

PÉ DIABÉTICO: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE AS VIVÊNCIAS DAS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS

Geysa Santos Góis Lopes¹ 
Isaura Letícia Tavares Palmeira Rolim¹ 

¹ Universidade Federal do Maranhão, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. São Luís, Maranhão, Brasil.

RESUMO

Objetivo: compreender as representações sociais sobre as vivências das pessoas com a condição de pé diabético.

Método: estudo qualitativo, fundamentado na Teoria das Representações Sociais, realizado com 28 participantes, em serviços de referência no tratamento de pé diabético, em São Luís, Maranhão, Brasil, de fevereiro a maio de 2019. A coleta dos dados ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas, roteiro para caracterização do perfil sociodemográfico e clínico e diário de campo. Aplicou-se análise de conteúdo com suporte do *software* de análise qualitativa de dados para categorização.

Resultados: os resultados possibilitaram identificar duas categorias: vivenciando o pé diabético, com as respectivas subcategorias, e respostas sociais ante o pé diabético. Na primeira categoria, têm-se as subcategorias: aspectos cognitivos, aspectos psicoafetivos, aspectos sociais e moralidade. As representações sociais do pé diabético se sustentaram em vivência cotidiana penosa, com referência à perda funcional, dependência de terceiros e dificuldade de realizar atividades antes habituais.

Conclusão: o estudo possibilitou afirmar que o pé diabético é um objeto de representação social, demonstrando o modo como as pessoas constroem, conectam e aplicam conhecimentos. A investigação constitui ferramenta de apoio ao cuidado da pessoa com pé diabético, por auxiliar no planejamento de intervenções com impactos na elaboração de representações que gerem comportamentos positivos em saúde, na perspectiva da autovigilância dos pés.

DESCRITORES: Pé diabético. Diabetes mellitus. Cuidados de enfermagem. Enfermagem. Psicologia social.

COMO CITAR: Lopes GSG, Rolim ILTP. Pé diabético: representações sociais sobre as vivências das pessoas com diabetes mellitus. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2022 [acesso MÊS ANO DIA]; 31:e20210115. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0115>

DIABETIC FOOT SOCIAL REPRESENTATIONS ABOUT THE EXPERIENCES OF PEOPLE WITH DIABETES MELLITUS

ABSTRACT

Objective: to understand the social representations about the experiences of people with diabetic foot.

Method: a qualitative study, based on the Theory of Social Representations, carried out with 28 participants, in reference services for the treatment of diabetic foot in São Luís, Maranhão, Brazil, from February to May 2019. Data collection took place through semi-structured interviews, a script to characterize the sociodemographic and clinical profile and a field diary. Content analysis was applied with the support of a qualitative data analysis software for categorization.

Results: the results made it possible to identify two categories: experiencing diabetic foot, with the respective subcategories, and social responses to diabetic foot. The first category includes the following subcategories: cognitive aspects, psycho-affective aspects, social aspects and morality. The social representations of diabetic foot were based on a painful daily experience, with reference to functional loss, dependence on others and difficulty performing activities that were previously usual.

Conclusion: the study made it possible to assert that diabetic foot is an object of social representation, showing how people build, connect and apply knowledge. The research constitutes a support tool for the care of people with diabetic foot, as it assists in the planning of interventions with impacts on the development of representations that generate positive health behaviors, from the perspective of foot self-monitoring.

DESCRIPTORS: Diabetic foot. Diabetes mellitus. Nursing care. Nursing. Social psychology.

PIE DIABÉTICO: REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE LA EXPERIENCIA DE PERSONAS CON DIABETES MELLITUS

RESUMEN

Objetivo: comprender las representaciones sociales sobre la experiencia de personas que padecen pie diabético.

Método: estudio cualitativo, basado en la Teoría de las Representaciones Sociales, realizado con 28 participantes, en servicios de referencia en tratamiento del pie diabético, en São Luís, Maranhão, Brasil, de febrero a mayo de 2019. La recolección de datos se realizó a través de entrevistas semiestructuradas, guía para caracterizar el perfil sociodemográfico y clínico y diario de campo. El análisis de contenido se llevó a cabo con el soporte de un software de análisis de datos cualitativos para la categorización.

Resultados: los resultados permitieron identificar dos categorías: la experiencia de vivir con pie diabético, con sus respectivas subcategorías, y respuestas sociales al pie diabético. En la primera categoría, se encuentran las subcategorías: aspectos cognitivos, aspectos psicoafectivos, aspectos sociales y moralidad. Las representaciones sociales del pie diabético se basaron en una experiencia cotidiana dolorosa, con referencia a la pérdida funcional, la dependencia de los demás y la dificultad para realizar actividades que antes eran habituales.

Conclusión: el estudio permitió afirmar que el pie diabético es un objeto de representación social y demuestra cómo las personas construyen, conectan y aplican conocimientos. La investigación se constituye en herramienta de apoyo para el cuidado de personas con pie diabético, puesto que contribuye en la planificación de intervenciones que impacten en el desarrollo de representaciones que generen conductas positivas de salud, desde la perspectiva del autocuidado de los pies.

DESCRIPTORES: Pie diabético. Diabetes mellitus. Cuidados de enfermería. Enfermería. Psicología social.

INTRODUÇÃO

Apontam-se como questões preocupantes relacionadas ao Diabetes Mellitus (DM) a alta prevalência e o impacto das complicações oriundas, com destaque para o pé diabético, que afeta sobremaneira a vida da pessoa acometida, tanto na esfera individual como nos âmbitos familiar e comunitário¹. Conceitua-se como síndrome do pé diabético uma condição fisiopatológica complexa, caracterizada por lesões que aparecem nos pés de pessoa com DM e surgem como resposta de uma neuropatia (90% das ocorrências), de alterações vasculares periféricas e deformidades dos pés².

