais do Cuidado no Diabetes Mellitus**. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2003. 160f. Tese (Doutorado), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2003.

SALOMÉ, G. M.; PEREIRA, V. R.; FERREIRA, L. M. Spirituality and subjective wellbeing in patients with lower-limb ulceration. **J. wound care.**, London, v. 22, n. 5, p. 230-236, may. 2013.

SAMPAIO, R.M. Políticas Públicas no Programa de Saúde da Família: Insumos, Responsabilidades e Compromissos ao Paciente com Pé Diabético. Coordenação Nacional de Hipertensão e Diabetes, Ministério da Saúde, 2009.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, P. B. **Metodologia de Pesquisa**. 3. ed. São Paulo: McGraw-Hill, 2006.

SEGUEL, G. ¿Por qué debemos preocuparnos del pie diabético? Importancia del pie diabético. **Rev. méd. Chile.**, Santiago, v. 141, n. 11, nov. 2013.

SCHOEN, D.E.; GLANCE, D.G.; THOMPSON, S.C. Clinical decision support software for diabetic foot risk stratification: development and formative evaluation. **J Foot Ankle Res.**, London, v. 12, n. 8, p. 2-10, dec. 2015.

SILVA, E.D.S.; CAMARGO, B.V.; PADILHA, M.I. A teoria das representações sociais nas pesquisas da enfermagem brasileira. **Rev. bras. enferm. (Online).**, Brasília, v. 64, n. 5, p. 947-51, set-out. 2011. Disponível em: <
<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a22v64n5.pdf>>. Acesso em: 03 de mai. 2019.

SMITH-STROM, H. *et al.* An integrated wound-care pathway, supported by telemedicine, and competent wound management – essential in follow-up care of adults with diabetic foot ulcers. **Int. J. Med. Inform.**, Ireland, v. 94, p. 59-66, oct. 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de diabetes: 2015-2016. São Paulo: AC Farmacêutica, 2016.

SOTHORNWIT, J. *et al.* Decreased health-related quality of life in patients with diabetic foot problems. **Diabetes metab syndr obes.**, Auckland, v. 11, p.35-43, mar. 2018.

SOUSA, F.N.; COSTA, A.P.; MOREIRA, A. webQDA [programa de computador]. Aveiro: Microio/Ludomedia, 2019.

TOSCANO, C. *et al.* Annual Direct Medical Costs of Diabetic Foot Disease in Brazil: A Cost of Illness Study. **Int. j. environ. res. public health.**, Basel, v. 15, n. 1, p. 1-13, jan. 2018.

TAN, S.; HOROBIN, H.; TUNPRASERT, T. The lived experience of people with diabetes using off-the-shelf prescription footwear in Singapore: a qualitative study using interpretative phenomenological analysis. **J. foot ankle res.**, London, v. 12, p. 19, mar. 2019.

TEIXEIRA, E.R.; FIGUEIREDO, N.M. de A. **O desejo e a necessidade no cuidado com o corpo**: uma perspectiva estética na prática de Enfermagem. Rio de Janeiro: EdUFF, 2001.

VALA, J.; MONTEIRO, M. B. (Coord.). **Representações sociais** – para uma psicologia social do pensamento. Psicologia social. Lisboa: Fundação Calauste Gulbenkian, Serviço de Educação, 2002.

VERGÈS, P. A. Evocação do dinheiro: um método para definição do núcleo central de uma representação. In: MOREIRA, A. S. P.; CAMARGO, B. V.; JESUÍNO, J. C. *et al.* Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais. João Pessoa: UFPB Universitária, 2005.

VILEIKYTE, L.; CREWS, R. T.; REEVES, N. D. Psychological and Biomechanical Aspects of Patient Adaptation to Diabetic Neuropathy and Foot Ulceration. **Curr. diab. Rep.**, Philadelphia, v. 17, n. 11, p. 1-11, sep. 2017.

VILLAR, L.M. *et al.* Prevalence of hepatitis B and hepatitis C among diabetes mellitus type 2 individuals. **Plos ONE.**, San Francisco, v. 14, n. 02, p. 1-10, fev. 2019.

YIN, R. K. **Pesquisa qualitativa do início ao fim**; Tradução: Daniel Bueno; revisão técnica: Dirceu da Silva. Porto Alegre: Penso, 2016.

WACHELKE, J.; WOLTER, R. Critérios de construção e relato da análise prototípica para representações sociais. *Psicol. teor. pesqui.*, Brasília, v. 27, n. 4, p. 521-526, out-dez. 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v27n4/17.pdf>>. Acesso em: 13 de jul. 2019.

WANG, S.Y. *et al.* The diabetic foot amputation decision-making process. **Adv. skin wound care.**, Springhouse, v. 31, n. 9, p. 413-420, sep. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World health statistics 2018**: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneve: WHO, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global report on diabetes**. Geneve: WHO, 2016. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204871/9789241565257_eng.pdf;jsessionid=BA4E6DB4FB0194F0F867193F792D6CFA?sequence=1>. Acesso em: 02 de mar. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Diabetes Mellitus**. WHO int, 2019. Disponível em: < <https://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs138/en/>>. Acesso em: 28 fev. 2019.

ZHANG, P. *et al.* Global epidemiology of diabetic foot ulceration: a systematic review and meta-analysis. **Ann. med.**, Helsinki, v. 49, n. 2, p. 106-116, mar. 2017.

ZHANG, Y. *et al.* Depression in chinese patients with type 2 diabetes: associations with hyperglycemia, hypoglycemia, and poor treatment adherence. **J Diabetes.**, v. 7, n. 6, p. 800-808, nov. 2015.

APÊNDICE

APÊNDICE A**TALP**

Cite quatro palavras que vêm à sua cabeça quando você ouve falar em pé diabético:

- 1- _____
- 2- _____
- 3- _____
- 4- _____

Indique qual dos termos mencionados é o mais importante para si (circule o termo no item acima)

Roteiro de entrevista

1. O que representa seu pé para você?
2. Qual a importância do seu pé no seu cotidiano?
3. Fale sobre o pé diabético.
4. Como você se sentiu após apresentar esta complicação do diabetes – pé diabético?
5. Como você vê seus pés?
6. Como você acha que as pessoas olham para os seus pés?
7. Como você realiza os cuidados com seus pés?
8. Alguém te ajuda no cuidado com seus pés? O que isso significa para você?

