

Saberes e práticas de profissionais da Atenção Primária sobre neuropatia diabética: estudo de representações sociais

Knowledge and practices of Primary Care professionals on diabetic neuropathy: study of social representations
Conocimientos y prácticas de los profesionales de Atención Primaria sobre la neuropatía diabética: estudio de las representaciones sociales

Erlon Gabriel Rego de Andrade¹

ORCID: 0000-0002-7109-6121

Ivaneide Leal Ataíde Rodrigues^{II}

ORCID: 0000-0001-9968-9546

Sidney de Assis da Serra Braga^I

ORCID: 0000-0002-0682-1286

Laura Maria Vidal Nogueira^{II}

ORCID: 0000-0003-0065-4509

Bruna Alessandra Costa e Silva Panarra^{III}

ORCID: 0000-0002-2469-7426

Marcandra Nogueira de Almeida Santos^{IV}

ORCID: 0000-0002-0017-855X

Alexandre Aguiar Pereira^I

ORCID: 0000-0003-0761-5836

RESUMO

Objetivos: analisar os saberes e práticas de profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre neuropatia diabética, mediante suas representações sociais. **Métodos:** estudo qualitativo, descritivo, ancorado na vertente processual da Teoria das Representações Sociais. Foi realizado em quatro Unidades de Saúde da Família de Belém-Pará, com 31 profissionais integrantes de quatro equipes de saúde. Produziram-se os dados por entrevistas semiestruturadas individuais, sendo o *corpus* submetido à técnica de análise de conteúdo. **Resultados:** definiram-se duas categorias temáticas, evidenciando a compreensão e imaginário dos participantes sobre a neuropatia, bem como as repercussões biopsicossociais dessa complicação no cotidiano dos doentes. Mostraram-se, também, as práticas multiprofissionais desenvolvidas no âmbito do tratamento/prevenção do agravo e os desdobramentos dessa atuação. **Considerações Finais:** as representações dos profissionais ancoram-se na ocorrência da neuropatia pelo padrão deficiente de cuidados consigo por parte dos doentes, o que resulta na atitude sobrepujante do cuidado pela equipe como alternativa aos desafios do adoecimento.

Descritores: Neuropatias Diabéticas; Atenção Primária à Saúde; Pessoal de Saúde; Equipe de Assistência ao Paciente; Psicologia Social.

ABSTRACT

Objectives: to analyze the knowledge and practices of Primary Health Care professionals about diabetic neuropathy through their social representations. **Methods:** a qualitative, descriptive study, anchored in the procedural aspect of the Theory of Social Representations. It was carried out in four Family Health Units in Belém-Pará, with 31 professionals from four health teams. Data were produced by individual semi-structured interviews, and the corpus was submitted to content analysis. **Results:** two thematic categories were defined, showing the participants' understanding and imagination about neuropathy, as well as the biopsychosocial repercussions of this complication in patients' daily lives. The multidisciplinary practices developed in the context of disease treatment/prevention and the consequences of this performance were also shown. **Final Considerations:** professionals' representations are anchored in neuropathy occurrence due to the deficient standard of care for themselves by patients, which results in the team's surpassing care attitude as an alternative to illness' challenges.

Descriptors: Diabetic Neuropathies; Primary Health Care; Health Personnel; Patient Care Team; Psychology, Social.

RESUMEN

Objetivos: analizar los conocimientos y prácticas de los profesionales de Atención Primaria de la Salud sobre la neuropatía diabética, a través de sus representaciones sociales. **Métodos:** estudio cualitativo, descriptivo, anclado en el aspecto procedimental de la Teoría de las Representaciones Sociales. Se llevó a cabo en cuatro Unidades de Salud de la Familia en Belém-Pará, con 31 profesionales de cuatro equipos de salud. Los datos se elaboraron mediante entrevistas individuales semiestructuradas y el corpus se sometió a la técnica de análisis de contenido. **Resultados:** se definieron dos categorías temáticas que muestran la comprensión y la imaginaria de los participantes sobre la neuropatía, así como las repercusiones biopsicosociales de esta complicación en la vida diaria de los pacientes. También se mostraron las prácticas multidisciplinarias desarrolladas en el contexto del tratamiento/prevenición de la enfermedad y las consecuencias de esta acción. **Consideraciones Finales:** las representaciones de los profesionales están ancladas en la ocurrencia de neuropatía debido al deficiente estándar de atención de los pacientes a sí mismos, lo que se traduce en una actitud de atención superior del equipo como alternativa a los desafíos de la enfermedad.

Descriptorios: Neuropatías Diabéticas; Atención Primaria de Salud; Personal de Salud; Grupo de Atención al Paciente; Psicología Social.

¹Centro Universitário do Estado do Pará. Belém, Pará, Brasil.

^{II}Universidade do Estado do Pará. Belém, Pará, Brasil.

^{III}Universidade da Amazônia. Belém, Pará, Brasil.

^{IV}Conselho Regional de Enfermagem do Pará. Belém, Pará, Brasil.

Como citar este artigo:

Andrade EGR, Rodrigues ILA, Braga SAS, Nogueira LMV, Panarra BACS, Santos MNA, et al. Knowledge and practices of Primary Care professionals on diabetic neuropathy: study of social representations.

Rev Bras Enferm. 2021;74(1):e20190104.

doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0104>

Autor Correspondente:

Erlon Gabriel Rego de Andrade
E-mail: erlon.rego@hotmail.com



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho

EDITOR ASSOCIADO: Rafael Silva

Submissão: 13-02-2020 **Aprovação:** 11-09-2020

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) se configura como protagonista das ações de promoção, proteção, diagnóstico, tratamento e recuperação no primeiro nível de atenção, em que as necessidades biopsicossociais de saúde precisam ser atendidas sob a perspectiva multiprofissional e interdisciplinar, ratificando a participação conjunta de profissionais de diferentes categorias e níveis de formação⁽¹⁾. Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde criou a política governamental Estratégia Saúde da Família (ESF), com a premissa de desenvolver ações de expansão e consolidação da Atenção Básica, fortalecendo e sendo orientada por vínculos, humanização, continuidade do cuidado e participação social⁽²⁻³⁾.

No contexto da ESF, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) representam importante grupo de agravos, demandando atenção de toda equipe, tendo em vista suas potenciais repercussões clínicas, que afetam o cotidiano de indivíduos e famílias, em diferentes espectros. O número de pessoas que convivem com DCNT tem crescido, especialmente nos países em desenvolvimento, constituindo grande desafio aos sistemas de saúde⁽⁴⁾.

