

Representações sociais do pé diabético para pessoas com diabetes mellitus tipo 2

SOCIAL REPRESENTATIONS OF DIABETIC FOOT FOR PEOPLE WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS

REPRESENTACIONES SOCIALES DEL PIE DIABÉTICO PARA PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

Maria Seloio Coelho¹, Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva², Maria Itayra de Souza Padilha³

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que objetivou compreender as representações sociais do *pé diabético* para pessoas com diabetes mellitus tipo 2. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, com dez pessoas com diabetes mellitus que participavam de um grupo de convivência. Da análise de conteúdo emergiram duas categorias: a *doença do pé com alterações percebidas e ameaças presentes* e; o cuidado com os pés, com o *cuidado como preocupação com o futuro e não cuidado como sentimento de culpa*. Os resultados mostram que movidos pelas representações de alterações e ameaças os sujeitos buscam no cuidado uma esperança de não desenvolver a doença do pé ou controlar a situação. Quando o não-cuidado ocorre, surge o sentimento de culpa por terem conhecimentos e não se cuidarem. As representações sociais contribuíram na busca da compreensão do modo como os sujeitos com diabetes mellitus constroem saberes que expressam sua identidade e guiam seus comportamentos, especialmente vinculado ao pé diabético.

DESCRIPTORIOS

Diabetes mellitus.
Pé diabético.
Percepção social.

ABSTRACT

This is a qualitative study with the purpose to understand the social representations of the *diabetic foot* for people with type 2 diabetes mellitus. Semi-structured interviews were held with ten people with diabetes mellitus, who participated in a support group. Two categories emerged from the content analysis: the *foot disease with perceived alterations and present threats*, and *feet care, with care as a concern with the future, and non-care as a feeling of guilt*. The results show that the subjects seek hopes of not developing foot disease or controlling the situation, influenced by the representations of alterations and threats. When non-care occurs, the feeling of guilt emerges, since the subjects knew about the necessary care but did not use it. The social representations contributed in the search for comprehension of how the subjects with diabetes mellitus build the knowledge that that express their identity and guide their behavior, especially regarding the diabetic foot.

KEY WORDS

Diabetes mellitus.
Diabetic foot.
Social perception.

RESUMEN

Se trata de una investigación cualitativa que tuvo como objetivo comprender las representaciones sociales de *pies diabético* para personas con diabetes mellitus tipo 2. Fueron realizadas entrevistas semi-estructuradas, con diez personas con diabetes mellitus que participaban de un grupo de convivencia. Del análisis de contenido emergieron dos categorías: la *enfermedad del pie con alteraciones percibidas y amenazas presentes* y; el cuidado con los pies, con el *cuidado como preocupación con el futuro y no cuidado como sentimiento de culpa*. Los resultados mostraron que movidos por las representaciones de alteraciones y amenazas los sujetos buscan en el cuidado una esperanza de no desarrollar la enfermedad del pie o de controlar la situación. Cuando ocurre el no cuidado surge el sentimiento de culpa por tener los conocimientos y no utilizarlos. Las representaciones sociales contribuyeron en la búsqueda de la comprensión del modo como los sujetos con diabetes mellitus construyen conocimientos que expresan su identidad y guían sus comportamientos, especialmente vinculado al pie diabético.

DESCRIPTORIOS

Diabetes mellitus.
Pie diabético.
Percepción social.

¹ Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Bolsista do CNPq. Florianópolis, SC, Brasil. seloioelho1@brturbo.com.br ² Doutora em Enfermagem. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil. denise@nfr.ufsc.br ³ Doutora em Enfermagem. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil. padilha@nfr.ufsc.br

INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus (DM) é um grande problema de saúde pública, por se tratar de um distúrbio crônico com elevadas taxas de morbi-mortalidade, que afeta grande parte da população, tendo como causa fatores hereditários e ambientais. No Brasil, estima-se que existam cinco milhões de pessoas com DM, sendo que quase metade (46,5%) desconhece o diagnóstico. Calcula-se que, em 2020, possam existir 11 milhões, devido ao envelhecimento populacional, a obesidade, ao estilo de vida, ao sedentarismo e as modificações nos padrões dietéticos. A prevalência na população urbana de 30 a 69 anos é de 7,6%, magnitude semelhante a países desenvolvidos⁽¹⁻⁴⁾.