A premissa de que, para viver e lidar com uma condição crônica, como o pé diabético, é fundamental que o paciente tenha conhecimento sobre a natureza da doença e seja capacitado para realizar o autocuidado, tem estimulado os estudiosos da temática a identificarem estratégias eficazes na promoção do conhecimento fundamentado para consequente tomada de decisão assertiva e prática baseada na melhor evidência científica disponível³. Mas, quais estratégias podem auxiliar na construção de conhecimento adequado? Como isso ocorre?

A literatura recente tem alertado sobre a importante relação entre a autogestão dos cuidados de saúde e a experiência do paciente e de como a vivência com a doença influencia a formação de um corpo de conhecimentos que guiam os cuidados diários⁴. Desta forma, entender como ocorre a construção de sentido das vivências e o respectivo impacto nas práticas de saúde, considerando os conhecimentos adquiridos nas esferas histórica, socioeconômica e política, pode contribuir para uma visão integral da complexidade do processo saúde-doença.

Uma metassíntese, ao explorar as percepções e experiências de pessoas com DM sobre pé diabético, identificou que os participantes das investigações incluídas no estudo apresentavam medos, crenças e interpretações distintas da comunidade científica que influenciaram significativamente os comportamentos de autocuidado com os pés, os quais não colaboravam para prevenção daquela comorbidade⁵. Assim, percebe-se que há um imaginário e teorias do senso comum sobre o pé diabético, tornando-o um objeto de representação social para as pessoas com DM, sendo importante para a comunidade científica conhecer as teorias que tanto influenciam os comportamentos na perspectiva da autovigilância dos pés. Portanto, justifica-se a abordagem deste objeto sob o olhar da Teoria das Representações Sociais (TRS)⁶, uma vez que é relevante socialmente, por apontar recursos cognitivos presentes nas relações sociais e estruturar práticas sociais rotineiras.

Apesar de se identificar essa necessidade para o cuidado em saúde dessa população, verificou-se na literatura que as pesquisas desenvolvidas, em maioria, abordam a enfermidade com enfoque biológico e fisiopatológico, sendo escassos estudos que tem como enfoque principal as Representações Sociais (RS), os significados, a cultura e outros aspectos a respeito da pessoa que apresenta pé diabético. Este contexto sugere a necessidade de ampliar as investigações sobre a temática, com intuito de compreender melhor o fenômeno⁷⁻¹⁴.

Ao realizar rastreamento na literatura científica sobre a temática, encontrou-se estudo que buscou identificar os elementos que estruturam as RS do pé diabético entre pessoas com DM. Ainda nessa perspectiva, a comunidade científica especialista na temática assinalou a necessidade de mais pesquisas que explorem as experiências dos pacientes com pé diabético, com intuito de possibilitar as pessoas a ressignificarem a própria condição e a melhor maneira de se cuidarem, fornecendo pistas de que há um campo a ser explorado¹⁵.

Nessa vertente, compreender as RS sobre a vivência com o pé diabético, sob o olhar e a dinâmica social das pessoas que convivem com essa complicação, possibilitará entender conhecimentos elaborados, atitudes, significados e valores, assim como compreender os sentimentos em relação às ações voltadas aos pés. Esta investigação se encontra em harmonia com a evolução da ciência da Enfermagem, diante da perspectiva de melhor entender as motivações e dificuldades do indivíduo

em relação ao pé diabético que resultam, por vezes, em descuido associado à condição de saúde, podendo, assim, propiciar mudanças no programa de tratamento e cuidados desses atores sociais, durante o acometimento dessa complicação em suas vidas, auxiliando-os no autogerenciamento e melhorando a qualidade de vida destes.

Além disso, o resultado do estudo auxiliará também na compreensão do pé diabético fora do modelo biomédico, uma vez que retirará do foco da biologia e fisiopatologia para enfatizar aspectos sociais e subjetivos, como significados, valores, elementos afetivos e de comunicação. Conceber o cuidado a partir da lógica da pessoa para quem o cuidado é direcionado e atentar para os processos psicossociais subjacentes aos comportamentos de autovigilância dos pés pode ser estratégia efetiva a ser utilizada por enfermeiros na prevenção desta e de outras complicações em pessoas com DM.

Nesse sentido, a presente investigação buscou preencher a lacuna do campo da RS sobre as experiências no âmbito da síndrome do pé diabético e responder ao seguinte problema de pesquisa: quais as representações sociais sobre as vivências das pessoas com pé diabético? Para responder a esta questão de pesquisa, a investigação objetivou compreender as representações sociais sobre as vivências das pessoas com a condição de pé diabético.

MÉTODO

Para o alcance do objetivo proposto, criou-se desenho metodológico caracterizado por um estudo qualitativo, descritivo e exploratório, fundamentado na TRS de Moscovici. A TRS é aplicada para facilitar a compreensão do pesquisador sobre o conhecimento socialmente compartilhado, abordando a interface do que é peculiar ao indivíduo na constante inter-relação com o social. Por esta razão, permite organizar conteúdos mentais estruturados, a partir de um fenômeno social relevante, identificado em imagens e compartilhado com outros membros do grupo social. Aplicou-se a vertente processual da teoria, buscando compreender origem e processo de elaboração⁶.

A TRS considera que as RS constituem esquemas de interpretação resultantes da interação de alguns aspectos, como do grupo de pertença do indivíduo, do modo como interage e vive e da estrutura social que o envolve. As RS, assim, são entendidas como um modo de decifrar a realidade, conferindo significado à existência dos grupamentos e coordenando-os em torno de interesses coletivos. Possibilitam, ainda, moderar vínculos sociais e direcionar o comportamento expresso pela pessoa e as respectivas atitudes, com impactos no cotidiano⁶. Deste modo, a pesquisa em RS auxilia na compreensão do modo como as pessoas assimilam o contexto social, empenhando-se em entendê-las e auxiliando na resolução dos problemas de diversas naturezas. Para garantir o rigor deste estudo, seguiu-se a lista de verificação do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ).