11) Doenças associadas ou complicações:

A) Pé diabético Quantas vezes? _____ Quanto tempo tem o diagnóstico atual? _____

B) HAS

C) Dislipidemia

D) Obesidade

E) Doença aterosclerótica

F) Nervos

G) Olhos: _____

H) Circulação: _____

I) Rins: _____

J) Outro: _____

12) Já se internou pelo pé diabético?

A) sim

B) não

Por quê? _____

Quantas vezes? _____

APÊNDICE C
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(Resolução 466/12)

Prezado (a) Sr (a):

Meu nome é **GEYSA SANTOS GÓIS LOPES**, enfermeira e discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFMA, tendo como orientadora a professora Dra. Isaura Leticia Tavares Palmeira Rolim. Venho, por meio deste, convidar-lhe a participar, como voluntário (a), da pesquisa intitulada **REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO PÉ DIABÉTICO PARA PESSOAS COM DIABETES MELLITUS**, cujo objetivo é compreender o que significa o pé diabético para o (a) senhor (a). Tal convite se deve ao fato do senhor (a) apresentar pé diabético como complicação do diabetes mellitus. Mas, se o (a) senhor (a) não desejar fazer parte da pesquisa, não é obrigado (a). Pode haver algumas palavras que não entenda ou algo que você queira que eu explique mais detalhadamente e, caso isso ocorra, por favor, peça para que eu pare a qualquer momento e eu explicarei.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a algumas perguntas e gostaríamos de solicitar a sua permissão para gravar a entrevista.

Gostaria de salientar que existem riscos mínimos relacionados a esta pesquisa, pois será realizada uma entrevista que pode gerar desconforto, mexer com sentimentos e cansaço. Caso ocorra algo do tipo, por favor, me informe para que eu possa interromper a conversa até completo restabelecimento ou não dê mais continuidade, se assim o (a) senhor (a) preferir. Além disso, a entrevista acontecerá em local reservado para evitar que tais problemas possam ocorrer.

Como benefício, o resultado da pesquisa servirá como fonte de dados para a melhoria do atendimento dos pacientes com diabetes mellitus.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira ou no atendimento na instituição. Entretanto, todas as pessoas que participarem da pesquisa serão ressarcidas e terão direito a assistência integral e gratuita, caso tenha algum custo ou danos diretos/indiretos, imediatos/tardios que sejam decorrentes da participação no estudo pelo tempo que for necessário.

A pesquisadora responsável se compromete a garantir total sigilo a sua identidade, privacidade e que o senhor (a) terá o direito de não mais participar do estudo a qualquer tempo e retirar o seu consentimento, sem que essa decisão traga quaisquer prejuízos. Está, ainda, reservado o direito de solicitar esclarecimentos, quando houver necessidade, sendo que as respostas obtidas na pesquisa serão respeitosamente utilizadas em trabalhos e eventos científicos da área da saúde, sem qualquer identificação dos indivíduos participantes, ou seja,

o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Asseguramos que as informações dadas pelo Senhor (a) são sigilosas e serão utilizadas somente para esta pesquisa. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário da UFMA. Os Comitês de Ética em Pesquisa são colegiados interdisciplinares e independentes, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo criados para garantir a proteção dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Esse Comitê tem a responsabilidade de assegurar a proteção das pessoas que participam das pesquisas e pode tomar decisões sobre o que ocorre com os estudos científicos que envolvem pessoas.

Caso esteja de acordo em participar do estudo, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra da pesquisadora e rubrique em todas as páginas junto à pesquisadora. A cópia será arquivada em um local seguro pela responsável pela pesquisa.

Informação sobre a pesquisa:

- a) Objetivo: Compreender as representações sociais de pessoas com pé diabético sobre essa condição, ou seja, entender o significado do pé diabético para a pessoa com pé diabético.
- b) Justificativa: O interesse por esse estudo surgiu devido à escassez de pesquisas que enfoquem a pessoa com pé diabético, visto como um ser que desempenha um papel na sociedade e que elabora significados sobre a sua condição.
- c) Procedimentos que serão utilizados: Sua participação consistirá em responder algumas perguntas sobre aspectos sociodemográficos e clínicos e falar sobre a sua experiência com o pé diabético. A entrevista terá uma duração aproximada de 30 minutos, a qual terá que responder sobre informações pessoais, cujas falas serão gravadas.
- d) Explicação dos possíveis desconfortos e riscos: A entrevista pode gerar desconforto, estresse e mexer com sentimentos que exijam a interrupção da entrevista.
- e) Os benefícios esperados nessa participação: Os resultados da pesquisa podem auxiliar na reestruturação das abordagens educativas, uma vez que tornará mais clara a forma como os indivíduos se apropriam do conhecimento sobre a enfermidade, como internalizam as informações sobre o pé diabético.

Seguem os telefones e o endereço institucional da pesquisadora e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá esclarecer dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Contatos da pesquisadora:

Geysa Santos Góis Lopes

Enfermeira e discente do Curso de Mestrado Acadêmico em Enfermagem – UFMA

Departamento de Enfermagem/ Universidade Federal do Maranhão

Endereço: Av. dos Portugueses, 1966, Centro Pedagógico Paulo Freire - Vila Bacanga, São Luís - MA, 65080-805

E-mail: geysagois@hotmail.com Telefone: (98) 98233 5252

Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com a pesquisadora responsável, questões éticas ou denúncias relativas a esta pesquisa, comunique o fato ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão - Unidade Presidente Dutra – 4º andar:

Rua Barão de Itapary, 227 - Centro, São Luís - MA, 65020-070. Telefone: (98) 2109- 1021/ 2109-1250

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Li ou alguém leu para mim as informações acima e compreendi o propósito da pesquisa, assim como os benefícios e riscos de participação do mesmo. Tive a oportunidade de esclarecer dúvidas junto à pesquisadora, sendo tais questionamentos esclarecidos satisfatoriamente. Eu, por intermédio deste, desejo contribuir com as informações necessárias para este estudo. Recebi uma cópia assinada do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. São Luís, __de____201_.