O DM e suas complicações vasculares associadas representam a 4ª causa principal de morte nos Estados Unidos. Mais da metade das amputações de extremidades inferiores são decorrentes dessa doença⁽⁴⁾.

As pessoas portadoras de DM têm sido vítimas constantes de amputações de membros inferiores, decorrente da evolução da doença. O Ministério da Saúde destaca que pessoas com DM têm um risco de amputação 15 vezes maior quando comparadas com não diabéticos, correspondendo a 50% das amputações não traumáticas⁽⁵⁻⁶⁾.

O *pé diabético* é uma das mais devastadoras complicações crônicas do DM, em função do grande número de casos que evoluem para amputação. Este termo é utilizado para caracterizar a lesão que ocorre nos pés dos portadores de DM, decorrente da combinação da neuropatia sensitivo-motora e autonômica periférica crônica, da doença vascular periférica, das alterações biomecânicas que levam a pressão plantar anormal e da infecção, que podem estar presentes e agravar ainda mais o caso⁽⁶⁻⁷⁾.

O impacto sócio-econômico do *pé diabético* é grande, incluindo gastos com tratamentos, internações prolongadas e recorrentes, incapacitações físicas e sociais como perda de emprego e produtividade. Para o indivíduo, traz repercussão na sua vida pessoal, afetando sua auto-estima, auto-estima, seu papel na família e na sociedade e, se houver limitação física, pode ocorrer isolamento social e depressão.

Durante nossas experiências de cuidados com pessoas com DM observamos comportamentos inadequados para a prevenção do *pé diabético*. Essa percepção nos trouxe inquietações e questionamentos em relação a como podemos desenvolver propostas educativas que promovam a reflexão das pessoas sobre sua situação e desenvolvam a capacidade de agir e decidir conscientemente sobre seus cuidados.

As doenças crônicas, como o DM, trazem algumas limitações e novas incumbências para as pessoas que as

desenvolvem, que muitas vezes não são aceitas e superadas por falta de conhecimento de como enfrentá-las⁽⁸⁾.

A falta de propostas de prevenção dessas complicações crônicas a partir de desenvolvimento de uma educação em saúde alicerçada na realidade concreta dos indivíduos, repercute nos altos índices estatísticos de complicações e amputações de membros inferiores, influenciando na qualidade de vida dos portadores de DM. Essa cadeia de consequências indesejadas tem, portanto, como um dos principais fatores a assimetria entre o conhecimento que as pessoas têm sobre o viver com a doença e o conhecimento técnico científico dos profissionais de saúde, pois falta compreensão do significado que a doença crônica tem para essas pessoas. Na maioria das vezes não compreendem como os diabéticos percebem sua doença e como os cuidados passam a fazer parte de seu cotidiano. Enfim, para ultrapassarmos as barreiras que existem entre pessoas com doenças crônicas e profissionais de saúde, não basta somente investirmos em desenvolver mais conhecimentos sobre a doença, mas é preciso incluir a compreensão do que é viver com essa doença para podermos criar propostas de educação em saúde que tenham como protagonistas as pessoas e não as doenças.

O impacto sócio-econômico do *pé diabético* é grande, incluindo gastos com tratamentos, internações prolongadas e recorrentes, incapacitações físicas e sociais como perda de emprego e produtividade.

Foi a partir dessas percepções e reflexões que decidimos investigar sobre o significado do *pé diabético* para pessoas portadoras de diabetes mellitus do tipo 2, buscando identificar como representam a complicação do *pé diabético*. Obter maior conhecimento sobre como as pessoas vivenciam o DM e mais especificamente representam o *pé diabético*, é um fator fundamental para a implementação de estratégias de educação em DM que considerem o ser humano em toda sua complexidade e diversidade.

A educação dialógica que privilegia a autonomia do sujeito se estabelece quando há uma comunicação satisfatória entre portadores de DM e o profissional de saúde. Faz-se necessário que ocorra uma relação de respeito, na qual estejam considerados os fatores culturais, sociais e emocionais, as experiências vividas e o conhecimento, que vão permear o processo de ensino/aprendizagem.