Integrando esse grupo, destaca-se o diabetes *mellitus*, endocrinopatia geradora de complicações agudas e crônicas, entre as quais tem relevância a neuropatia diabética. Essa neuropatia é um distúrbio do sistema nervoso periférico autônomo e/ou somático, com potencial para afecção de todos os tipos de fibras nervosas, de diferentes regiões do organismo, ampliando-se o risco para formação de lesões ulcerosas nos pés, amputações, deformações e desequilíbrio de marcha, além de alterações cardiovasculares, dos sistemas geniturinário e gastrointestinal e da sudorese⁽⁵⁻⁷⁾.

Considerando o processo fisiopatológico, que resulta em um amplo espectro de manifestações clínicas e sequelas, importa destacar o problema no cenário global e nacional. De acordo com dados da *International Diabetes Federation* (IDF), alterações verificadas no pé diabético e demais seguimentos de extremidades inferiores, decorrentes da neuropatia, atingem cerca de 40 a 60 milhões de indivíduos com diabetes no mundo. Quadros que evoluem com úlceras crônicas e amputações são determinantes na redução da qualidade de vida e risco aumentado de morte prematura⁽⁸⁾.

No Brasil, são escassas as informações que evidenciem, em base populacional, a prevalência de complicações da doença⁽⁶⁾. Contudo, em relação à neuropatia, sabe-se que representa a complicação crônica e microvascular majoritária do diabetes, sugerindo que mais de 50% dos diagnosticados a desenvolverá durante a trajetória clínica⁽⁵⁻⁶⁾. Congruente com essas evidências, estudo mostrou que a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil, 2011-2022, elencam o diabetes entre as DCNT que demandam intervenção prioritária⁽⁹⁾.

Para além desse cenário e das questões biológicas que envolvem o adoecimento, é imperioso pensar nas limitações funcionais que incidem sobre a qualidade de vida e capacidade de realização das atividades cotidianas, impactando, sobre diferentes aspectos, a vida do doente. Isso pode acarretar-lhe frustrações pessoais em virtude da dificuldade em alcançar as metas de controle glicêmico, e sentimento de discriminação no ambiente social, comprometendo sua autoestima, afetando-o emocional e psicologicamente⁽¹⁰⁾.

Em face às repercussões da neuropatia na vida de quem convive com diabetes, é fundamental que a equipe de saúde compreenda a doença e suas potenciais complicações, não apenas no contexto biológico, mas, especialmente, no contexto psicossocial, de forma que esteja sensível para traçar estratégias de prevenção e tratamento da neuropatia diabética, a fim de reduzir seu impacto no cotidiano do doente e daqueles que com ele lidam com o processo de adoecimento e partilham o cuidado – familiares, cuidadores e/ou acompanhantes^(5-7,11-12).

Nesse cenário, os profissionais da APS podem contribuir para ressignificar a realidade e os impactos biopsicossociais nela imbricados, mediante intervenções/orientações factíveis, baseadas no modo de vida e situação real dos acometidos, para que gerem efeito palpável no controle da doença e não fiquem no plano das ideias⁽¹³⁾. Diante do envolvimento desses profissionais na atenção às necessidades individuais e coletivas, importa conhecer a perspectiva simbólica na qual os seus pensamentos e atitudes são socialmente construídos, considerando-se a neuropatia como fenômeno que suscita a produção de subjetividades tecidas e partilhadas no cotidiano da atuação em equipe. Assim, depreende-se como esse simbolismo interfere no modo de agir para com os doentes, seja com finalidade preventiva ou terapêutica.

No âmbito da Teoria das Representações Sociais (TRS), a relevância de um fenômeno social, em geral, é identificada por meio das conversações que originam, dos conhecimentos que mobilizam e das práticas que induzem⁽¹⁴⁾. Dessa forma, a neuropatia é passível de investigação como fenômeno de representações sociais (RS) para os profissionais da APS, posto que elas se constituem como conhecimento prático, elaborado e reestruturado sob certas circunstâncias em um dado momento histórico, ante às práticas sociais, mobilizando a compreensão e comunicação do contexto sociomaterial a partir da expressão cognitiva e de elementos conceituais e simbólicos^(13,15).

O estudo das RS abarca o entendimento de fenômenos perante o contexto social de sua produção, para apreender o processo comunicativo circulante, bem como sua aplicação simbólica e ideológica^(13,15), permitindo inferir que, na APS, as RS mobilizam a circulação de saberes e práticas sobre temas arrolados à experiência daqueles que nela atuam. Nesse contexto, pesquisas já demonstraram a contextualização das RS na investigação das DCNT e de suas implicações, como ocorre no diabetes^(11-13,16).

Portanto, o entendimento dos saberes e práticas desses profissionais a respeito da neuropatia diabética é fundamental para a obtenção das RS desse grupo para, assim, perceber como compreendem a doença/complicação, como veem o doente e como suas ações são concebidas e executadas na APS, visto ser uma patologia que interfere fortemente no cotidiano e contexto social dos acometidos. Entende-se que o acesso e o compartilhamento dessas informações, por meio da compreensão de suas RS, potencializam o contexto teórico inerente a esse campo de investigação, no campo da saúde enquanto área de atuação e produção de conhecimento, com destaque à ESF e às categorias profissionais que a integram.

OBJETIVOS

Analisar os saberes e práticas de profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre neuropatia diabética, mediante suas representações sociais.

MÉTODOS

Aspectos éticos

A pesquisa foi desenvolvida em conformidade com a Resolução CNS nº 466/2012. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA), e obteve autorização institucional da Secretaria Municipal de Saúde de Belém (SESMA). Os participantes foram identificados por meio de código alfanumérico, utilizando-se a letra P, de "Profissional", seguida da numeração sequencial das entrevistas.

Referencial teórico-metodológico

A TRS se refere à compreensão de uma forma de conhecimento particular, que cumpre a função de guiar comportamentos e entendimentos entre pessoas. Enquanto fenômenos sociais, as RS são munidas de valores simbólicos e práticos. Os valores simbólicos orientam a construção do pensamento individual e coletivo acerca do objeto de investigação, e os práticos, como agir diante desse objeto, em um movimento recíproco de constante retroalimentação, que faz com que as RS sejam quase tangíveis, por meio do gesto, da fala e do encontro cotidiano⁽¹⁷⁾. São, então, uma forma de compreensão do universo consensual, conjunto de saberes do senso comum, distinguíveis de conhecimentos técnicos formulados na ciência, denominados conhecimento reificado⁽¹⁸⁾.

Com o intuito de apreender os saberes e práticas sociais, a TRS se mune dos conceitos de ancoragem e objetivação, processos básicos de constituição das RS. O primeiro tem por finalidade tornar determinado objeto, *a priori*, encarado como estranho e distinto da realidade, familiar e tangível à experiência do indivíduo e sua coletividade, possibilitando sua (re)nomeação e o estabelecimento de valor ao mesmo a partir das normas e preceitos do grupo social. O segundo materializa a representação por meio de uma imagem ou símbolo, transferindo à realidade física o que se construiu no mundo psíquico, propiciando a materialização do objeto e sua possível naturalização⁽¹⁷⁾.