Impressão dactiloscópica (para os sem escolaridade)

Assinatura do participante da pesquisa

Documento de identidade

Geysa Santos Góis Lopes

(Pesquisadora e mestranda da UFMA/ Contato: (98) 98233-5252)

Assinatura da testemunha (para os sem escolaridade)

ANEXO

ANEXO A – Declaração de ciência e autorização da COMIC

		UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA COMISSÃO CIENTÍFICA – COMIC – HUUFMA	
PARECER DE AUTORIZAÇÃO			
Financiamento		Finalidade do projeto	
<input checked="" type="checkbox"/> Recurso Próprio <input type="checkbox"/> Fomento Público Nacional <input type="checkbox"/> Fomento Público Internacional <input type="checkbox"/> Fomento Privado Nacional / Ind. Farmacêutica <input type="checkbox"/> Fomento Privado Internacional / Ind. Farmacêutica		<input type="checkbox"/> Coparticipante <input type="checkbox"/> Dep. Acadêmico <input type="checkbox"/> Doutorado <input type="checkbox"/> Especialização <input type="checkbox"/> Graduação <input type="checkbox"/> Iniciação Científica <input checked="" type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Multicêntrico <input type="checkbox"/> Residência Buco Maxilo <input type="checkbox"/> Residência Médica <input type="checkbox"/> Residência Multiprofissional <input type="checkbox"/> Serviço/HU-UFMA	
		Nº do Protocolo: 23523.016306/2018-11 Data de Entrada: 09/08/2018 Nº do Parecer: 95/2018 Parecer: APROVADO	

I - IDENTIFICAÇÃO:

Título: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO PÉ DIABÉTICO PARA PESSOAS COM DIABETES MELLITUS	
Pesquisador Responsável: Isaura Leticia Tavares Palmeira Rolim	
Maior Titulação: Doutorado	
Equipe Executora: Geysa Santos Góis Lopes	
Unidade onde será realizado: <input type="checkbox"/> HUPD <input type="checkbox"/> HUMI <input type="checkbox"/> CEPEC <input type="checkbox"/> Biobanco <input checked="" type="checkbox"/> Anexos	
Setor de realização: Ambulatório	
Cooperação estrangeira: <input type="checkbox"/>	Multicêntrico: <input type="checkbox"/> Coparticipante: <input type="checkbox"/> Não se aplica: <input checked="" type="checkbox"/>

II - OBJETIVOS**- Geral:**

- Compreender as representações sociais de pessoas com pé diabético sobre essa condição.

- Específicos:

- Identificar as representações sociais que indivíduos com pé diabético manifestam sobre essa comorbidade.
- Descrever os elementos estruturantes das representações sociais do pé diabético, segundo os participantes da pesquisa.

III – CRONOGRAMA: Início da coleta: Janeiro/2019**Final do estudo:** Dezembro/2019**IV - NÚMERO ESTIMADO DA AMOSTRA:** 25

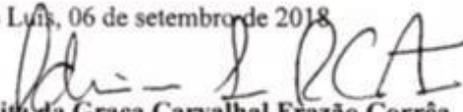
V - RESUMO DO PROJETO: O diabetes mellitus (DM) configura-se em um relevante problema de saúde pública, tanto nos países desenvolvidos como em desenvolvimento, devido a sua alta prevalência e pelo aumento progressivo da sua incidência ao longo dos últimos anos. Uma das questões mais preocupantes relacionadas ao DM assenta-se na alta prevalência e impacto das suas complicações, em destaque a neuropatia periférica (NP), popularmente conhecida como pé diabético, que afeta sobremaneira

o processo de viver humano cotidiano da pessoa, tanto na esfera individual, como familiar, quanto para a sociedade como um todo. O pé diabético é considerado uma complicação devastadora por estar intimamente associado à mutilação e à incapacidade funcional. Tem como objetivo analisar as representações sociais do pé diabético elaboradas por indivíduos que apresentam essa comorbidade. Estudo exploratório, descritivo, com abordagem quanti-qualitativa que será realizado com pacientes atendidos no ambulatório de endocrinologia ou que estarão sob regime de internação no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão. A pesquisa será realizada com indivíduos portadores de diabetes mellitus com diagnóstico de pé diabético no período de janeiro a março de 2019. A coleta de dados será realizada por meio de um instrumento que contém uma questão para aplicação de teste de associação livre de palavras (TALP), um roteiro para caracterização do perfil sócio, demográfico e clínico do paciente, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A análise dos dados terá como referencial teórico a Teoria das Representações Sociais (TRS). Os dados originados da TALP serão processados através do *software Ensemble de Programmes Permettant l'Analyse des Evocations* (EVOC) e os dados oriundos da entrevista em profundidade serão analisadas através do olhar da técnica de análise de conteúdo temático. Financiamento Próprio.

VI – PARECER: APROVADO

A aprovação representa a autorização para a coleta de dados no âmbito do HU-UFMA, fundamentado na Resolução 001/CAHU/UFMA de 03 de agosto de 2007, entretanto o **início da coleta de dados** está condicionado à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa CEP/HU-UFMA **em atendimento à Resolução CNS nº 466/12** e suas complementares, considerando que os aspectos éticos não são avaliados pela COMIC.

São Luís, 06 de setembro de 2018


Prof. Dra. Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa
Gerente de Ensino e Pesquisa-GEP/HU-UFMA
Matrícula SIAPE: 407790

P/

**ANEXO B – Declaração de ciência e autorização da Coordenação de Estágio e Pesquisa
da Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão**



**GOVERNO DO ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SECRETARIA ADJUNTA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
COORDENAÇÃO DE ESTÁGIO E PESQUISA
AV Carlos Cunha S/N . Calhau. São Luís-MA –Fone (098)31985614**

Ofício nº03/2019

Ao Comitê de Ética

São Luís, 8 de janeiro de 2019.

Prezado Presidente,

O (A) pesquisador (a) responsável a Dra Isaura Leticia Tavares Palmeira Rolim da Universidade Federal do Maranhão do Programa de Mestrado de Enfermagem , através da equipe executora formada por Geysa Santos Góis , deu entrada nessa Coordenação solicitando autorização para realizar o estudo intitulado **“REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO PÉ DIABÉTICO PARA PESSOAS COM DIABETES MELLITUS”** na *Secretaria Estado da Saúde* através do Processo SES 0002319/2019 tendo como financiamento: Recursos Próprios do Pesquisador.