O projeto foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos e os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo o anonimato garantido, em que se utilizou da letra E, seguida de algarismo arábico para identificação dos entrevistados.

O cenário foi composto por três locais: (1) ambulatório de endocrinologia e diabetes; (2) uma enfermaria de clínica médica de um hospital universitário; (3) um centro de especialidades médicas e diagnóstico, considerados serviços de referência para DM no Maranhão, Brasil, localizados na capital, vinculados ao Sistema Único de Saúde. Todos os campos de estudo possuem atendimento específico no âmbito da dermatologia para pé diabético e a equipe de enfermagem realiza os curativos dos membros inferiores em pessoas com DM.

Participaram da pesquisa 28 pessoas com DM, selecionados por meio de amostragem não probabilística por conveniência, considerando-se a disponibilidade para participar e a presença no local, no período da coleta de dados. Os critérios de inclusão foram: 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 às perguntas norteadoras deste estudo. A avaliação dessas condições foi realizada por meio do Miniexame do Estado Mental¹⁶. Destaca-se que a determinação do tempo de diagnóstico de cinco anos se deve ao conhecimento de que os significados são engendrados na experimentação da convivência¹⁷. Assim, participantes com maior tempo de diagnóstico puderam contribuir, de modo mais amplo, com a proposta do estudo. Excluíram-se pessoas com parte ou a totalidade de um dos membros inferiores amputados ou que apresentavam instabilidade clínica. Entende-se como instabilidade clínica quaisquer eventos que alterem o estado hemodinâmico da pessoa, caracterizado por mal-estar, com alterações de pressão sanguínea, frequência cardíaca e/ou mudança do estado de consciência. Durante o recrutamento, abordaram-se 38 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.

O recrutamento de novos participantes 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 intuito de manter atitude ética e de transparência quanto aos critérios de amostragem e evidenciar o rigor científico adotado, utilizou-se da técnica de modo sistematizado¹⁸⁻¹⁹.

Para o emprego da técnica de saturação teórica dos dados, a coleta e análise ocorreram concomitantemente, permitindo a pesquisadora distinguir os elementos que apareceram e os replicados. Seguiram-se oito passos procedimentais para constatar a saturação dos dados. No passo um, os registros das falas foram disponibilizados e transcritos, atentando-se para elementos de entonação e particularidades fônicas. No passo dois, o conteúdo das entrevistas foi explorado à medida que foram sendo realizadas. No passo três, os temas e os enunciados identificados foram compilados por meio do manejo dos trechos após a identificação dos parágrafos das transcrições. No passo quatro, os temas foram reunidos para cada categoria, fazendo constar os trechos das entrevistas pertinentes que os exemplificam. Para execução do passo cinco, os dados foram codificados. No passo seis, os temas foram alocados em uma tabela que permitiu a visualização dos elementos analíticos trabalhados. No passo sete, constatou-se a saturação teórica para cada pré-categoria ou formação de nova categoria. E, finalmente, no passo oito, visualizou-se o ponto no qual nenhuma nova informação foi identificada e considerada relevante para teorização¹⁸.

Identificou-se que, na entrevista de número 25, 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 intuito de confirmar o ponto de saturação, conferindo confiabilidade ao método empregado.

A coleta de dados foi realizada apenas pela primeira autora (enfermeira/ mestre/ pesquisadora/ mulher) que não tinha contato prévio com os participantes e que se dirigia aos cenários de pesquisa de modo aleatório, de acordo com a disponibilidade dela. Nos atendimentos ambulatoriais, inicialmente, a pesquisadora se aproximou e se socializou com os participantes na sala de espera, buscando compreender a dinâmica dos atendimentos, por meio de conversas triviais. Essa maneira de agir é aconselhada quando se utiliza como referencial teórico a TRS¹⁷, pois é uma estratégia válida e imprescindível estabelecer envolvimento pregresso com o grupo, com a finalidade de se familiarizar.

Posteriormente, a pesquisadora se apresentava, fornecendo as 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.

A coleta dos dados foi realizada de fevereiro a maio de 2019, por meio de entrevista semiestruturada, roteiro para caracterização do perfil sociodemográfico e clínico e diário de campo. A questão disparadora da entrevista foi: o que representa para você viver com o pé diabético? 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. As entrevistas tiveram duração entre 45 e 85 minutos e solicitou-se a permissão para serem gravadas em áudio. As reações emocionais dos participantes também foram incorporadas nas transcrições e consideraram-se as interações entre o participante e o entrevistador com base nos registros do diário de campo. As impressões das pesquisadoras foram registradas no diário de campo, imediatamente após as entrevistas, e os registros eram compostos por notas descritivas de campo, abordando aspectos singulares ou recomendações a serem consideradas nas entrevistas seguintes.

A primeira autora transcreveu as entrevistas integralmente, logo após cada abordagem, e o material não retornou aos participantes para validação.

Aplicaram-se recursos das técnicas de análise de conteúdo²⁰. Assim, realizou-se a pré-análise (com leitura exaustiva das transcrições textuais para identificação dos significados), categorização, tratamento e interpretação dos resultados alcançados. As categorias de análise emergiram a partir dos dados empíricos e da articulação com a TRS.