A partir dessas considerações desenvolvemos o presente estudo, cujo objetivo foi: identificar as representações sociais das pessoas com diabetes mellitus do tipo 2, atendidas em um serviço de referência para doenças crônicas, sobre o *pé diabético*.

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. A dinâmica das relações é a da familiarização, onde os objetos, pessoas e acontecimentos são percebidos e compreendidos em relação a prévios encontros e paradigmas. Como resultado disso, a memória prevalece

sobre a dedução, o passado sobre o presente, a resposta sobre o estímulo e as imagens sobre a realidade⁽⁹⁾.

As representações são caracterizadas pelas interações humanas. Sempre que encontramos coisas ou situações e nos familiarizamos com elas, essas, encontram-se presentes, e ainda, influenciam os comportamentos humanos e ao mesmo tempo, suas experiências e convívio social.

No estudo apresentado essas representações se deram através do contato prévio com pessoas que apresentaram a complicação do *pé diabético*, que influenciaram no significado elaborado sobre essa complicação. Estas representações criadas nos momentos de comunicação social que se tornam realidade para o grupo social, tendo impacto decisivo em suas escolhas, na maneira como educam seus filhos e cuidam de sua saúde⁽⁹⁾. Assim as representações sobre o *pé diabético* vão influenciar na realização ou não, de cuidados com os pés para prevenção e/ou cuidado com essa complicação.

As experiências do grupo com DM, do grupo social e individual, das informações vinculadas pela mídia, dos serviços de saúde e outros, são registradas na memória dessas pessoas formando o *núcleo figurativo*⁽⁹⁾. Núcleo figurativo ou esquematização estruturante é o núcleo central da representação, pois, determina a significação e a organização da representação. O núcleo figurativo tem função geradora e organizadora, através das quais atribui sentido e determina os elos de unificação entre os elementos da representação⁽¹⁰⁾.

Essas idéias e imagens são construídas no cotidiano das relações, são registros de conclusões passadas armazenadas em nossa memória. Sempre que nos deparamos com situações não-familiares em nossos universos consensuais, lançamos mão de dois mecanismos de um processo de pensamento (ancoragem e objetivação) para integrá-las em nosso mundo mental e físico, tornando-as familiar. Nesse processo tentamos ancorar as idéias estranhas, no caso o *pé diabético*, reduzindo-as a categorias e imagens comuns trazendo-as para um contexto familiar. Após objetivamos essas idéias, transferindo o que está na mente para o ambiente físico, assumindo uma realidade.

A objetivação e a ancoragem são as formas específicas em que as representações estabelecem mediações, tornando quase material a produção simbólica de uma comunidade e dando conta da concreticidade das representações sociais na vida social.

MÉTODO

O presente estudo é uma pesquisa qualitativa que decorreu da articulação entre a prática como enfermeira em um serviço que presta atendimento ao portador de DM e de uma proposta de implementação de um grupo de convivência, visando a construção de conhecimento decorrente da identificação das representações sociais do *pé diabético*, para pessoas com DM do tipo 2.

A pesquisa foi realizada em um serviço de referência em doenças crônicas de Florianópolis/SC, que oferece atendimento ambulatorial em diversas especialidades, em nível de complexidade secundária de saúde.

Os sujeitos da pesquisa foram pessoas com DM do tipo 2, com diagnóstico há mais de cinco anos, que participam do grupo de convivência, e que concordaram em participar da pesquisa. A escolha do DM do tipo 2 está relacionada a maior incidência deste tipo na população portadora desta doença, apresentando maior frequência na procura do atendimento de enfermagem, na instituição onde o estudo foi realizado.

Os grupos de convivência visam o crescimento pessoal abrangendo várias dimensões do processo de viver, utilizam estratégias apropriadas ao desenvolvimento social, a educação em saúde e a solução de problemas, entre outras finalidades⁽¹¹⁾.

A coleta de dados ocorreu através da triangulação de métodos e técnicas, que foram utilizados nos encontros do grupo de convivência e nas entrevistas individuais. Os dados coletados foram gravados em fita cassete e transcritos, com consentimento, por escrito, dos participantes.

Os encontros do grupo tiveram duração de aproximadamente 60 minutos cada, com o desenvolvimento de uma proposta de educação em saúde com valorização das experiências, cujo tema central foi a complicação do *pé diabético*. Esses encontros foram denominados: 1) *Reconhecimento e revelação*; 2) *Buscando o autoconhecimento* e; 3) *Construindo o cuidado*.