Desta forma, a **AUTORIZAÇÃO PARA O INÍCIO DA PESQUISA** na Assessoria Jurídica da Secretaria de Estado da Saúde ficará na dependência da **COMPROVAÇÃO DO PARECER CONSUBSTANCIADO COM APROVAÇÃO** emitido pelo CEP contendo respectivamente o número do CAAE, o número do parecer e data da aprovação.

TERMO DE COMPROMISSO

Declaramos para os devidos fins que a coleta de dados da pesquisa intitulada acima, somente será realizada no PAM Diamante após **APROVAÇÃO do Comitê de Ética em Pesquisa** no qual será julgado e **liberação da Coordenação de Estágio e Pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão**.

Código na base de dados de gerenciamento das pesquisas da Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão:656

São Luís, 8 de janeiro de 2019

Isaura Leticia T.P. Rolim

Nome completo e CPF

484.766.253.91

Atenciosamente,

Cynthia Griselda Castro Viégas
Cynthia Griselda Castro Viégas
MATRÍCULA 2594174
Coordenação de Estágio e Pesquisa da SES

ANEXO C – Mini Exame do Estado Mental

1. Orientação espacial (0-5 pontos):

Em que dia estamos? () Ano () Semestre () Mês () Dia () Dia da Semana

2. Orientação espacial (0-5 pontos):

Onde Estamos? () Estado () Cidade () Bairro () Rua () Local

3. Repita as palavras (0-3 pontos): () Caneca () Tijolo () Tapete

4. Cálculo (0-5 pontos):

O senhor faz cálculos?

Sim (vá para a pergunta 4a)

Não (vá para a pergunta 4b)

4a. Se de 100 fossem tirados 7 quanto restaria? E se tirarmos mais 7? () 93 () 86 () 79 () 72 () 65

- 4b. Solete a palavra MUNDO de trás pra frente: () O () D () N () U () M

5. Memorização (0-3 pontos):

Peça para o entrevistado repetir as palavras ditas há pouco. () Caneca () Tijolo () Tapete

6. Linguagem (0-2 pontos):

Mostre um relógio e uma caneta e peça para o entrevistado nomeá-los. () Relógio () Caneta

7. Linguagem (1 ponto):

Solicite ao entrevistado que repita a frase: () NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ

8. Linguagem (0-3 pontos):

Siga uma ordem de 3 estágios:

() Pegue esse papel com a mão direita.

() Dobre-o no meio.

() Coloque-o no chão.

9. Linguagem (1 ponto):

() Escreva em um papel: "FECHE OS OLHOS". Peça para o entrevistado ler a ordem e executá-la.

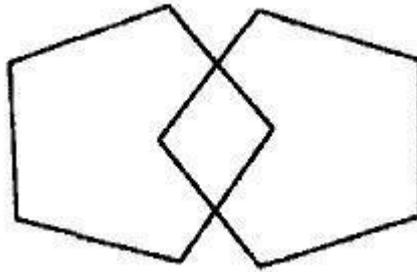
10. Linguagem (1 ponto):

() Peça para o entrevistado escrever uma frase completa. A frase deve ter um sujeito e um objeto e deve ter sentido. Ignore a ortografia.

11. Linguagem (1 ponto):

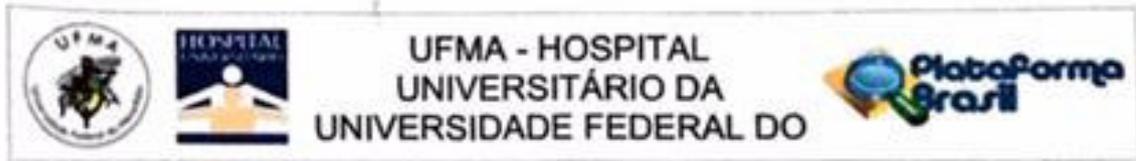
Peça ao entrevistado para copiar o seguinte desenho. Verifique se todos os lados estão

preservados e se os lados da intersecção formam um quadrilátero. Tremor e rotação podem ser ignorados.



- Somar todas as caselas, sendo que cada uma vale 1 ponto. É considerado normal escore acima de 27. Bertolucci e col. (1994) aplicaram o mini exame mental em 530 adultos para avaliar o efeito da idade e da escolaridade no desempenho final do teste e concluíram que o nível educacional é preditor significativo, no entanto, o fator idade não o é. Assim, analfabetos possuem o escore tido como normal quando este for > 13 ; 1 a 8 anos de escolaridade, escore > 18 e indivíduos com mais de oito anos de escolaridade, escore > 26 .

**ANEXO D – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital
Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HU/UFMA**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO PÉ DIABÉTICO PARA PESSOAS COM DIABETES MELLITUS

Pesquisador: Isaura Letícia Tavares Palmeira Rolim

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 98556918.7.0000.5086

Instituição Proponente: Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HU/UFMA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.979.292

Apresentação do Projeto:

Introdução

O diabetes mellitus (DM) configura-se em um relevante problema de saúde pública, tanto nos países desenvolvidos como em desenvolvimento, devido a sua alta prevalência e pelo aumento progressivo da sua incidência ao longo dos últimos anos. O número de indivíduos com diabetes tem aumentado como consequência do crescimento e do envelhecimento populacional, da maior urbanização, da epidemia de obesidade e sedentarismo, assim como a maior sobrevida de pacientes com essa doença silenciosa (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016). Em 2016, 41 milhões de mortes processaram-se no mundo por doenças de natureza não transmissível, correspondendo a 71% do total geral que era de 57 milhões de mortes. Nesta categoria, o DM foi responsável por 1,6 milhões de mortes, ou seja, 4% do total (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). Consoante a International Diabetes Federation (IDF), no ano de 2017, 425 milhões de adultos possuíam o diagnóstico de diabetes, sendo que 1 em cada 2 casos permanecia não diagnosticado. Ainda de acordo com essa entidade, os números são alarmantes. Em 2017 houve 10 milhões de adultos a mais com o diagnóstico do que no ano de 2015. Um em cada 6 nascidos vivos foi afetado por hiperglicemia gestacional e 54 bilhões de dólares foi gasto a mais do que em 2015 para arcar com os custos decorrentes do diabetes. Quatro de cada cinco pessoas com diabetes vivem em países de baixa renda e, para o ano de 2045, a projeção é que 629 milhões de pessoas, com a idade entre 20 e 79 anos de idade, convivam com essa doença. Essa estimativa da