Com intuito de assegurar a qualidade do processo de categorização e o rigor do método, utilizou-se como suporte para organização dos dados o software *Web Qualitative Data Analysis* (WebQDA) versão 3.0, com a colaboração compartilhada. Os arquivos em formato de *word* foram importados para o programa, cujo processo analítico ocorreu de modo interativo, on-line e em tempo real entre as duas pesquisadoras. Com os documentos salvos no programa, seguiu-se o processo de análise, realizado linha por linha, grifando-se as unidades do texto para construção das categorias. 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. Neste processo, a primeira autora identificou quatro categorias e a segunda, duas. Entretanto, após revisão e discussão entre ambas sobre os dados das entrevistas, concluiu-se que duas das categorias identificadas pela primeira autora se tratava de subcategorias da primeira categoria analítica. O processo de codificação e categorização foi realizado simultaneamente, podendo os pesquisadores editarem, visualizarem, interligarem e organizarem todo material.

As entrevistas transcritas foram inseridas como fontes internas no *software* e codificadas de acordo com as categorias empíricas. Por meio da ferramenta de codificação interpretativa disponibilizada pelo WebQDA, utilizou-se do sistema de código árvore que possibilitou a hierarquização em códigos e subcódigos, conforme a necessidade, sendo possível a visualização das unidades de registro em coluna de referências que exibe o excerto do texto codificado. Após, concebeu-se a síntese de cada categoria, delimitando-se os núcleos de sentido, agrupando-os por tema, sendo possível, assim, a criação de duas categorias analíticas e as respectivas subcategorias. Os temas e subtemas foram nomeados com base nos significados extraídos²⁰.

RESULTADOS

Dos 28 (100%) participantes do estudo, 54% eram do sexo masculino e 46% do feminino, com idade variando de 33 a 92 anos (41% tinham idades entre 60 e 69 anos). No grupo, a média de escolaridade era de 7,2 anos e 67,5% viviam com o cônjuge. O tempo médio de diagnóstico do DM foi de 12 anos: DM tipo 1 correspondeu a 8,7% e DM tipo 2 foi o mais prevalente, com 91,3%.

Em relação ao cenário do estudo, 25% dos participantes encontravam-se em unidade de internação e os demais em atendimento ambulatorial. Entretanto, não se observaram diferenças em relação às representações sociais produzidas nos distintos cenários.

A análise das narrativas conduziu o estudo à compreensão de que há um tema central que exprime como as pessoas acometidas representam a vivência com o pé diabético: vivenciar o pé diabético é penoso, difícil. Essa representação está alicerçada em dois conjuntos principais de

categorias: vivenciando o pé diabético e respostas sociais ante o pé diabético. Na primeira categoria, tem-se as subcategorias: aspectos cognitivos, aspectos psicoafetivos, aspectos sociais e moralidade, sendo apresentadas algumas das falas dos entrevistados para expressar e exemplificar essas categorias e subcategorias.

Categoria 1: Vivenciando o pé diabético

Da categoria *Vivenciando o pé diabético*, emergiram quatro subcategorias que destacam a pessoa que experimenta a condição de 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 morais e crenças. Esta categoria foi formada por 177 unidades de análise.

A primeira subcategoria, denominada *Aspectos cognitivos*, é constituída por 32 unidades de análise, com a contribuição de 19 participantes para formação, e 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 quando ela surge. Nessa subcategoria, percebeu-se 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, se não tiver o cuidado necessário. Começando pela própria diabetes. Se não tiver um controle bem rigoroso, ela vai provocar tudo isso. E 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 e foi isso que ajudou a acontecer isso aí no pé* (E1).

Notou-se nas falas que os conhecimentos e as concepções utilizadas para construção do senso comum sobre as causas do pé diabético apresentaram particularidades alicerçadas no universo reificado de saberes. Eles conversaram no grupo de pertença, absorveram as informações e, posteriormente, ressignificaram esses saberes no cotidiano, justificando o aparecimento da complicação, como revela o 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* (E2).

A segunda subcategoria, *Aspectos psicoafetivos*, é composta por 59 unidades de análise e teve a colaboração dos 28 participantes para composição. 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: [...] *não pode calçar uma sandália altinha com o pé feio, inchado, aí eu fico zangada. Eu não fazia nada, eu só chorava. Perdia a paciência, vivia a flor da pele* (E3); [...] *eu me senti deprimido, pouco desesperado. Eu me sinto inútil* (E1); [...] *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* (E4).

Observaram-se, ainda, RS indicativas de potencial sofrimento emocional, como ilustrado na seguinte narrativa: [...] *porque não dói dentro de mim [pausa] dói na minha alma [fala com muita emoção e choro]* (E5).

A subcategoria *Aspectos sociais* responde pelo maior percentual de composição da categoria analisada, com 68 unidades de análise e contribuição dos 28 participantes para formação. As unidades de registro evidenciaram diversas experiências dos participantes no contexto social, com narrativas que revelaram a limitação em atividades antes habituais, dificuldades e repercussões na vida diária e prática, como revelado: [...] *eu vivo na dependência hoje. Se eu não posso me locomover de um*

lado para o outro, como é que eu posso viver? Parou a vida, porque eu não posso me movimentar. Então, tudo que eu tinha que fazer está parado, esperando a recuperação dos pés. Estou vivo! Mas, não é vivendo a vida plenamente, trabalhando, curtindo, andando. Tudo muito limitado (E6); [...] primeiro foi meu caminhar, porque não podia apoiar com o pé. Comecei a usar muleta, agora já estou na cadeira de rodas. Me trouxe problema, porque trabalhar, eu não pude mais, porque não posso ficar em pé. A minha profissão é pedreiro, não podia me firmar para fazer movimento nenhum. Então, o pé diabético me trouxe bastante dificuldade na minha profissão. Tive que abandonar, abrir mão de tudo (E7).