Ao compreender a APS-ESF como cenário fecundo para interação social, materializada na relação entre equipes de saúde e populações-alvo, emprega-se, neste estudo, o referencial teórico-metodológico da TRS, buscando apreender a relação indivíduo-sociedade, ao explorar como aquele interage com esta, e vice-versa, no complexo movimento de construção da realidade. Nesse contexto, insere-se o atendimento às pessoas com neuropatia diabética e suas famílias, caracterizado pela multidimensionalidade do cuidado, pois ocorre em espaços variados, seja na Unidade de Saúde, domicílio ou ambientes comunitários, e sob diferentes modalidades, por meio de consultas, visitas multiprofissionais, atividades de educação em saúde, entre outras. Isso permite a proximidade entre serviço e comunidade, com potencial estreitamento de laços e o estabelecimento de relações de diálogo, compartilhamento de saberes e colaboração mútua.

Tipo de estudo

Optou-se por um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, ancorado na vertente processual da TRS. A investigação qualitativa

apresenta como foco a concepção e aprofundamento de fenômenos, explorados mediante a perspectiva dos participantes, em um contexto e ambiente natural, buscando subjetividades do indivíduo ou grupo sobre sua realidade⁽¹⁹⁾. Em consonância com essa abordagem, a vertente processual viabiliza a compreensão do conteúdo das RS e dos elementos que as constituem, tais como crenças, ideologias, valores e atitudes, por meio de métodos de pesquisa que permitam a expressão e registro adequado dos mesmos⁽¹⁵⁾. A fim de nortear a elaboração do estudo, adotou-se as recomendações do COREQ para estudos qualitativos⁽²⁰⁾.

Cenário do estudo e fonte de dados

A pesquisa foi realizada em quatro Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Belém (PA), campos de prática e estágio supervisionados de estudantes de cursos de graduação nas áreas da saúde. Participaram 31 profissionais, sendo 22 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), quatro enfermeiras, duas médicas e três técnicos de enfermagem. Estes integravam uma equipe para cada USF selecionada, totalizando, assim, quatro equipes. O quantitativo de profissionais atuantes nessas equipes, durante o período de coleta de dados, totalizava 34, tendo este estudo alcançado percentual de participação de 91,2% (31/34).

Foram incluídos os profissionais que trabalhavam em ESF há, no mínimo, um ano, efetivos ou contratados. Definiu-se, como critério de exclusão, profissionais afastados de suas atividades, por férias ou licença de qualquer natureza. Todavia, o mesmo não se aplicou ao total de participantes, posto que todos estavam em pleno envolvimento de suas atividades, sendo que três não participaram em virtude da impossibilidade de agendamento das entrevistas, após três tentativas no período previsto para coleta de dados.

Coleta e organização dos dados

Para produção de dados, foram realizadas entrevistas semiestruturadas individuais, utilizando roteiro elaborado pelos pesquisadores, contendo perguntas abertas e fechadas, distribuídas em dois eixos: o primeiro, relativo aos dados sociais e profissionais dos participantes, e o segundo, à exploração do objeto de estudo, com perguntas referentes aos saberes e práticas sobre neuropatia diabética e as implicações para o exercício multiprofissional, no contexto da ESF.

Estas exploraram as concepções sobre a doença/complicação; possível interferência no cotidiano funcional e sociofamiliar do doente, assim como em sua autoimagem, autocuidado e dimensão afetiva; práticas individuais e coletivas para a prevenção e tratamento da neuropatia diabética; facilidades e limitações da atuação multiprofissional no contexto desse atendimento. A produção ocorreu no período de abril a julho de 2019, conduzida pelo pesquisador principal.

A fim de conhecer a realidade dos serviços, previamente à coleta de dados, procedeu-se a visita às unidades, com intuito de estabelecer contato com as respectivas gerências e apresentar-lhes a proposta do estudo. A abordagem aos profissionais ocorreu nas dependências da USF em que atuavam, local onde também foram realizadas as entrevistas, em sala cedida pela gerência, visando à plena garantia de privacidade ao participante. As entrevistas foram gravadas com uso de mídia digital, mediante consentimento formal.

Análise dos dados

O conteúdo das entrevistas foi transcrito, compondo o *corpus*, analisado mediante cuidadosa leitura. Procedeu-se a análise por meio da técnica de análise de conteúdo⁽²¹⁾, considerando suas três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Assim, os dados foram classificados de acordo com temas apresentados nas respostas dos participantes às perguntas do roteiro. Inicialmente, os depoimentos foram analisados internamente por entrevista, visando identificar as unidades de contexto, das quais foram destacados os temas (unidades de registro), que ocorreram com maior frequência. Posteriormente, realizou-se a análise global de todas as respostas, verificando-se expressões, símbolos e metáforas que fizessem sentido para a compreensão dos saberes e práticas dos profissionais. Dessa forma, identificaram-se 425 unidades de contexto, das quais foram extraídos 22 temas que compuseram duas unidades de significação, as quais agregaram os temas referentes aos saberes e às práticas dos profissionais.

A partir das unidades de significação, foram organizadas duas categorias temáticas, intituladas “Significações da neuropatia e as repercussões biopsicossociais no cotidiano do doente” e “Atuação multiprofissional: aspectos terapêuticos e profiláticos da neuropatia diabética”. Para fundamentar a análise das mesmas, optou-se pelo uso de conceitos estruturantes da TRS, sendo eles: valores simbólicos, valores práticos, universo consensual, conhecimento reificado, ancoragem e objetivação, conforme suas respectivas definições, apresentadas na descrição do referencial teórico-metodológico.

RESULTADOS

Perfil dos participantes

Predominou o sexo feminino, com 83,9% (26/31), e idade variável entre 24 e 58 anos, prevalecendo a faixa etária de 34 a 43 anos, com 41,9% (13/31). Quanto ao tempo de formação, entre as categorias de nível superior, houve variação de 1 a 13 anos para enfermeiras, de 1 a 11 anos para médicas e de 2 a 17 anos para os técnicos de enfermagem; 27,3% (6/22) dos ACS relataram formação de nível superior e 31,8% (7/22), formação técnica, em diferentes campos do conhecimento, pertencentes ou não à área da saúde. Portanto, considerando a titulação acadêmica, 38,7% (12/31) apresentavam graduação, dos quais 41,7% (5/12) eram especialistas e 8,3% (1/12) eram mestres em suas respectivas áreas de formação.