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

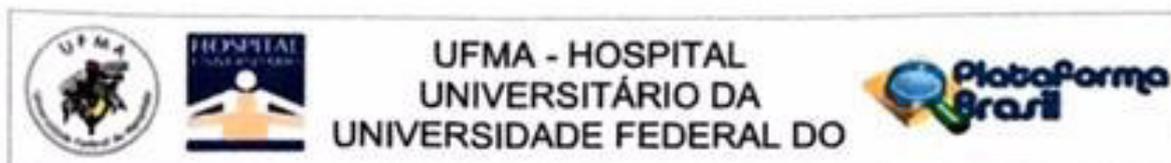
CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 2.979.292

doença no futuro reveste-se de importância, sinalizando a oportuna e necessária alocação de recursos de forma racional com vistas à mudança deste cenário mundial, sobretudo, em países em desenvolvimento, a exemplo do Brasil. Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, realizada em parceria entre o Ministério da Saúde e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, em 2013 e divulgada no ano de 2015, revelou que o diabetes mellitus atingia 9 milhões de brasileiros da população adulta (6,2%), sendo o sexo feminino o mais acometido (7%): 5,4 milhões de mulheres contra 3,6 milhões de homens. Os percentuais de prevalência da doença por faixa etária foram caracterizados por: 0,6% entre 18 a 29 anos; 5% de 30 a 59 anos; 14,5% entre 60 e 64 anos e 19,9% entre 65 e 74 anos. Para aqueles que tinham 75 anos ou mais de idade, o percentual foi de 19,6%. Por seu turno, a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) difunde que atualmente existem mais de 13 milhões de pessoas vivendo com DM, o que representa 6,9% de brasileiros (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016). Mais proximamente, em 2017, o Ministério da Saúde divulgou os dados do Vigitel - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – tomando explícitos os percentuais de acometimento por regiões do Brasil e, nesta pesquisa, a cidade de São Luís – MA apresentou-se com elevada prevalência, 6,8% de pessoas com DM, evidenciando um cenário preocupante no rank nacional (BRASIL, 2017). Uma das questões mais preocupantes relacionadas ao DM assenta-se na alta prevalência e impacto das suas complicações, em destaque a neuropatia periférica (NP), popularmente conhecida como pé diabético, que afeta sobremaneira o processo de viver humano cotidiano da pessoa, tanto na esfera individual, como familiar, quanto para a sociedade como um todo. O pé diabético é considerado uma complicação devastadora por estar intimamente associado à mutilação e à incapacidade funcional (CUBAS et al, 2013). O termo genérico “pé diabético” refere-se à variedade de condições patológicas que podem afetar os pés em pacientes com diabetes. Pode ser acometido por ulceração que está associada à processo infeccioso, neuropatia e/ou doença arterial periférica do membro inferior (ALEXIADOU, DOUPIS, 2012; BOULTON, 2016). Sobre o impacto em âmbito populacional, foi identificado a partir de uma revisão sistemática e meta-análise em grande escala por Zhang et al. (2017) que a prevalência global de pé diabético era de 6,3% (IC95%: 5,4-7,3%), sendo que a prevalência na América do Norte, Ásia, Europa, África e Oceania foi de 13,0% (IC95%: 10,0-15,9%), 5,5 % (IC 95%: 4,6-6,4%), 5,1% (IC 95%: 4,1-6,0%), 7,2% (IC 95%: 5,1-9,3%) e 3,0% (IC 95%: 0,9-5,0%) respectivamente. Tão problemático quanto às cifras supracitadas é a estimativa de que 25% dos diabéticos que vivem em países em desenvolvimento apresentem, ao longo da vida, uma lesão no pé, cujo prognóstico é influenciado pela doença vascular e pela infecção, ambas associadas em mais de 50% das amputações de membros inferiores. Estima-se

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

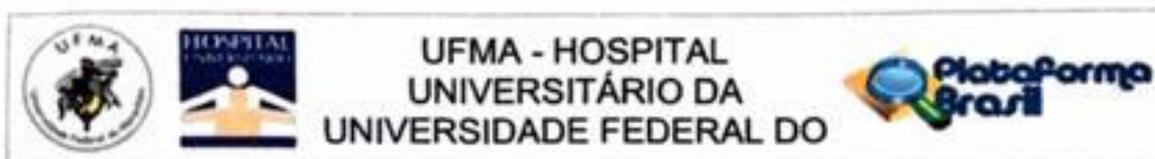
CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 2.979.292

que 70% das amputações não-traumáticas realizadas nos hospitais do Primeiro Mundo são decorrentes do pé diabético. Os estudiosos salientam que as úlceras do pé diabético e suas complicações e as altas taxas de reulceração reduzem a qualidade de vida relacionada à saúde do paciente, particularmente no que diz respeito às funções físicas e psicológicas, enquanto representam um custo significativo para os serviços de saúde (SEGUEL, 2013; NAMGOONG et al, 2016). As consequências econômicas dos problemas relacionados ao pé diabético são grandes, especialmente para os pacientes e suas famílias, e também para a sociedade. Neste último caso, medido em custos diretos atribuídos ao tratamento, como curativos ou procedimentos cirúrgicos, bem como custos indiretos, medidos por perda de produtividade, serviços sociais, assistência domiciliar e qualidade de vida (OLIVEIRA et al, 2014). Estudos prévios sobre qualidade de vida relacionada à saúde mostraram ser este um indicador marcadamente ruim em pacientes diabéticos, sendo assinalado que este tipo de lesão faz com que as pessoas experimentem severas restrições na vida diária. Destaca-se o isolamento social como consequência da mobilidade reduzida, exigência do tratamento clínico frequente e cuidado constante, com impacto na percepção de sentimentos negativos e estreita relação com níveis mais altos de depressão e pior adaptação psicossocial à doença (SOTHORNWIT, 2018). Consoante Beattie, Campbell e Vedhara (2014), com base nos dados do seu estudo, concluíram que o gerenciamento do pé diabético é de alta complexidade, demandando uma cooperação conjunta entre os pacientes e profissionais de saúde, com o intuito de detectar problemas concretos e potenciais, evitando o aparecimento do pé diabético. Os autores ressaltam, ainda, que o processo educativo deverá ser conduzido a cada contato, levando-se em consideração as reais demandas de cada um. Na prática assistencial cotidiana, observa-se comportamentos que não cooperam para a prevenção do pé diabético, levando-nos a questionar como poderiam ser desenvolvidas ações educativas que instigassem as pessoas a refletirem sobre sua real condição de saúde, com conseqüente mudança de atitudes e tomada de decisões conscientes sobre seus cuidados. Como resultado da escassez de propostas de prevenção da condição pé diabético fundamentadas na real existência do paciente, evidencia-se índices elevados de complicações e amputações de membros inferiores, causando impactos negativos na qualidade de vida desses pacientes. Tem-se a impressão de que falta entendimento, por parte dos profissionais de saúde, do significado que essa condição crônica tem para esses indivíduos, de como eles veem sua doença e como se cuidam diuturnamente. Ao realizar pesquisa nas bases de dados online, até o momento da elaboração deste trabalho, foi possível constatar e acessar estudos relacionados ao pé diabético que abordam os mais distintos aspectos: qualidade de vida (a exemplo do estudo de Sothornwit et al, 2018), sistemas de estratificação de risco para