A subcategoria *Moralidade*, formada por 18 unidades de análise e com o contributo de 18 participantes, contempla as falas que apontaram a dicotomia entre bem e mal personificadas nas figuras de Deus, Jesus e diabo. A partir de algumas unidades de análise, depreendeu-se o controle divino sobre o início da condição pé diabético, a evolução e o resultado terapêutico satisfatório, além de destacar a doença como meio de evolução moral e/ou espiritual e punição, devido a comportamentos inadequados no passado. Os resultados demonstraram que 91,7% das pessoas tinham uma religião, sendo o catolicismo a religião mais citada, seguida do protestantismo: [...] *Essa ferida no pé talvez seja a vontade de Deus* (E8); [...] *mas, o meu Deus falou para 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* (E4); [...] *e tudo que aconteceu comigo provém de Jesus. Porque para mim, eu acho que foi uma prova, um ensinamento. Talvez aquilo que eu fiz para trás, aconteceu. Serviu de exemplo para mim demais. Porque eu já fiz muito* (E9).

Categoria 2: Respostas sociais ante o pé diabético

Esta categoria se formou a partir da contribuição de 25 participantes e abrange 48 unidades de análise que, sob a perspectiva social e o prisma representacional, evidenciaram o enfrentamento social da pessoa com pé diabético e as reações dos profissionais de saúde, do núcleo familiar e de terceiros diante dela. Nesta categoria, foi possível compreender que o pé diabético não é somente uma doença física, tem impactos em diversos aspectos do viver das pessoas, especialmente nos relacionamentos sociais, fazendo-as sentir-se não acolhidas pelos profissionais de saúde e rejeitadas por terceiros e levando-as, por diversas vezes, a manter a condição em segredo, como evidenciam os excertos: [...] *porque meu pé é praticamente coberto todo tempo. Ninguém vê. Sabem que eu tenho um problema, mas a ferida não vê* (E10); [...] *eu me sinto 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* (E11); [...] *todo lugar que eu chegava [referindo-se aos serviços de saúde] todo mundo dizia que a minha ferida estava ruim, que já era para ter sarado, ninguém vinha me confortar, me falar umas palavras boas, não. Só queriam me botar mais para 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* (E12).

DISCUSSÃO

A investigação do pé diabético, enquanto objeto de representação social, aponta para uma vivência cotidiana penosa como representação para os participantes, indicando 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 a forma como a pessoa se percebe no mundo.

Ter um pé funcional e que possibilita a mobilidade e a independência faz parte de um processo natural e esperado. Por outro lado, o aparecimento do pé diabético é algo não familiar que precisa ser apreendido e integrado ao conhecimento e cotidiano, função exercida pelas RS⁶. Neste sentido, os participantes conceberam o pé diabético e tornaram-no palpável, elaborando uma vivência permeada por dificuldades, adversidades e complicações, cuja perda e amputação eram cenários possíveis.

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 comunicação⁶. Na representação elaborada pela maioria dos participantes, havia o conhecimento sobre o pé diabético como desfecho do diabetes. Essa representação originou o autocuidado voltado para o controle dos fatores de risco para DM. Entretanto, esse conhecimento sobre o processo da doença pareceu limitado. Este resultado diverge dos encontrados em metassíntese qualitativa, o qual revelou 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 pés⁵.

Por outro lado, o achado de que o entendimento do grupo investigado se mostrou reduzido, esteve em consonância com estudo prévio, no qual os pacientes com úlcera do pé em hospital de reabilitação exibiram entendimento básico dos fatores causais²¹. O arranjo social de determinado objeto deriva do modo como são adquiridas as informações sobre ele, fragmentando o universo em áreas nas quais as mensagens transitam de modo livre ou com dificuldades⁶. Assim, surge a reflexão sobre até que ponto essa representação para os participantes 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.

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

Esses sentimentos negativos, de forte carga emocional, permeiam as RS do grupo estudado, revelando o potencial efeito nocivo sobre as emoções desses indivíduos, podendo prejudicar a motivação para adesão ao tratamento, como revelado em outra investigação²². 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 da ulceração, apontando ainda que sentimentos negativos ou sinais de depressão eram comuns e, muitas vezes, acompanhados de falta de energia e motivação⁵.

Os participantes representaram o pé diabético como uma experiência árdua, fazendo referência às limitações impostas e à dependência de terceiros, levando-os, por vezes, a experimentarem sentimento de tristeza, irritação, preocupação e terem a impressão de não viverem plenamente. A menção dessas barreiras apresenta o processo de ancoragem da RS, de modo que esses aspectos que envolvem o campo representacional do grupo importam e geram significados, quando os relacionam às limitações e à dependência. Enfatiza-se que a ancoragem é o processo de integração de conhecimentos e conceitos novos a valores e ideias prévias e internalizadas culturalmente, atribuindo sentido ao objeto⁶. Esses mesmos aspectos expressos pelos participantes 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 vulnerabilidade²³.

A percepção de vivência dolorosa surge de uma função e independência prejudicada. Esse fato foi representado como um facilitador para a incapacidade ou prejuízo na deambulação (impacto funcional mais comumente citado) e o 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 acarreta com frequência a aposentadoria prematura. Esse resultado é consistente com o encontrado em estudo prévio que identificou que as doenças crônicas e os respectivos tratamentos caracterizam-se por uma sintomatologia que afeta de modo negativo o desempenho individual no trabalho²⁴. Outra pesquisa realizada com idosos europeus apontou que o fato de apresentar diabetes aumentou a chance daquelas pessoas terem receio de que a condição limitaria as atividades laborais antes da aposentadoria e diminuiu a probabilidade de realizarem trabalhos voluntários formais²⁵.

A marcha prejudicada foi comumente descrita como fator limitante e que traz prejuízos em vários âmbitos da vida, alterando a capacidade de socialização e gerando alterações de humor. Alguns indivíduos descreveram a indicação de uso de algum auxílio-locomoção, como muletas, bengalas e/ou cadeira de rodas, sinalizando o isolamento social associado a esses objetos e a repercussão na autoimagem e no modo como se percebem no mundo. A referência aos dispositivos ortopédicos mostrou 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-locomoção. Ainda sobre a marcha prejudicada relatada pelos participantes, outro 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 questões²⁶.