O tempo de atuação em ESF variou de 1 a 19 anos, com predominância de seis anos (32,3%, 10/31). No tocante à religião, 58,1% (18/31) se declararam católicos. Quanto à situação conjugal, houve domínio de solteiros, com 64,5% (20/31), e 51,6% (16/31) possuíam filhos.

Significações da neuropatia e as repercussões biopsicossociais no cotidiano do doente

Nesta categoria, apresenta-se a compreensão e imaginário dos participantes sobre o diabetes *mellitus* e neuropatia diabética, bem como as repercussões biopsicossociais dessa complicação no cotidiano

do doente, as quais são fortemente apresentadas como inerentes ao processo de adoecimento, contribuindo para explicar o objeto.

No intuito de obter o entendimento sobre neuropatia, investigou-se, previamente, as concepções a respeito da patologia de base. Observou-se que, para 61,3% (19/31) dos profissionais, o diabetes *mellitus* resulta de um estilo de vida inadequado, com influência de fatores comportamentais repetidamente verificados no dia a dia do indivíduo. Somando-se a essa compreensão, 54,8% (17/31) caracterizaram a doença como conjunto de alterações corpóreas que induzem à elevação da glicemia, processo que identifica alguém que convive ou a está desenvolvendo. Assim, encaram o diagnóstico com gravidade, a partir do qual é demandado cuidado contínuo, tendo em vista a possibilidade iminente de complicações, ou mesmo risco de morte:

Particularmente, a primeira impressão que eu tenho, quando ouço falar da doença diabetes, é que a pessoa não se cuida em relação à alimentação, aos hábitos em geral. E, quando já é uma diabetes avançada, [...] eu acho que realmente a pessoa não quer se cuidar, porque, eu tenho um conhecido que, nossa, parece que ele pede pra morrer, mas não por falta de orientação do profissional, é que a pessoa não se cuida. (P15)

Olha, eu entendo a diabetes como uma doença muito ingrata, porque vai [...], se a pessoa não tiver cuidado, matando lentamente, silenciosa, uma doença silenciosa que a pessoa, às vezes, nem sabe que está com diabetes, [...] às vezes, a pessoa pensa que não tem e quando acaba está com diabetes, com a glicose alta. E, se não tiver cuidado, ela pode levar à morte, pode levar a pessoa a ficar mutilada, uma série de problemas. (P23)

Um dado interessante foi que, em que pese todos serem profissionais de saúde, com experiência prévia e/ou atual no atendimento a pessoas com essa complicação, em muitos depoimentos, ressaltaram-se os saberes do universo consensual relacionados à neuropatia.

Os conteúdos manifestos, com maior aproximação ao conhecimento reificado, estavam presentes nos depoimentos das enfermeiras, médicas, uma ACS e uma técnica de enfermagem. Para a maioria delas, a neuropatia diabética se trata de uma complicação ou agravamento neurológico, que afeta especialmente os nervos, prevalecendo o entendimento de que seu progresso guarda estreita relação com o descontrole da doença, em virtude do descompromisso do doente para com o tratamento em seus diferentes espectros, havendo possibilidade de sintomatologia e evolução clínica, com parestesia, redução ou perda da sensibilidade, lesões e amputações, dependendo da gravidade de cada caso:

Pra mim, é uma complicação da diabetes, principalmente quando o paciente não está compensado, e que causa muito incômodo, porque ele tem parestesia [...]. Eles têm muita resistência em aceitar que têm diabetes, e, para eles, só afeta com açúcar. A falta de adesão ao tratamento, a não realização de atividades físicas também ajudam no progresso da doença. Aí, é uma luta diária [referindo-se aos atendimentos]. (P8)

São alterações a níveis de sensibilidade desse paciente, principalmente nos membros inferiores, nos pés, [...] entre os diabéticos que não conseguem controlar, e eles vêm com essa queixa, de

adormecimento, de não sentir, então os nervos estão afetados. [...] eu sempre digo pros nossos pacientes, quando eles não seguem as nossas orientações, eles acabam chegando pra nós com essa queixa de o pé estar adormecido, de ter furado o pé, ter cortado e não ter sentido, porque é como eu sempre falo, [...] se você tem um motor e coloca esse óleo aí, estragado, ele vai estragar todo o motor. Então, se esse sangue está aí, com essa glicose acima do normal, vai estragar seu corpo todo. (P20)

Com a finalidade de explicar a complicação e seus múltiplos efeitos, os participantes expuseram diferentes repercussões no cotidiano do doente, as quais enfatizam os significados da neuropatia diabética no imaginário desse grupo. Para eles, a complicação se revela potencialmente impactante sobre três dimensões humanas: biológica, social e psicoafetiva.

Na dimensão biológica, destacam-se as alterações corporais relativas à estrutura e capacidade funcional do organismo, manifestas majoritariamente pelos participantes. Neste sentido, a complicação gera limitações à realização das atividades da vida diária, déficits orgânicos e estéticos, com consequente dependência de terceiros. O corpo seguirá o curso da patologia até alcançar condições que o tornarão possivelmente estereotipado e estigmatizado por sinais visíveis de sua doença, como o abatimento, a magreza excessiva e a perda total de membros ou parte deles:

[...] pelo menos, das pessoas diabéticas que eu conheço, várias já foram afetadas no seu dia a dia. Têm pessoas que já foram amputadas, que ficaram cegas, pessoas que vivem muito mal. Primeiro, que a pessoa fica dependente de remédio, e eu já acho que não deve ser agradável ficar dependente de remédio. Depois, quando as pessoas perdem membros, fica difícil de se locomover, têm que depender dos outros, depender de cadeira de rodas, é complicado. Afeta muito a vivência da pessoa, eu creio. (P1)

[...] perdeu esse dedo, esse outro aqui estava necrosado, acho que vai perder [mostrava em seu próprio corpo]. O angiologista falou que, daqui pra cá [apontou novamente], não tinha mais circulação. Está magro, desdentado [...]. (P15)

Neste contexto, os profissionais mencionaram que alterações no autocuidado podem ocorrer como efeito do adoecimento, havendo, contudo, padrões diferenciados na manifestação desse fenômeno, dependendo da disposição do indivíduo para o cuidado de si, das orientações e apoio que recebe por parte dos profissionais de saúde e familiares. Outro aspecto relevante, mencionado por eles, é a dependência compulsória e inevitável ao tratamento, em suas diferentes modalidades (farmacoterapia, dietoterapia, exercícios físicos, entre outras), obrigando o doente a se submeter ao mesmo. Isto inclui, por vezes, abster-se de certas práticas, consideradas deletérias ou inapropriadas, para alcançar qualidade de vida.