Foram realizadas dinâmicas que possibilitaram a participação de todos, com o intuito de chegar o mais próximo possível da realidade do grupo, buscando desenvolver os temas de forma prática, com linguagem acessível e discussão de situações reais, identificadas no cotidiano dessas pessoas. No transcorrer dos encontros, procuramos apreender a representação social do *pé diabético* para essas pessoas.

Após o período de realização do grupo de convivência, dando continuidade a coleta de dados, foi realizada uma entrevista semi-estruturada com cada membro do grupo, totalizando 10 entrevistas.

A análise dos dados ocorreu a partir do conjunto dos dados coletados no grupo de convivência e das entrevistas individuais, utilizando a análise de conteúdo do tipo categorial-temática. A categorização buscou a identificação das representações sociais relacionadas ao *pé diabético*, através da ancoragem e objetivação, seguindo as três etapas metodológicas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação⁽¹²⁾.

Considerando os aspectos éticos em pesquisas envolvendo seres humanos, buscamos assegurar que os direitos dos sujeitos fossem protegidos, obedecendo a resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da

Saúde. A população do estudo foi convidada a participar da pesquisa recebendo todas as informações sobre a proposta. Foi elaborado um documento para formalizar o consentimento, garantido o respeito, o sigilo e a liberdade de participação, podendo retirar-se em qualquer momento da pesquisa, sem prejuízo à assistência que recebe na Instituição. A proposta da pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina sob o número 091/2004.

Respeitando o compromisso assumido de manter o anonimato dessas pessoas, foram colocados nomes fictícios para distinguir as características e falas.

Neste trabalho o grupo foi composto por dez pessoas com diabetes. Dentre estas, seis eram do sexo feminino e quatro do sexo masculino, com idades entre 53 e 77 anos. O tempo de diabetes variou entre sete e 41 anos.

REPRESENTAÇÃO SOCIAL DO PÉ DIABÉTICO

Durante a fase de análise dos dados, foram identificadas duas categorias relacionadas à temática do estudo, que emergiram dos discursos dos sujeitos. A primeira foi denominada de *doença do pé* e abrange duas subcategorias: percepção de alterações nos pés e ameaças presentes; e a segunda categoria foi o cuidado com os pés, que possui como subcategorias: o cuidado como preocupação com o futuro e o não cuidado como culpa.

A doença do pé

Na fala dos sujeitos do estudo ficou evidente a representação de valor atribuído aos pés como alicerce, segurança do corpo e fundamental para locomoção. A representação social do caminhar está ancorada em uma relação de independência e autonomia, manifestada consensualmente pelos integrantes do estudo.

Quando questionados sobre a parte do corpo que mais os preocupavam ao lembrarem-se do DM, todos referenciaram de algum modo os pés. A representação dos pés objetivada como preocupação, está ancorada na percepção do risco de desenvolver o pé diabético e as conseqüências decorrentes deste.

Essa preocupação aumenta na medida em que as pessoas já identificam em seus pés alterações e desconforto. Assim as pessoas com DM passam a classificar os pés como doentes ou saudáveis, seguindo seus paradigmas, selecionados conforme sua representação.

O conceito de saúde não é unívoco e consensual, de forma a ser generalizado, pois depende em parte das representações sociais que a população constrói sobre a saúde e a doença⁽¹³⁾. Como saúde e doença são representações específicas de um determinado grupo social, que é influenciado por sua cultura, vivências e relações cotidia-

nas, a designação do pé como saudável ou doente também se faz.

A representação do pé saudável é uma imagem que expressa o pensamento social, ancorado principalmente na manutenção de sua função natural: o caminhar.

Nas falas das pessoas entrevistadas a complicação do pé diabético foi objetivada como a *doença do pé*. Assim, esta terminologia passou a ser utilizada para representar a temática da pesquisa.

A partir dessa representação, destacaram-se duas subcategorias com maior expressão nos relatos: a percepção de alterações nos pés e a ameaça da *doença do pé*.