A maioria dos participantes relataram ter uma religião e esse aspecto pareceu ter repercussão no conteúdo das falas, nas quais se observaram entendimentos de que havia determinação da condição pé diabético por entidade divina, como um dos sentidos importantes da representação. Estas elaborações integraram o universo consensual e transversalizaram as falas e crenças sociais através dos anos, fortalecendo a característica da RS, ao guiar as interpretações e os significados que as pessoas concebem em relação aos objetos sociais relevantes. Algumas unidades de análise evidenciaram elementos mais prescritivos de comportamentos, indicando atitude de aceitação e compreensão do surgimento do pé diabético e revelando pessoa guiada por uma relação profunda com o sagrado e o transcendental que, de alguma maneira, atribui sentido além do que pode ser compreendido objetivamente.

Observou-se, também, a representação do pé diabético como via de purificação de comportamentos inadequados no passado e/ou transgressões de princípios moralmente determinados, motivando a crença de que a condição pé diabético se trata de um castigo, seguido de 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 tratamento²⁷.

O cuidado ao ser humano ante as demandas oriundas do âmbito moral não pode se limitar a uma abordagem tecnicista, uma vez que crenças e construções simbólicas 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, além de fortalecer as relações entre profissionais de saúde e indivíduos, com resultados positivos e maior satisfação com os cuidados prestados.

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 intuito de evitar constrangimento decorrente da aparência e do odor da ferida, em um exemplo claro de quando as RS orientam ações. Algumas narrativas revelaram 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, pesquisa revelou que os pacientes se deparam 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 emocionalmente²⁸.

A percepção de preconceito parece ser um elemento da zona muda das RS, pois os participantes falaram sobre o preconceito de terceiros e não de si próprios. Entretanto, como observado no relato da participante E3, ela mesma caracterizou o próprio pé como “feio”, trazendo um sentido de algo estranho e repugnante. A zona muda é um fragmento da representação, estruturada a partir de elementos não ditos pelas pessoas durante as entrevistas, por se tratar de conteúdo considerado inapropriado e que pode ir de encontro aos valores morais vigentes na sociedade⁶.

Os participantes também apresentaram a RS do pé diabético como doença transmissível, por meio do contato com objetos de uso comum como fundamentação para o distanciamento social em relação às pessoas com essa comorbidade, evidenciando a função prescritiva do agir das RS⁶. Essa representação e forma de agir alertam para necessidade de o enfermeiro atuar de modo que o conhecimento social se aproxime do saber científico, a fim de esclarecer ideias equivocadas e minimizar sofrimentos evitáveis.

Notou-se, ainda, nas falas dos participantes, a percepção de não acolhimento de todas as 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, imprimindo distanciamento nas relações de cuidado e evidenciando superficialidade no atendimento às inúmeras dimensões das necessidades dessas pessoas.

A reputação negativa dos profissionais dos serviços públicos de saúde se trata de um fenômeno cognitivo e é estruturado a partir de uma combinação de informações e experiências pessoais. Nesse cenário, uma série de eventos adversos, incluindo tratamento indelicado por parte dos enfermeiros, colabora para formação dessa imagem dos profissionais de saúde, levando o paciente a experimentar situação de vulnerabilidade institucional, como evidenciado na fala da participante E12. Esses arranjos demonstram que o grupo impõe aos profissionais dos serviços públicos de saúde representações de cuidado ineficiente e que reproduz organizações sociais injustas, por meio de uma relação de poder. A estrutura cultural, os valores e as diretrizes difundidos socialmente e que são delineados pelo arcabouço social e pelas relações de poder são exemplos do nível transubjetivo das RS⁶.

Esses dados abrem também espaço para o debate sobre a dimensão ética do cuidado, principalmente no tocante ao compromisso social inerente às práticas de cuidados e à atenção à solidariedade e integralidade das pessoas com pé diabético. Esta observação foi consistente com trabalho prévio⁵ que mostrou que os indivíduos, em razão das dificuldades, procuravam consolo dos profissionais de saúde e consideravam a comunicação muito ineficaz, tendo a percepção de que os provedores de saúde pareciam não cuidar de modo holístico, comprometendo o relacionamento ou deixando de fornecer apoio emocional. A observância dessas questões pareceu, naquele estudo,

incentivar a passividade nas interações de cuidados de saúde, impactando, de modo negativo, no papel dos participantes como autogestores de sua condição. Outra pesquisa²⁸ 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. Muitos pacientes ressaltavam o papel fundamental da empatia, da compreensão e do canal de comunicação aberto nos espaços de saúde.

A concepção representacional trazida por esta investigação é composta por elementos que envolvem a experiência da pessoa com pé diabético, permitindo esboçar a vivência cotidiana com essa complicação. Os conteúdos identificados possibilitam afirmar que se trata de uma RS, pois há elementos que determinam sua elaboração pelos atores sociais, nomeadamente a informação, a ação e o campo de representação⁶.

O reconhecimento das RS sobre as vivências das pessoas com a condição pé diabético contribui para compreensão do fenômeno a partir do ponto de vista das pessoas que o experimentam, auxiliando para prestação de cuidados inovadores e implementação de uma enfermagem mais avançada, por meio de abordagem centrada no paciente. Outros estudos propõem olhar para a pessoa com DM individualmente, como um parceiro respeitado em seus cuidados, em que a elaboração de um plano realista de cuidados teria maior chance de sucesso, quando essa relação de parceria entre enfermeira e cliente estivesse em evidência²⁹⁻³⁰.