Quanto à dimensão social, identificou-se, de forma predominante, a evidência de repercussão do adoecimento sobre a estrutura e dinâmica familiar. Para os participantes, esse fenômeno se deve ao necessário envolvimento da família nos diferentes contextos do tratamento, que demandam adaptações no cotidiano, não apenas do doente, mas de todos que com ele partilham o cuidado, podendo, em determinadas circunstâncias, gerar processos de adoecimento para os cuidadores. Além disso, as relações do

indivíduo com demais atores de seu convívio social, a exemplo de amigos e colegas de trabalho, também podem se alterar, em virtude da necessidade de mudança de comportamento, da retração, medo e frustração por parte do doente e da exclusão social, conforme destacado na maioria dos depoimentos:

Na relação com a família, [...] tem sim [interferência], mesmo que o filho fale que não tem, que ele está ali pra cuidar do que aconteceu, [...] o filho tem que se dedicar mais tempo. Empata, sim, a vida do filho, porque ele deixa também de fazer as coisas que ele tem que fazer, pra cuidar do pai e da mãe. (P2)

No convívio social, eu vou puxar logo pela linha de alimentação, [...]. Então, vamos sair com um grupo de amigos, eu sou doente, meus amigos, não. [...] eles vão fazer o que eu não posso: vão poder tomar uma cerveja, eu não vou poder, vão comer um doce, uma pizza, uma comida mais elaborada, e eu não vou poder. Então, eu, com neuropatia diabética, irei me fechar. Já que não posso fazer o que eles fazem, não posso comer, não posso beber, eu não vou, vou ficar mais em casa, mais depressiva, tomando minha medicação, minha dieta. Eu imagino, assim, eu me trancaria e fugiria dessa situação. (P3)

Tratando da dimensão psicoafetiva, os participantes mencionaram, de acordo com suas concepções, que a neuropatia diabética interfere, potencialmente, sobre a autoimagem, desencadeando alterações emocionais. A pessoa passa a se enxergar como alguém diferente, destoante de seu grupo social, doente, fraco e limitado pelas reações dolorosas inerentes ao processo fisiopatológico, dependente de cuidados, impotente por não mais cuidar de si com efetividade. A não aceitação da doença e o descontentamento consigo, por ter negligenciado o tratamento, também podem ocorrer. Frente ao estresse e pressões desse cenário, verificam-se diferentes alterações emocionais, caracterizadas por manifestações, como baixa autoestima, depressão, períodos chorosos, agressividade, desgosto pela vida e, paralelamente, o medo da morte diante da nova realidade:

A pessoa começa a se ver de outra forma, [...] dependente de alguém, mas que antes não era, conseguia fazer tudo sozinha. (P5)

[...] muda a maneira como ele se enxerga, a maneira como ele se sente. Fraco, por ter chegado a esse ponto, por ter adoecido, por, talvez, não ter conseguido, por ter negligenciado alguma coisa. Ele pode se questionar. (P20)

Tenho um paciente que briga demais, ficou muito estressado. Ele mudou de comportamento, ficou retraído, envergonhado, muito doente, e agora depende de fralda. Muitos pacientes entraram em depressão diante da perda de um membro. [...] a gente tem um senhor, que não perdeu ainda nenhum membro, mas ele está ruim, o diabetes não baixa, e está bem deprimido. Quando a gente vai lá, ele começa a conversar, ele chora. (P1)

Tu és acostumado a te olhar com cinco dedos, daqui a pouco, está com quatro, isso mexe com a autoestima. Porque, por trás de um doente, existem vários medos, [...] às vezes, tem paciente que não aceita a doença e tem uma vida como se aquela doença não existisse. Já ouvi isso "ah, enfermeira, não vou tomar essa medicação, porque vou morrer do mesmo jeito". Então, imagina,

tu já és diabético, e descobrir que está com neuropatia, às vezes tu não vais aceitar. (P11)

Atuação multiprofissional: aspectos terapêuticos e profi- láticos da neuropatia diabética

Apresentam-se, aqui, as práticas multiprofissionais desenvolvidas no âmbito do tratamento e prevenção da neuropatia, bem como o ideário sobre os desdobramentos dessa atuação. Ao falarem sobre suas práticas, os participantes enfatizaram que as intervenções técnicas, associadas à educação em saúde individual e coletiva, constituem o principal conjunto de medidas, por eles empregadas, no atendimento às pessoas com neuropatia diabética e àquelas que convivem com a doença de base, mas ainda não desenvolveram a complicação.

Cada profissional, lançando mão de suas competências e habilidades, tem contribuído, em algum grau, ao efetuar procedimentos/orientações e facilitar práticas educativas da equipe, direcionando-os ao indivíduo, à família e à comunidade, em ambientes como igrejas, espaços comunitários, além da própria residência, mediante as visitas domiciliares, e da Unidade de Saúde, por meio do atendimento cotidiano em consultório, sala de espera e demais ambientes:

Diagnosticou com a neuropatia, vamos orientar esse paciente, esclarecer, tirar todas as dúvidas, e trabalhar em cima da prevenção, trabalhar em cima do tratamento. A nossa prática é promover saúde, [...]. (P11)

[...] a gente atende uma vez por semana [sobre o Programa Hiperdia], onde são feitas as consultas, solicita os exames, eu explico as medicações, vou dando as orientações. (P24)

Considerando a educação em saúde como fundamental para mobilizar transformações sobre o comportamento e estilo de vida, os participantes discorreram temas que indicam os conteúdos de suas orientações, destacando-se, majoritariamente, recomendações nutricionais, para 93,6% (29/31); encorajamento para a prática de exercícios físicos, citado por 58,1% (18/31); e uso adequado de medicamentos, por 74,2% (23/31). Os relatos ratificam que a observância a essas orientações, por parte do usuário, configura-se determinante para o controle global da doença/agravo e, portanto, para o bom prognóstico:

[...] as nossas atividades, as nossas orientações são voltadas para os pacientes, [...] nosso discurso sempre está ali, batendo na alimentação, atividade física, ter um programa de atividades físicas, [...] aí, ficar atento nas consultas, na medicação, se a pessoa toma. (P19)

[...] além da gente fazer a visita e orientar e perguntar se o paciente está tomando remédio nos horários, está seguindo uma dieta, está controlando o peso, [...]. (P22)

Além dessas condutas, os profissionais destacaram o diálogo e a escuta sensível ao usuário, e a oferta de apoio humano e emocional como relevantes parcelas de suas práticas, considerando que tais atitudes desempenham papel fundamental no enfrentamento da doença/agravo, corroborando resultados positivos na trajetória do

cuidado. Amplia-se, em vista disso, a possibilidade de vínculos mais efetivos entre equipe e usuários, aflorando nestes um sentimento de segurança e confiança nas condutas profissionais, com consequente estímulo ao seguimento de prescrições e recomendações, sejam elas terapêuticas ou profiláticas:

É manter constante visita na casa dessas pessoas, conversar com elas, saber o que elas precisam. Então, a gente tem que estar nessas lares, com essas pessoas que são diabéticas, pra gente passar um pouquinho, assim, não é conforto, é uma força, dar força. O nosso trabalho de visitação nos lares não tem outro segredo. É só visitar, saber o que as pessoas têm, se interessar por elas, trazer elas pra cá e ajudar, no sentido do que elas precisarem. Se a gente não se interessar pela pessoa, a gente não tem porquê estar aqui. (P4)

Observou-se que os ACS, categoria predominante, explanaram importantes contribuições no tocante ao suporte terapêutico e na prevenção da neuropatia. Esse suporte se materializa por meio de atividades fortemente engendradas ao cotidiano desses profissionais, em estreito contato com a comunidade, sendo elas: intermediação do agendamento de consultas e exames, transporte de medicamentos e prescrições à residência de usuários, especialmente daqueles com maiores limitações de acesso, e condução da equipe multiprofissional à consulta domiciliar, entre outras:

[...] o ACS é a ponte. Eu vou na casa, eu verifico que Seu João [pseudônimo] está precisando da medicação, da consulta, do exame. Já está na hora de trocar a receita, pego e venho pra doutora. Se a doutora achar que ele tem que vir pra consulta, ele vem, agenda [...]. Se achar, por bem, que tem que renovar a receita, eu pego e já levo pra ele. Também tem a consulta especializada, eu pego, levo pra ele. Quando for dia 1º de agosto, eu vou lá "Seu João, olha, dia 05 de agosto, sua consulta!". (P23)

Sobre a compreensão dos participantes quanto à atuação multiprofissional, esta é considerada fundamental para o atendimento da população, pois propicia o acompanhamento global das necessidades de saúde individuais e coletivas e o compartilhamento de saberes, práticas e experiências. Gera-se, nos dizeres de uma parcela dos participantes, sentimento de orgulho, satisfação e afeto, apesar das condições de trabalho se revelarem, em grande parte, desafiadoras. Entretanto, para efetivamente cumprir os seus propósitos, levanta-se a atuação compromissada de seus integrantes como fator condicional, onde corresponsabilidades devem ser estabelecidas:

Ela é imprescindível. Essa equipe é formada por pessoas que têm conhecimentos. Cada um na sua área, juntando esses conhecimentos, forma equipe, forma corpo. E a gente, cada um juntando seu conhecimento, é de grande benefício pro nosso cliente que a gente visita. A gente reparte as responsabilidades, é de suma importância. (P4)

DISCUSSÃO

Foi possível perceber que a compreensão dos participantes a respeito da neuropatia diabética, bem como do processo patológico básico que dele resulta, se assenta não apenas nos aspectos clínicos do adoecimento, mas também nos determinantes psicossociais,

diretamente associados às repercussões da doença/agravo sobre a vida do doente e daqueles com quem convive, antecedendo desafios significativos à atuação multiprofissional na APS.

Tecendo suas ideias, o fazem evocando pensamentos, crenças, valores e atitudes por meio de expressões que denotam conhecimentos do universo reificado, a exemplo da descrição da fisiopatologia, das manifestações clínicas, lesões e sequelas decorrentes do adoecimento, circulantes em seu meio social, mas que, em especial, demonstram um conjunto de saberes do senso comum, construídos a partir das relações que engendram no cotidiano do processo de trabalho, seja nas relações que estabelecem e (re) elaboram entre si, como membros de uma equipe, seja nas que nutrem com o indivíduo e sua coletividade, elementos-alvo de seu cuidado. A expressão desses conhecimentos e saberes figura como peça vital para a identificação das RS a respeito do objeto, não sendo revestidos de hierarquias^(17-18,22), pois ambos permitem apreender como os profissionais de saúde o ancoram e objetivam.

Os estudos sobre RS, no cenário do enfrentamento às doenças crônicas, fornecem subsídios para a compreensão das perspectivas não somente dos usuários, mas também dos profissionais que cuidam dessas pessoas, frente a um dado objeto de importância subjetiva, isto é, que suscita a elaboração de significados a partir dos valores sociais que lhe são atribuídos, e que precisa ser tratado como fenômeno biopsicossocial, permitindo adentrar no imaginário desses indivíduos e, assim, investigar quais saberes, pensamentos e atitudes têm sobre e para com aqueles a quem cuidam, e o que os motiva a dar seguimento às suas condutas profissionais⁽²³⁻²⁴⁾.

No contexto do adoecimento por diabetes *mellitus*, o estudo das RS ganha importância, pois a valorização dos determinantes psicossociais representa parcela fundamental do atendimento a pessoas com esse diagnóstico, no intuito de entender os aspectos que implicam sobre o seguimento e controle metabólico, destacando a TRS como abordagem que observa o indivíduo no conjunto de suas necessidades. Isto é, como ser biopsicossocial, reiterando a ampla possibilidade de aplicação da teoria no campo da saúde e na investigação das doenças crônicas, mesmo as não transmissíveis⁽¹¹⁻¹²⁾.

Nessa perspectiva, verifica-se que os participantes, na tentativa de explicar a patologia, manifestaram forte associação de sua ocorrência a comportamentos que traduzem carência ou ausência de cuidados do usuário para consigo. Isso ocorreu por meio de práticas que, progressivamente, alteram o seu organismo e o conduzem ao estado de adoecimento, caracterizado, clinicamente, pelo descontrole da glicemia, traço que contribui para sua rotulação.

Levantou-se, inclusive, a característica silenciosa e ingrata da doença, pois, em grande parte dos casos, não manifesta sinais de alarme significativos, gerando sentimento de surpresa por ocasião do diagnóstico, aspecto que também foi mencionado em estudo de RS sobre o diabetes⁽¹²⁾. Tendo em vista sua ancoragem ao padrão deficiente de cuidados e mediante a evolução clínica com agravamentos, evidenciou-se, também, a representação da doença ligada à ideia de morte autoinfligida, por meio da expressão “parece que ele pede pra morrer”, transferindo ao doente toda a responsabilidade por seu estado como resultado de sua conduta descuidada, reflexão similar trazida no campo investigativo de certos agravos transmissíveis, como ocorre na infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)⁽²⁵⁾.

Dialogando com essa ancoragem, uma pesquisa realizada com 30 diabéticos, na faixa etária entre 41 e 83 anos, a maioria do sexo masculino e casada, identificou que as RS a respeito do tratamento, para uma parcela deles, especialmente os idosos, centraram-se em explicações que revelaram a crença que o uso correto de medicamentos e a realização de exames periódicos seriam suficientes, minimizando as readequações nutricionais e a prática de exercícios físicos, que são, sabidamente, necessárias e de igual importância⁽¹²⁾. Em se tratando da ESF, isso desponta como desafio às equipes multiprofissionais, no sentido de criar estratégias emancipatórias do usuário para sensibilizá-lo à observância igualitária das modalidades terapêuticas.