- Percepção de alterações nos pés

Os pés possuem forma e características que são consideradas consensualmente como *normais*. Qualquer alteração pode ser indicativa de que algo não vai bem, principalmente para pessoas que têm uma condição crônica de saúde, como o diabetes mellitus, que apresenta alto índice de complicações nos pés. Cerca de 10% a 20% das pessoas com diabetes desenvolverão lesões nos membros inferiores⁽¹⁴⁾.

Essas informações são divulgadas constantemente pelos meios de comunicação chegando ao universo consensual onde são re-interpretadas e representadas. Assim, as alterações físicas e sensoriais são consideradas popularmente como um sinal de alerta.

As alterações percebidas foram agrupadas em: dor, parestesias, ressecamento, deformidades e adormecimento como manifestações da neuropatia; alterações circulatórias, lesão e infecção.

A dor foi a representação que mais se evidenciou, por ser um dos primeiros indícios de que algo não vai bem com os pés. Essa sensação desagradável afeta a qualidade de vida das pessoas com DM, que passam a viver um cotidiano de desconforto⁽⁶⁾.

Na representação da percepção das alterações, percebemos uma influência dos conhecimentos da biomedicina, o que reforça as características físicas da *doença do pé*. Percebemos, porém, que por trás dessas manifestações existe uma riqueza de sentimentos, que dão o significado para o que está ocorrendo. Este está repleto de experiências de vida, construídas no dia-a-dia, nas relações com todo ambiente social, que compõe a realidade dos sujeitos.

- Ameaça da doença do pé

A *doença do pé* é representada como uma ameaça para o grupo, de perder o pé (amputação) e tudo o que isto representa, e também, de morte.

O fato de ter DM é percebido, por muitas pessoas, como uma ameaça implícita de desenvolver as complicações tão conhecidas que esta doença pode ocasionar. A diabete,

como é referenciada pelos sujeitos, *é uma doença silenciosa, doença perigosa, danada*.

A representação da doença é o contrário do que é bom, algo desagradável, que afeta o sujeito e o incapacita, revela algo de ruim em si. Assim, a doença é vista, de modo geral, em nossa cultura como um mal. O DM é considerado como uma doença, com ênfase no cuidado, revelando uma preocupação com as complicações da doença, considerada traiçoeira⁽¹³⁾.

O convívio com essa doença, às vezes passa despercebido. Outras vezes, é visto como uma situação de medo constante, principalmente quando se relaciona ao risco de apresentar complicações ou desconforto decorrente de suas complicações.

O cuidado com os pés

O cuidado representa uma ação primordial na sobrevivência de todo ser vivo, especialmente, do ser humano. Ele guarda estreita relação com as nossas experiências de ser cuidado e cuidar. Portanto, o significado atribuído recebe influência do meio cultural e social, onde o sujeito se insere. O modo como cada pessoa cuida de sua saúde não é universal, pois ele expressa as condições de vida e as estratégias de que dispõe para manter seu bem estar, emergindo uma pluralidade de representações, que vão desde a interpretação do saber científico até as práticas populares de saúde⁽¹³⁾.

Nos sujeitos do estudo, o DM foi representado como um propulsor para o cuidado. A consciência da importância do cuidado é fundamentada no senso comum de que sendo portador dessa doença, a vida muda, pois é necessária uma reordenação do seu dia-a-dia. Essa condição exige cuidados para que se possa viver bem.

O discurso dos sujeitos reflete uma nova etapa no processo de viver, com novas incumbências que até então não se faziam necessárias. A necessidade de cuidado máximo se relaciona com os conhecimentos científicos e práticos que os sujeitos sociais têm sobre o DM, desenvolvidos diariamente, seja através da mídia, dos serviços de saúde, no convívio com outras pessoas, ou em outras situações que são registradas na memória e vem a tona na objetivação dessa doença.

- O cuidado como preocupação com o futuro

A preocupação com as conseqüências da *doença do pé* dá um sentido específico para a palavra cuidado. Os sujeitos passam a perceber que, diante de uma condição crônica como o DM, que *não pode ser curada*, existe algo ao seu alcance que ainda pode ser feito.

Motivados por suas preocupações e medos os sujeitos buscam o enfrentamento da situação através do cuidado em diversas perspectivas. A eficácia de suas ações de cuidado depende das motivações conscientes e inconscientes dos sujeitos com sua subjetividade e potencialidade⁽¹⁵⁾.