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

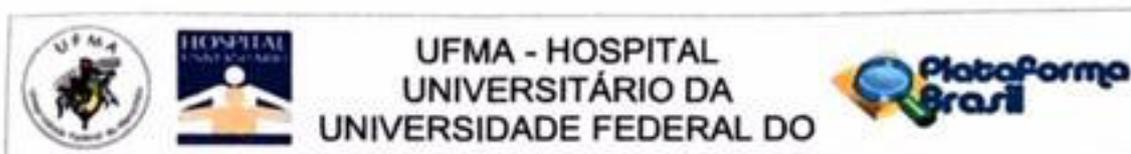
CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 2.879.292

úlceras do pé diabético (Schoen, Glance e Thompson, 2015), alguns tratamentos inovadores com bactérias comensais que poderiam auxiliar no tratamento preventivo desta complicação (Kurecic et al, 2018), tratamento de lesões e infecções (Ghotaslou, Memar, Alizadeh, 2018), sistemas de classificação para predição de amputação de membros inferiores em indivíduos com lesões ativas do pé diabético (Monteiro – Soares, 2014), estudos epidemiológicos (Zhang et al, 2017) e assim por diante. Foram encontrados ainda alguns estudos qualitativos, mas sob a perspectiva da Teoria Fundamentada nos dados a exemplo do estudo de Aliasgharpour e Nayeri (2012). Foram encontrados apenas dois estudos que tratam da mesma temática deste trabalho. Ambos foram executados no Brasil: o trabalho de Coelho (2004) e a pesquisa de Mantovani et al (2013). Diante dos fatos, percebe-se que há uma grande quantidade de pesquisas que abordam a enfermidade, com enfoque biológico, fisiopatológico, e não a pessoa que apresenta pé diabético, visto como ator social, e suas representações sociais. Dessa forma, definiu-se como objeto de estudo o pé diabético, não sob a ótica da biologia, mas na perspectiva social, de como essa comorbidade é representada e resignificada pelos atores sociais que com ela convivem; como o indivíduo que apresenta o pé diabético expressa seu convívio com o núcleo social, suas frustrações e suas motivações após o aparecimento dessa complicação. Com o intuito de penetrar mais profundamente na realidade do paciente e compreender seu universo à luz da teoria das Representações Sociais, após essas reflexões, surgiram os seguintes questionamentos: - Qual é a representação social do pé diabético elaborada pelos indivíduos que apresentam essa comorbidade?- Quais os elementos estruturantes que orientam a formação das representações sociais do pé diabético?

Hipótese:

Por se tratar de pesquisa exploratória, o presente estudo não requer a formulação de hipóteses para serem testadas, pois a pesquisa se propõe a buscar mais informações acerca da temática.

Metodologia Proposta:

Considerando os objetivos definidos neste estudo, a pesquisa é exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa e quantitativa. O cenário de investigação será o ambulatório de endocrinologia do Hospital universitário da UFMA (HUUFMA), localizado no município de São Luís – MA, assim como as enfermarias do referido hospital, onde se encontram os pacientes internados com pé diabético. Os participantes do estudo serão indivíduos portadores de diabetes mellitus com diagnóstico de pé diabético, com 18 anos ou mais, que realizam acompanhamento de saúde

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

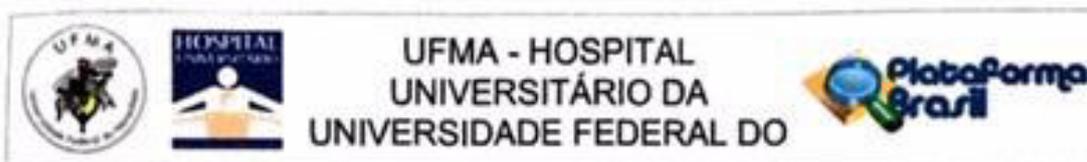
CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 2.879.292

em serviço especializado vinculado ao HUUFMA. Esse acompanhamento poderá ser tanto ambulatorial quanto sob regime de internação. Será realizado contato com os indivíduos que apresentam diagnóstico de diabetes mellitus e que, na ocasião, possuem pé diabético como complicação, no ambulatório de endocrinologia do HUUFMA ou que esteja internado. Neste momento, a pesquisadora se apresentará, explanando os objetivos da pesquisa e convidando o paciente a participar do estudo. Na condição de aceitação, a entrevista será realizada em ambiente privativo no próprio local de abordagem. A coleta de dados ocorrerá durante o período de janeiro a março de 2019 e será realizada em três etapas sequencialmente: primeiramente será utilizado o roteiro para caracterização do perfil sócio, demográfico e clínico do paciente. Depois, será empregado um instrumento que contém uma questão para aplicação de teste de associação livre de palavras – TALP – e, por fim, será realizada a entrevista em profundidade. Para execução das duas últimas etapas será solicitada a permissão para serem gravadas. O recrutamento de novos participantes será interrompido por saturação teórica ao se constatar que elementos novos para subsidiar ou aprofundar o estudo não são mais apreendidos a partir das entrevistas e observações da pesquisadora. A análise dos dados terá como referencial teórico a Teoria das Representações Sociais. Acredita-se que esta teoria auxiliará na compreensão do significado elaborado sobre a condição pé diabético pelos indivíduos diabéticos. Os dados originados da TALP serão processados através do software Ensemble de Programmes Permettant l'Analyse des Evocations. A análise e interpretação dos dados oriundos da entrevista em profundidade serão realizadas através da técnica de análise de conteúdo temático. A análise segue os seguintes passos: O corpus será constituído pelos testes de associação livre de palavras e pelas entrevistas. Após transcrição na íntegra das entrevistas, será realizada a leitura flutuante, seguida por leitura exaustiva e serão definidas as categorias emergentes. Depois será realizada a junção de termos por similaridade. A preparação do material será realizada através da Seleção das Unidades de Análise, onde serão utilizadas as unidades de contexto correspondendo às entrevistas transcritas, tendo como critério de recortes as frases ou palavras, de acordo com critério semântico; e o Recorte, classificação e codificação (após decomposição das falas dos participantes do estudo, será realizada a codificação dos temas, a partir de inventário do conteúdo manifesto, agrupando-os em categorias simbólicas e subcategorias, a partir dos objetivos propostos para posterior procedimento de inferência e interpretações). Posteriormente será realizada a categorização, seguida pelo teste das técnicas, onde os conteúdos serão separados em categorias e subcategorias com o objetivo de tornar claro o objeto de estudo. Após serão elaboradas propostas de categorização, até alcançar o que será entendido como adequado à elucidação do tema proposto.