A neuropatia diabética figura, nesse contexto, como resultado do agravamento, expressando-se como demonstração da falha terapêutica, acarretando diferentes possibilidades de sintomas e de evolução clínica, que culminam com as alterações corporais, sejam elas de ordem estética/estrutural ou funcional, situação que, corroborando a ótica dos participantes, encontra amparo na literatura, em diferentes estudos^(5,7,26-27).

Discorrendo sobre a neuropatia, foram identificadas metáforas que objetivam o doente a partir do símbolo de corpo-máquina, termo empregado em estudo sobre imagem corporal e incapacidades físicas entre pessoas que conviveram com a hanseníase⁽²⁸⁾. Concebe-se o doente como entidade formada por engrenagens, estabelecendo analogias entre “corpo”, receptáculo da doença, e “motor”, objeto da realidade física; “sangue”, componente biológico alterado em virtude da hiperglicemia, e “óleo estragado”, constituindo evidência, por vezes, da predominância do universo consensual.

Fruto de suas ancoragens, incrementando o entendimento a respeito da neuropatia, os profissionais atribuíram a ela diferentes significados, destacando-a como condição potencial para repercussões sobre as dimensões biológica, social e psicoafetiva, que impactam decisivamente a constituição humana, e, por vezes, estigmatizam os indivíduos acometidos. No intuito de acessar as RS de um dado grupo social, a valorização dessas dimensões é basal, pois ratificam a TRS como referencial que pauta o indivíduo em sua integralidade⁽²³⁻²⁴⁾.

Na dimensão biológica, discorreram-se as limitações e alterações corporais, objetivando o doente por meio de expressões que remetem à ideia de abatimento e deficiência física, corroborando a sua estereotipia, a qual é reforçada pela condição de dependência nesse estágio da doença. Esses resultados vão ao encontro de achados em pesquisa realizada no município de Belém (PA), que buscou conhecer as RS de enfermeiros sobre o doente com tuberculose⁽²⁹⁾. Observou-se relação entre esses dados e a ancoragem do indivíduo à obrigação do tratamento crônico em todas as suas modalidades, tal como evidenciado na literatura⁽³⁰⁾, sob pena de agravamento ou mesmo de morte em caso contrário.

Diante disso, o autocuidado, aspecto inerente a essa discussão, precisa ser encorajado pela equipe de saúde, destacando o usuário como corresponsável por sua saúde e qualidade de vida⁽²⁸⁾, que figura como intervenção factível na APS, mas não tornando-o exclusivamente responsável pelo possível agravamento de seu quadro. Isso revela a necessidade constante da prestação de assistência humanizada, marcada por sua natureza ética, resolutiva, holística, dialógica e transformadora⁽³¹⁾, considerando os diferentes contextos comunitários de atenção a esse público,

a fim de ressignificar a culpabilização atribuída ao doente por parte dos profissionais.

Relativo à dimensão social, são patentes os efeitos da neuropatia sobre o cotidiano da teia social do indivíduo, especialmente dos mais próximos à sua pertença, como a família, com destaque ao(s) cuidador(es) e amigos. Tendo em vista o complexo ajustamento sobre o estilo de vida, demandado pelo tratamento, o doente necessita do apoio da família no trilhar do cuidado e enfrentamento à patologia, e a família precisa se adaptar, ressignificando essa realidade.

Esse processo assume padrão diferenciado, dependendo da evolução clínica, da rede de apoio do indivíduo e do lugar que ocupa em seu grupo social, isto é, caso a afecção atinja os elementos-chave para a manutenção do seio familiar (pai ou mãe, por exemplo), entende-se que as repercussões globais à família serão, potencialmente, mais significativas^(30,32). Estudo realizado em seis países europeus, com pessoas que receberam diagnóstico de diabetes, mostrou que, nas condições de saúde que demandam longo acompanhamento, quanto mais próxima e diversificada a rede de apoio, provavelmente melhor será a oferta/mobilização de suporte para um gerenciamento significativo⁽³³⁾.

Ao construir suas RS, emerge dos profissionais a explicação de que, uma vez diagnosticado com neuropatia, o doente estará marcado por uma condição limitante, o que resultará em sua segregação, por vezes sutil, dos ambientes/práticas outrora frequentados/realizadas, podendo dele também advir pensamentos e atitudes de autopreconceito, autodiscriminação, reclusão e distanciamento social, tanto por medo do preconceito e discriminação alheios quanto pela frustração em não mais poder gozar das mesmas possibilidades de consumo alimentar e lazer que as pessoas por ele encaradas como “normais” e “saudáveis”. Essas inferências são congruentes com achados de estudo das RS sobre a hanseníase, mostrando que as características de um agravo não transmissível, pelo dano psicossocial que gera, podem ganhar *status* de doença transmissível para os por ela acometidos⁽³⁴⁾.

A dimensão psicoafetiva, por revelar os significados atribuídos ao corpo alterado e as nuances potencialmente notadas no domínio emocional, permite inferir que, na visão dos profissionais, tal dimensão se configura determinante à disposição, ou não, do doente para o cuidado de si, pois a forma como ele se enxerga e a sua autoestima são elementos fundamentais na elaboração do autocuidado e nos sentidos atribuídos a ele. Assim, os sentimentos que remetem à estranheza, distorção social, impotência, inutilidade e fraqueza, recorrentes nos depoimentos, precisam ser valorizados nos cenários de atendimento pela equipe multiprofissional, a fim de criar possibilidades de ressignificação e empoderar o usuário como sujeito ativo no processo de cuidar^(28,35).

Sendo forte campo de interesse da psicologia social, centrada no domínio da ciência, a TRS cumpre uma funcionalidade comportamental, a partir do entendimento dos indivíduos sobre temas que afetam o seu cotidiano⁽¹⁷⁻¹⁸⁾. Em vista disso, as RS apresentam um objetivo prático que implica ações, tal como evidenciado em diferentes pesquisas^(23-25,29), desenvolvidas, inclusive, no âmbito internacional⁽³⁶⁻³⁷⁾.

Neste estudo, observa-se que tal premissa manifesta nos profissionais de saúde o entendimento coletivo de que, em virtude da complexidade do adoecimento e das possíveis repercussões

sobre a vida dos acometidos, impactando veementemente as dimensões do ser, há a necessidade contínua de cuidar, o que os leva a optarem por este caminho, sob a ótica de que, mediante o cuidado por eles prestado, tais repercussões serão potencialmente minimizadas e os acometidos terão maiores possibilidades para qualidade de vida ou mesmo de sobrevivência.