Os cuidados diretos com os pés foram objetivados pelo lavar e secar, passar creme, examinar/olhar muito, fazer exercícios/movimentar os pés, usar calçado adequado/que não machuque/não andar descalço/não usar sandália de dedo, não ir ao salão (pedicuro), não pisar, cortar as unhas retas.

Esses cuidados traduzem a visão técnico-científica, encontradas nos discursos dos serviços de saúde, os quais são reforçados aos sujeitos que procuram os cuidados profissionais, que passam a incorporá-los nos seus discursos. A realização desses cuidados não se resume na expressão do conhecimento de sua importância, mas na conscientização, ancorada nos conceitos existentes na mente dos sujeitos sociais, que tornam essas imagens em realidade.

A lesão é considerada um sinal de alerta de que a situação pode agravar, os sujeitos enfatizam mais os cuidados para preveni-la, pois percebem a lesão como o primeiro passo para uma possível perda maior.

Na presença de lesões, o cuidado maior foi o uso de pomadas e remédios para o tratamento local. Percebemos a representação da cultura da medicalização. A sociedade, seguindo o pensamento da biomedicina, valoriza o uso dos medicamentos para se chegar a cura de determinadas doenças, transformando assim a medicina em prescritiva. Popularmente, o remédio é muito valorizado, a busca de medicações para solucionar os problemas de saúde é prática comum no dia-a-dia da população.

O cuidado foi visto também pela procura de ajuda profissional e familiar. Ao perceberem que algo não vai bem, os sujeitos buscam auxílio, esclarecimentos e avaliação profissional.

A avaliação e orientação do profissional de saúde são consideradas importantes. O saber técnico-científico emerge como referência que é atribuído a estes profissionais⁽¹⁶⁾. Diante de situações desconhecidas, os sujeitos buscam o apoio técnico para torná-las familiares e assim sentirem-se mais seguros. O discurso do profissional de saúde não está tão distante das representações do senso comum, tendo em vista que técnicos exercem uma forte influência durante a vida do sujeito⁽¹⁶⁾.

O apoio familiar foi manifestado pelo auxílio no momento em que o sujeito apresentava dificuldade na manutenção do cuidado, principalmente diante de limitações físicas (mobilidade e visão).

Para os sujeitos, o cuidado se relaciona com o conhecimento. Diante de uma situação não familiar, como pode ser o DM e/ou o *pé diabético*, os sujeitos buscam o conhecimento técnico-científico nos serviços de saúde e o conhecimento popular do seu cotidiano, para elaborar um significado sobre o que está lhe acontecendo. A busca dessa compreensão pode ser compreendida como uma forma de cuidado. Nesses conhecimentos, os sujeitos buscam subsídios para se auto-conhecer nesta nova perspectiva de conviver com a condição crônica.

Percebemos que o cuidado ao ser representado como preocupação com o futuro, como medo da realização das ameaças incutidas na *doença do pé*, impulsiona os sujeitos a procurarem uma nova perspectiva nas suas diversas concepções. Esse, não pode ser imposto, nem simplesmente repassado. Ele somente é realizado, quando incorporado no seu dia-a-dia, através da conscientização. Não basta adquirir conhecimento técnico e científico para se cuidar. Torna-se emergente o conhecimento das emoções, de modo que o sujeito entre em contato com sentimentos, com seu corpo e com o processo de cuidar⁽¹³⁾.

- O não cuidado como culpa

A representação do cuidado como dever, remete ao sujeito a responsabilidade pela manutenção da saúde do pé, podendo induzir um pensamento de que ele pode tornar-se responsável pela *doença do pé*, à medida que não mantém os cuidados. No início é o ato que gera a culpa que se presentifica na memória. O sentimento de culpa decorre de uma lei sob a qual as pessoas são regidas e que se inscrevem em sua dimensão simbólica, culpas reais que nos acometem por nossas faltas e atos cotidianos⁽¹⁷⁾.

Com a valorização social do cuidado com o corpo, da estética, do íntegro, surge a deformação dos pés, as lesões, que chocam o padrão estético social. Percebemos que entre os sujeitos, os que não apresentavam deformidades e/ou úlceras nos pés, representavam essas alterações, presentes nos colegas, como relaxamento e falta de cuidado. Assim, a própria sociedade, com seus preconceitos, colocam o rótulo da culpa nesses sujeitos.