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

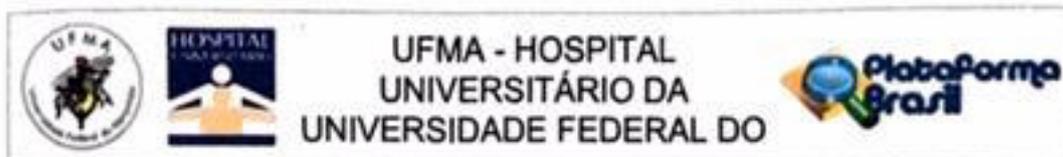
CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 2.879.292

Finalmente, será realizada a descrição das categorias, onde o corpus será agrupado em categorias e subcategorias para serem posteriormente discutidas

Metodologia de Análise de Dados:

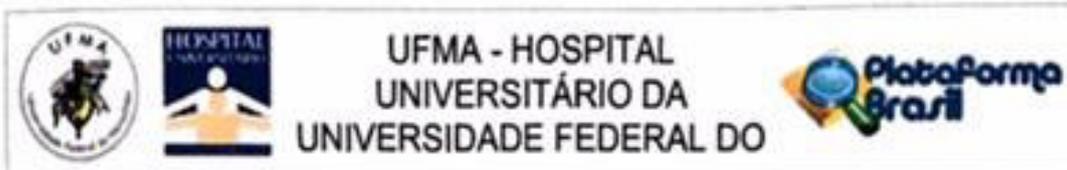
A análise dos dados terá como referencial teórico a Teoria das Representações Sociais (TRS), uma vez que essa teoria possibilita a compreensão dos fenômenos do cotidiano, entre eles a saúde e a doença dos diversos grupos sociais (Silva et al, 2003). Acredita-se que a TRS auxiliará na compreensão do significado elaborado sobre a condição pé diabético pelos indivíduos diabéticos. Os dados originados da TALP serão processados através do software Ensemble de Programmes Permettant l'Analyse des Evocations (EVOC). Este programa dá origem a dados numéricos de ordem média de evocação e frequência média de evocação, através de análise lexicográfica (VERGÉS, 2005). A análise e interpretação dos dados oriundos da entrevista em profundidade serão realizadas através do olhar da técnica de análise de conteúdo temático. Este método pode ser definido como uma técnica de investigação que pretende interpretar as comunicações, através da descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo presente nas conversas (BARDIN, 2016). Bauer e Gaskell (2017) sustentam que a análise de conteúdo é utilizada para produzir inferências de um texto focal para seu contexto social de maneira objetivada. Richardson (2017) confirma tais definições, ao aduzir que a análise de conteúdo é uma técnica de pesquisa que descreve objetiva e sistematicamente o conteúdo que surge no âmbito das entrevistas, com a finalidade de ser interpretado. Bardin (2016) aponta três etapas metodológicas para o período de análise dos dados que são: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados – a inferência e a interpretação. Esse processo de análise qualitativa das entrevistas englobam os seguintes passos: leitura e releitura das transcrições e anotações, com marcação e realce do texto, adicionando-se notas e comentários, corte e colagem de textos, identificação de concordância no contexto de certas palavras, formas ou representação gráfica dos assuntos, fichas de anotações e análise por temas. Assim, nota-se que a análise de conteúdo é uma técnica que trabalha com a palavra contida no texto, permitindo, de forma prática e objetiva, a produção de inferências do conteúdo da comunicação replicável ao seu contexto social.

Tamanho da Amostra no Brasil: 25

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Endereço: Rua Barão de Itapery nº 227	CEP: 65.020-070
Bairro: CENTRO	
UF: MA	Município: SAO LUIS
Telefone: (98)2109-1250	E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 2.879.292

Compreender as representações sociais de pessoas com pé diabético sobre essa condição.

Objetivo Secundário:

Identificar as representações sociais que indivíduos com pé diabético manifestam sobre essa comorbidade e descrever os elementos estruturantes das representações sociais do pé diabético, segundo os participantes da pesquisa.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O Pesquisador relatou como risco que "ressalta-se que existem riscos mínimos relacionados a esta pesquisa, de origem psicológica e/ou emocional, com possibilidade de dano a dimensão psíquica, pois utilizaremos como instrumento de coleta de dados entrevista em profundidade que, ao longo do diálogo, pode gerar desconforto, estresse e suscitar sentimentos que exijam ajustes psicossociais, assim como cansaço ao responder aos questionamentos. Caso ocorra algo do tipo, a entrevista será interrompida, será realizada uma escuta qualificada até que haja completo restabelecimento do participante ou, caso o mesmo prefira, não será dada continuidade a entrevista. Além disso, com o intuito de minimizar os riscos, a abordagem aos participantes do estudo se dará em ambiente privativo e que garanta autonomia".