O estudo possibilitou a compreensão do pé diabético como fenômeno psicossocial, do modo como as pessoas constroem, conectam e aplicam conhecimentos na realização do autocuidado, avançando no conhecimento. Portanto, faz-se imperativa a existência de uma enfermagem sensível aos conhecimentos elaborados socialmente sobre o pé diabético e as respectivas repercussões, para que seja possível a implementação de um modelo de cuidado colaborativo, inovador e centrado na pessoa e que, na prática, preste cuidados que sustentem a mobilização de recursos internos, permitindo a tomada de decisões conscientes, maior engajamento com o tratamento e que a torne autônoma na autogestão, possibilitando, assim, o alcance de resultados positivos em saúde e contribuam para o avanço da Enfermagem enquanto ciência e profissão.

Considera-se como limitação o fato de a investigação ter sido restrita as participantes em atendimento nos serviços de saúde, não ficando claro se as representações documentadas se estenderiam a 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 desses pacientes.

CONCLUSÃO

Sob a perspectiva do aporte teórico-metodológico da TRS, reconheceram-se conteúdos e aspectos que formaram as RS da vivência de pessoas com a condição pé diabético, relativamente a conhecimentos, ações, sentimentos. Nesta organização, identificou-se que as RS sobre a vivência com a condição pé diabético surgem fundamentadas em um viver árduo, penoso e envoltas por carga emocionalmente negativa, sustentada pela perda funcional, dependência de terceiros e dificuldade para realizar atividades antes habituais. Observou-se, ainda, que o viver com pé diabético se apresenta como fenômeno complexo e multidimensional que gera RS nas dimensões cognitivas, psicoafetivas, moral e sociais, as quais criam uma rede de significados que contribuem para elaboração da RS.

Assim, o estudo pode constituir ferramenta de apoio ao cuidado da pessoa com pé diabético, especialmente no tocante às barreiras impostas, no manejo dos fatores psicossociais e das construções simbólicas sobre a comorbidade, com oportunidade ímpar para elaboração de representações que gerem atitudes conscientes e que visam apoiar efetivamente a autogestão, na perspectiva da autovigilância dos pés, contribuindo para excelência dos cuidados.

REFERÊNCIAS

1. Chastain CA, Klopfenstein N, Serezani CH, Aronoff DM. A clinical review of diabetic foot infections. *Clin Podiatr Med Surg* [Internet]. 2019 Jul [acesso 2021 Abr 13];36(3):381-95. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.cpm.2019.02.004>
2. Bus SA, Lavery LA, Monteiro-Soares M, Rasmussen A, Raspovic A, Sacoo ICN, et al. Guidelines on the prevention of foot ulcers in persons with diabetes (IWGDF 2019 update). *Diabetes Metab Res Rev* [Internet]. 2020 Mar [acesso 2021 Ago 16];36 Suppl 1:e3269. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/dmrr.3269>
3. Ma JQ. National health information and its role in prevention and control of chronic diseases: framework design of person-centered and whole life recycle surveillance system for chronic diseases. *Zhonghua Yu Fang Yi Xue Za Zhi* [Internet]. 2020 Abr 6 [acesso 2021 Ago 16];54(4):378-84. Disponível em: <https://doi.org/10.3760/cma.j.cn112150-20191223-00950>
4. Manzanque NN, Pérez-Arechaederra D, Montalbán JMC. Side effects and practices to improve management of type 2 diabetes mellitus from the viewpoint of patient experience and health care management. A narrative review. *Endocrinol Diabetes Nutr (Engl Ed)* [Internet]. 2019 Dez [acesso 2021 Ago 16];66(10):596-610. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.endinu.2019.05.010>
5. 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* [Internet]. 2019 Fev [acesso 2021 Abr 13];16(1):183-210. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/iwj.13010>
6. Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. Petrópolis, RJ (BR): Vozes; 2015. 408 p.
7. Coelho MS, da Silva DMGV, Padilha MIS. Social representations of diabetic foot for people with type 2 diabetes mellitus. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2009 Mar [acesso 2021 Abr 13];43(1):65-71. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0080-62342009000100008>
8. Kim EJ, Han K-S. Factors related to self-care behaviours among patients with diabetic foot ulcers. *J Clin Nurs* [Internet]. 2020 Maio [acesso 2021 Set 3];29(9-10):1712-22. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jocn.15215>
9. Carlesso GP, Gonçalves MHB, Moreschi Júnior D. Evaluation of diabetic patients' knowledge about preventive care of the diabetic foot, in Maringá, PR, Brazil. *J Vasc Bras* [Internet]. 2017 Abr-Jun [acesso 2021 Set 3];16(2):113-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1677-5449.006416>
10. Schoen DE, Glance DG, Thompson SC. Clinical decision support software for diabetic foot risk stratification: development and formative evaluation. *J Foot Ankle Res* [Internet]. 2015 Dez 12 [acesso 2021 Abr 13];8:73. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13047-015-0128-z>
11. Zhang P, Lu J, Jing Y, Tang S, Zhu D, Bi Y. Global epidemiology of diabetic foot ulceration: a systematic review and meta-analysis. *Ann Med* [Internet]. 2016 Nov 3 [acesso 2021 Abr 13];49(2):106-16. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/07853890.2016.1231932>
12. Ghotaslou R, Memar MY, Alizadeh N. Classification, microbiology and treatment of diabetic foot infections. *J Wound Care* [Internet]. 2018 Jul 2 [acesso 2021 Abr 13];27(7):434-41. Disponível em: <https://doi.org/10.12968/jowc.2018.27.7.434>
13. Kurečić M, Rijavec T, Hribernik S, Lapanje A, Kleinschek KS, Maver U. Novel electrospun fibers with incorporated commensal bacteria for potential preventive treatment of the diabetic foot. *Nanomedicine (Lond)* [Internet]. 2018 Jul 20 [acesso 2021 Abr 13];13(13):1583-94. Disponível em: <https://doi.org/10.2217/nnm-2018-0014>
14. Sothornwit J, Srisawasdi G, Suwannakin A, Sriwijitkamol A. Decreased health-related quality of life in patients with diabetic foot problems. *Diabetes Metab Syndr Obes* [Internet]. 2018 Mar 7 [acesso 2021 Abr 13];11:35-43. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/DMSO.S154304>