Assim, surgem os estigmas sociais relacionados ao DM, com avaliações e julgamentos constantes sobre o comportamento dos sujeitos. Quando necessita de cuidados e não os realiza, é porque é *relaxado, não gosta de si, não tem força de vontade*. Com isso, criam-se os jargões para o não cuidado. Essas pessoas, muitas vezes são recriminadas até mesmo pelos profissionais da saúde, que as reprimem quando não seguem o que foi *prescrito*, algumas vezes negando-se a continuar acompanhando se não *aderir o plano de tratamento*. Essas *ameaças* fazem com que o sujeito sintam-se mais culpado pela situação. Não sendo suficiente o sofrimento físico e emocional da própria *doença do pé*, ainda acrescenta-se o sentimento de culpa. A indução do sentimento de culpa afeta a autoestima dos sujeitos, que nessa condição e sem muitas perspectivas, podem acabar não vendo motivos para se cuidarem. A culpa é um afeto que não mente, se articula com a verdade do sujeito, apontando para o mal estar do homem inserido na civilização⁽¹⁸⁾. O sujeito passa a sentir-se culpado por infringir as normas de padrão consideradas corretas pela sociedade, associando seus hábitos de vida ao surgimento da doença⁽¹⁰⁾.

O fato de desenvolverem lesões foi relacionado como um não cuidado adequado com os pés, o que poderia ter sido *evitado*. Os sujeitos representaram culpa associada

com relaxamento, descuido, falta e atraso, remetendo à suas ações a progressão de sua condição.

Nos discursos, está presente a percepção, de que poderiam ter *cuidado mais*. Mas, diante de toda uma situação de vida que envolve fatores culturais, sociais e econômicos, os valores morais e também os prazeres, nem sempre fazemos o que *é considerado correto e bom*, mesmo tendo conhecimento disso. Os sujeitos/sociedades são muito complexos, suas ações não podem ser avaliadas e julgadas, fora do contexto e do momento em que ocorrem, pois envolvem as relações subjetivas que dão sentido aos seus comportamentos.

A culpa pelo não cuidado foi representada também, vinculada a falta de conhecimento/orientação sobre a condição crônica, dificultando a escolha das ações de cuidado para viver bem com o DM.

A experiência de vida e o compartilhar esta experiência com sujeitos sociais é essencial para o viver saudável. Algumas vezes, mesmo tendo conhecimento, as pessoas não se cuidam. É necessário *algo mais*, para que ocorra uma mudança de comportamento, que passa por um processo de conscientização. Nos sujeitos do estudo, percebemos o indicativo de maior preocupação no momento que já manifestavam alterações relacionadas à *doença do pé*. Nesse momento, relacionam a situação com não cuidado e o sentimento de culpa decorrente os motiva a tentar reverter o prognóstico.

A representação do não cuidado como culpa está ancorado no valor social para o cuidado. A medida que os sujeitos constroem um conhecimento sobre a *doença do pé*, seja por informações técnico-científicas, pelo convívio com outros sujeitos ou por outras influências do seu ambiente social, ele também elabora a representação dos cuidados necessários. Então, quando a prática do não cuidado se mantém, surge a culpa por conhecer o que pode ser feito e mesmo assim não o fazer. Portanto, vemos o sentimento de culpa como resultante da consciência do não cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No universo consensual, através das relações do dia-a-dia, as pessoas com DM elaboram e reapresentam uma imagem sobre o *pé diabético*, ancorada na memória de experiências passadas. Evidenciou-se uma preocupação por parte dos sujeitos com os pés, relacionada a presença do DM. No senso comum, o *pé diabético* é representado como a *doença do pé*, que passa a ser considerada uma *doença* à medida que limita a capacidade natural do pé na locomoção. Assim, o *pé saudável* é percebido pela manutenção de sua função.

Na objetivação do *pé diabético* surgiram as alterações percebidas nos pés, como indicativo de anormalidade. Essas representações manifestam uma influência do conhecimento científico, interpretados no universo consensual dos sujeitos.