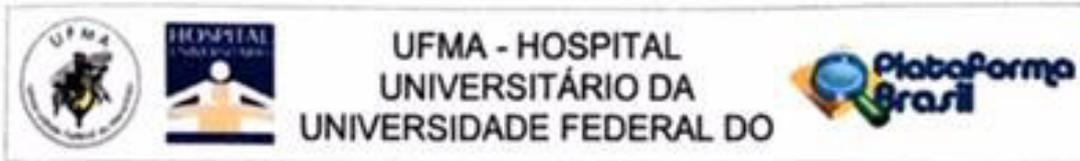
Benefícios:

O pesquisador relatou como benefícios que "os resultados da pesquisa podem auxiliar na reestruturação das abordagens educativas, uma vez que tornará mais claro a forma como os indivíduos se apropriam do conhecimento sobre a enfermidade, contribuindo, assim, para a diminuição das estatísticas de complicações decorrentes do pé diabético, especialmente no que tange a prevenção da amputação de membros inferiores".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo relevante pois tem como objetivo analisar as representações sociais do pé diabético elaboradas por indivíduos que apresentam essa comorbidade. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, com abordagem quanti-qualitativa que será realizado com pacientes atendidos no ambulatório de endocrinologia ou que estarão sob regime de internação no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA), localizado no município de São Luís, MA, Brasil, no período de janeiro a março de 2019. Participarão da pesquisa indivíduos portadores de diabetes mellitus com diagnóstico de pé diabético. A coleta de dados será realizada por meio de

Endereço: Rua Barão de Itapery nº 227
 Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070
 UF: MA Município: SAO LUIS
 Telefone: (98)2109-1250 E-mail: osp@huufma.br



Continuação do Parecer: 2.979.292

um instrumento que contém uma questão para aplicação de teste de associação livre de palavras (TALP), um roteiro para caracterização do perfil sócio, demográfico e clínico do paciente e, por fim, será realizada a entrevista em profundidade após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A análise dos dados terá como referencial teórico a Teoria das Representações Sociais (TRS). Os dados originados da TALP serão processados através do software Ensemble de Programmes Permettant l'Analyse des Evocations (EVOG) e os dados oriundos da entrevista em profundidade serão analisados através do olhar da técnica de análise de conteúdo temático.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo apresenta documentos referente aos "Termos de Apresentação Obrigatória": Folha de rosto, Declaração de compromisso em anexar os resultados na plataforma Brasil garantindo o sigilo, Orçamento financeiro detalhado, Cronograma com etapas detalhada, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), Autorização do Gestor responsável do local para a realização da coleta de dados e Projeto de Pesquisa Original na íntegra em Word. Atende à Norma Operacional no 001/2013(item 3/ 3.3).

O protocolo apresenta ainda as declarações de anuência, declaração de responsabilidade financeira e termo de compromisso com a utilização dos dados resguardando o sigilo e a confidencialidade e Termo de autorização para uso de imagem e voz.

Recomendações:

Após o término da pesquisa o CEP-HUUFMA sugere que os resultados do estudo sejam devolvidos aos participantes da pesquisa ou a instituição que autorizou a coleta de dados de forma anonimizada.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O PROTOCOLO atende aos requisitos fundamentais da Resolução CNS/MS nº 466/12 e suas complementares, sendo considerado APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa-CEP-HUUFMA, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº.466/2012 e Norma Operacional nº. 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do projeto de pesquisa proposto.

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

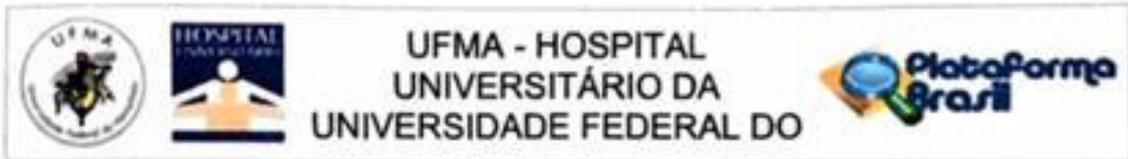
CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 2.979.202

Eventuais modificações ao protocolo devem ser inseridas à plataforma por meio de emendas de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Relatórios parcial e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente após a coleta de dados e ao término do estudo.

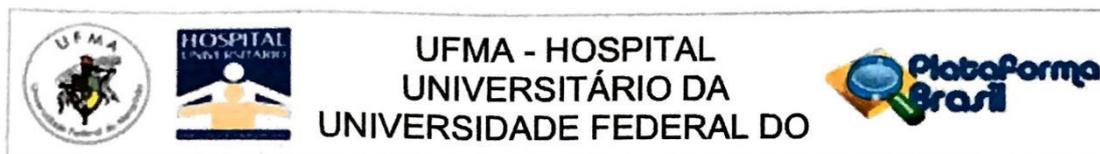
Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1217219.pdf	04/10/2018 18:45:06		Aceito
Outros	CartaResposta1.pdf	04/10/2018 18:43:50	GEYSA SANTOS GOIS LOPES	Aceito
Outros	TermodecompromissoHUUFMA.pdf	04/10/2018 18:41:17	GEYSA SANTOS GOIS LOPES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetodePesquisa_RepresentacoesSociaisPeDiabetico.docx	04/10/2018 18:38:03	GEYSA SANTOS GOIS LOPES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	29/09/2018 10:15:55	Isaura Leticia Tavares Palmeira Rolim	Aceito
Outros	Termodeautorizacaooparausodeimagememvoz.pdf	16/09/2018 17:51:15	Isaura Leticia Tavares Palmeira Rolim	Aceito
Outros	Declaracao_de_responsabilidade_financieira.pdf	16/09/2018 17:45:29	Isaura Leticia Tavares Palmeira Rolim	Aceito
Outros	TermodeAnuencia.pdf	16/09/2018 17:43:36	Isaura Leticia Tavares Palmeira Rolim	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto_Assinada.pdf	13/09/2018 07:41:57	Isaura Leticia Tavares Palmeira Rolim	Aceito
Outros	parecer_comic_geysa.pdf	09/09/2018 22:43:40	Isaura Leticia Tavares Palmeira Rolim	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	09/09/2018 22:38:47	Isaura Leticia Tavares Palmeira Rolim	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	09/09/2018 22:35:37	Isaura Leticia Tavares Palmeira Rolim	Aceito

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227
 Bairro: CENTRO
 UF: MA Município: SAO LUIS
 Telefone: (98)2109-1250

CEP: 65.020-070

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 2.979.292

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 24 de Outubro de 2018

Assinado por:

**Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa
(Coordenador(a))**

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

UF: MA

Telefone: (98)2109-1250

Município: SAO LUIS

CEP: 65.020-070

E-mail: cep@huufma.br