15. Lopes GSG, Rolim ILTP, Alves RS, Pessoa TRRF, Maia ER, Lopes MSV, et al. Social representations on diabetic foot: contributions to PHC in the Brazilian Northeast. *Cien Saude Colet*. 2021 Maio [acesso 2021 Ago 16];26(5):1793-803. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021265.04702021>
16. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental numa população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr* [Internet]. 1994 [acesso 2021 Ago 18];52(1):1-7. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/anp/a/Sv3WmxHYxDkkgmcN4kNFVTv/?lang=pt&format=pdf>
17. Sá CP. *Social psychology studies: history, behavior, representations, and memory*. Rio de Janeiro, RJ (BR): Eduerj; 2015. 458 p.
18. Nascimento LCN, Souza TV, Oliveira ICDS, Moraes JRMM, Aguiar RCB, Silva LFD. Theoretical saturation in qualitative research: an experience report in interview with schoolchildren. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 Jan-Fev [acesso 2021 Set 3];71(1):228-33. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0616>
19. Falqueto JMZ, Farias JS, Hoffmann VE. Saturação teórica em pesquisas qualitativas: relato de uma experiência de aplicação em estudo na área de administração. *Rev Cienc Adm* [Internet]. 2018 Dez [acesso 2021 Abr 13];20(52):40-53. Disponível em: <https://doi.org/10.5007/2175-8077.2018V20n52p40>
20. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa (PT): Edições 70; 2016. 288 p.
21. Barg FK, Cronholm PF, Easley EE, Davis T, Hampton M, Malay DS, et al. A qualitative study of the experience of lower extremity wounds and amputations among people with diabetes in Philadelphia. *Wound Repair Regen* [Internet]. 2017 Set-Out [acesso 2021 Abr 13];25(5):864-70. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/wrr.12593>
22. Khaledi M, Haghghatdoost F, Feizi A, Aminorroaya A. The prevalence of comorbid depression in patients with type 2 diabetes: an updated systematic review and meta-analysis on huge number of observational studies. *Acta Diabetol* [Internet]. 2019 Jun 1 [acesso 2021 Set 3];56(6):631-50. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00592-019-01295-9>
23. Meriç M, Ergün G, Meriç C, Demirci İ, Azal Ö. It is not diabetic foot: it is my foot. *J Wound Care* [Internet]. 2019 Jan 2 [acesso 2021 Abr 13];28(1):30-7. Disponível em: <https://doi.org/10.12968/jowc.2019.28.1.30>
24. Cabeceira HS, de Souza DMST, Juliano Y, Veiga DF. Work ability and productivity in patients with diabetic foot. *Clinics (São Paulo)* [Internet]. 2019 Mar 25 [acesso 2021 Abr 13];74:e421. Disponível em: <https://doi.org/10.6061/clinics/2019/e421>
25. Rodriguez-Sanchez B, Alessie RJM, Feenstra TL, Angelini V. The relationship between diabetes, diabetes-related complications and productive activities among older Europeans. *Eur J Health Econ* [Internet]. 2018 Jun [acesso 2021 Abr 13];19(5):719-34. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10198-017-0911-9>
26. Vileikyte L, Crews RT, Reeves ND. Psychological and biomechanical aspects of patient adaptation to diabetic neuropathy and foot ulceration. *Curr Diab Rep* [Internet]. 2017 Set 23 [acesso 2021 Abr 13];17(11):109. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11892-017-0945-5>
27. Suza DE, Eltrikanawati T, Tarigan R, Setiawan, Gunawan J. The lived experience of patients from an ethnic group in Indonesia undergoing diabetic foot ulcer treatment. *Br J Nurs* [Internet]. 2020 Mar 12 [acesso 2021 Set 3];29(5):S20-6. Disponível em: <https://doi.org/10.12968/bjon.2020.29.5.S20>
28. 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* [Internet]. 2020 Jul 1 [acesso 2021 Abr 13];30(8):1196-211. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1049732319831795>

29. Trout KK, McCool WF, Homko CJ. Person-centered primary care and type 2 diabetes: beyond blood glucose control. *J Midwifery Womens Health* [Internet]. 2019 Maio-Jun [acesso 2021 Abr 13];64(3):312-23. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12973>
30. Muñiz GM, Gómez BA, Becerril LC, Solano GS. Lifestyle of the elderly person living with diabetes and characterization of nursing diagnoses. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2019 [acesso 2021 Abr 13];28:e20170552. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2017-0552>

NOTAS

ORIGEM DO ARTIGO

Extraído da dissertação – Representações sociais do pé diabético para pessoas com diabetes mellitus, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Maranhão, em 2019.

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção do estudo: Lopes GSG, Rolim ILTP.

Coleta de dados: Lopes GSG.

Análise e interpretação dos dados: Lopes GSG, Rolim ILTP.

Discussão dos resultados: Lopes GSG.

Redação e/ou revisão crítica do conteúdo: Lopes GSG, Rolim ILTP.

Revisão e aprovação final da versão final: Lopes GSG, Rolim ILTP.

APROVAÇÃO DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, parecer n. 2.979.292, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética 98556918.7.0000.5086.

CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflito de interesses.

EDITORES

Editores Associados: Laura Cavalcanti de Farias Brehmer, Ana Izabel Jatobá de Souza.

Editor-chefe: Roberta Costa.

HISTÓRICO

Recebido: 13 de abril de 2021.

Aprovado: 20 de setembro de 2021.

AUTOR CORRESPONDENTE

Geysa Santos Góis Lopes

geysagois@hotmail.com