Percebemos que mesmo descrevendo seus pés como *doentes*, para os sujeitos existe uma diferença entre seus pés e o *pé diabético* do universo reificado, o que associam a manutenção da função caminhar. Essa visão diferente de seus pés contribui para a manutenção da esperança dos sujeitos de que a ameaça não se realize.

Por trás dessas alterações facilmente visualizadas e sentidas, os sujeitos expressam sentimentos profundos, que envolvem a *doença do pé*, que se relacionam com as ameaças de amputação e uma ameaça maior de morte.

A representação da *doença do pé* impulsiona os sujeitos a atitudes de cuidado, no sentido de preservar a vida, de enfrentar o medo, com a esperança do cuidado como prevenção. O cuidado ficou evidente na preocupação com o futuro.

O não cuidado surgiu como representação de culpa, relacionada ao desenvolvimento da *doença do pé*, pela falta de cuidados. Na representação do cuidado como essencial para enfrentar a *doença do pé* e afastar as ameaças que dela surgem, o não cuidado faz o sujeito sofrer, angustiar-se por não ter feito e não estar fazendo nada para lutar contra a situação. Essa culpa pode mover o sujeito para o caminho da esperança de reverter à situação. Assim, o não cuidado pode, impulsionado pelo sentimento de culpa, transformar-se em cuidado.

A visualização da representação da *doença do pé* busca uma reflexão sobre a importância da valorização do sujeito social, enquanto ser humano pensante, com paradigmas próprios que influenciam suas interpretações e atitudes de cuidado, conforme sua visão da realidade. Na educação em DM somente alcançamos o ensino/aprendizagem se considerarmos esse paradigma.

REFERÊNCIAS

1. Castro ARV, Grossi SAA. Reutilização de seringas descartáveis no domicílio de crianças e adolescentes com diabetes mellitus. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(2):187-95.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Manual de hipertensão arterial e diabetes. Brasília; 2002.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Avaliação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil. Brasília; 2004.
4. Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). Tratamento e acompanhamento do Diabetes Mellitus: diretrizes da SBD. Rio de Janeiro; 2007.
5. Brasil. Grupo de trabalho Internacional Sobre Pé Diabético. Consenso internacional sobre pé diabético. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
6. International Consensus on the Diabetic Foot and Practical Guidelines on the Management and Prevention of the Diabetic Foot. Consultative Section of the IDF; 2007.
7. Grossi SAA. Prevenção de úlceras nos membros inferiores em pacientes com diabetes mellitus. *Rev Esc Enferm USP*. 1998;32(4):377-85.
8. Muñoz LA, Price Y, Gambini L, Stefanelli MC. Significados simbólicos dos pacientes com doenças crônicas. *Rev Esc Enferm USP*. 2003;37(4):77-84.
9. Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes; 2003.
10. Nóbrega SM. Sobre a teoria das representações sociais. In: Moreira ASP, organizadores. Representações sociais: teoria e prática. Pernambuco: Universitária/UFPB; 2000. p. 55-87.
11. Trentini M, Gonçalves LHT. Pequenos grupos de convergência: um método no desenvolvimento de tecnologias na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2000;9(1):63-78.
12. Bardin L. Análise de conteúdo. 3ª ed. Lisboa: Edições 70; 2004.
13. Teixeira ER. A doença do sangue doce: representações sociais em saúde. In: Loyola C, Oliveira RMP, organizadores. Índios marginais: imaginário coletivo na saúde. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ; 2003. p. 46-76.
14. Nascimento LMO, Damasceno MMC, Marques RLL, Silva LF, Montenegro RM, Almeida PC. Avaliação dos pés de diabéticos: estudo com pacientes de um hospital universitário. *Texto Contexto Enferm*. 2004;13(1):63-73.
15. Teixeira ER. A subjetividade na enfermagem: o discurso do sujeito no cuidado. *Rev Bras Enferm*. 2000;53(2): 233-39.
16. Teixeira ER, Figueiredo NMA. O desejo e a necessidade no cuidado com o corpo: uma perspectiva estética na prática de enfermagem. Rio de Janeiro: Ed. UFF; 2001.
17. Peres UT. Por que a culpa? São Paulo: Escuta; 2001. Culpa; p.7-14.
18. Ferreira NP. A culpa na subjetividade de nossa época. In: Peres UT. Culpa. São Paulo: Escuta; 2001. p. 81-94.