Esse imaginário é ratificado por depoimentos que enaltecem os afetos pela atuação multiprofissional, reiterando-os a despeito das condições de trabalho. O cuidado em saúde emerge como símbolo de aproximação entre profissionais e a tríade indivíduo-família-sociedade, objeto de suas ações, para os quais seus atos representacionais e suas intervenções, sejam elas terapêuticas ou profiláticas, se destinam. Salienta-se, portanto, que tais ações se engendram e são operacionalizadas mediante a forma particular como profissionais e equipes ancoram e objetivam a neuropatia no contexto da APS, refletindo diretamente no cuidado por eles prestado.

Contudo, para constituírem-se efetivas, precisam se assentar na lógica do outro, valorizando sua bagagem sociocultural⁽²²⁾. Demarcando tal entendimento, os depoimentos enfatizaram o cuidado, em seus diferentes modos de agir, como chave no atendimento àqueles que convivem com neuropatia diabética, bem como aos diabéticos não diagnosticados com tal complicação, visando preveni-la.

Assim, os profissionais, em consonância com seus conhecimentos, saberes e experiências, munem-se de diferentes níveis de governabilidade, expressando intervenções factíveis às suas competências e habilidades, destacando-se as intervenções técnicas (triagem, consultas, prescrições, encaminhamentos, produção de dados clínico-epidemiológicos, visitas domiciliares, entre outras), como atributos do processo de trabalho em ESF^(2,38); o apoio humano/emocional e o diálogo/escuta sensível, já demonstrados como fortalecedores de vínculo, confiança e comunicação, contribuindo para a eficiência terapêutica e profilática, tendo em vista a melhor receptividade do usuário⁽³⁹⁾; e as práticas de educação em saúde, fortemente representadas nas orientações para o cuidado.

Sabe-se que o processo educativo tem por intuito ampliar o conhecimento dos indivíduos sobre o manejo da doença, despertando-os para o autocuidado e independência no cumprimento das modalidades terapêuticas. A literatura tem relatado impactos positivos sobre a melhor aceitação e receptividade do doente às orientações nutricionais, prática de atividade física, cuidado com os pés, aferição da glicemia capilar com regularidade, prevenção da ocorrência de hipoglicemia e complicações crônicas, temas aqui descritos como conteúdo das orientações profissionais, culminando no melhor controle metabólico e qualidade de vida⁽⁴⁰⁻⁴²⁾. Nesse contexto, o empoderamento para mudanças positivas de comportamento requer consciência crítica, devendo se dirigir ao indivíduo e grupos sociais, a fim de que redes colaborativas sejam formadas, ampliando as possibilidades para vida mais saudável, conforme reflexão trazida por estudo realizado em Faridpur, Bangladesh⁽⁴³⁾.

Os ACS, por estarem diariamente mais próximos à comunidade, destacaram-se no conjunto dos saberes, pois, em sua maioria, explicitaram o objeto de forma narrativa a partir de suas experiências no suporte ao usuário, permitindo inferir que, sem suas relevantes contribuições, o atendimento não fluiria. A importância

do trabalho desse grupo de profissionais também foi ressaltada em outros estudos no Brasil, que demonstraram o seu protagonismo na operacionalização do serviço, no vínculo que mantém com os pares e com o público, bem como na identificação e resolução de problemas^(38,44). Em seus depoimentos, muitos dizeres estavam fortemente marcados no universo consensual, em detrimento do conhecimento reificado, em que pese serem profissionais, sendo possível inferir que, na ótica deles, isso melhor representa o objeto, pois as experiências atribuem valores e significados aos fenômenos do cotidiano, constituindo o senso comum.

Por sua proximidade com os diferentes grupos humanos, a APS desempenha papel substancial na prestação de cuidados primários a pessoas que convivem com diabetes e suas complicações⁽¹⁰⁾, bem como no diálogo e nos acordos firmados entre o serviço e a comunidade, viabilizando melhor adesão por parte desta às ações de saúde. No contexto da ESF, tais ações se potencializam no íntimo contato com a população, em que as estratégias promotoras de saúde, prevenção e diagnóstico/tratamento/recuperação constituem o cerne dos processos nela desenvolvidos, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde⁽¹⁻²⁾, sendo fundamentais para o manejo clínico do diabetes e da neuropatia, pois incidem eficazmente sobre o controle metabólico⁽¹⁰⁾. Considera-se que essas particularidades influenciaram a elaboração das RS aqui desveladas, haja vista o cuidado em saúde tão fortemente reiterado pelo imaginário coletivo, ratificando as finalidades da ESF enquanto componente da APS.

É importante construir conhecimentos baseados nas RS dos profissionais sobre fenômenos na área da saúde, pois, para que as finalidades da ESF sejam atingidas, é basal que o trabalho em equipe ocorra de modo fluido, harmônico, organizado e dotado de objetivos e metas claramente definidas, necessitando da participação coletiva de seus integrantes. É primordial que haja consolidação da equipe. Para tanto, a união entre os partícipes e a construção de relações de vínculo, respeito, confiança e comunicação figuram como elementos vitais, extrapolando a compreensão limitante do agir de vários profissionais em um mesmo ambiente, desvinculado da interação cooperativa entre os mesmos, culminando, potencialmente, na melhoria da qualidade na assistência ao usuário⁽³⁸⁾.

Limitações do estudo

Entende-se que parte das concepções e inferências, aqui relatadas, pode não ser passível de generalização, por força da condução do estudo em uma região do país e em Unidades de Saúde selecionadas, onde o imaginário e as práticas profissionais recebem influência singular de condicionantes socioculturais,

políticos, econômicos e operacionais. Contudo, entende-se que pode agregar subsídios à reflexão do tema em realidades similares.

Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública

O estudo contribui para a compreensão do ideário de profissionais que atuam na ESF em relação à neuropatia diabética e à forma como articulam e procedem as práticas multiprofissionais para sua prevenção e tratamento, considerando o contexto biopsicossocial. Ao acessar as RS desse grupo, entende-se como este se percebe no processo de cuidar e como enxerga a tríade doente-família-sociedade, contribuindo, potencialmente, para a ciência, a formação de recursos humanos no âmbito da educação superior e a atuação na esfera multiprofissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa permitiu descrever os saberes e práticas de profissionais da APS sobre neuropatia diabética, elucidando suas representações sociais. Mostrou-se patente a visão de culpa atribuída ao doente, ancorando a ocorrência da complicação e da patologia de base ao padrão deficiente de cuidados consigo, sombreando, por vezes, o conhecimento reificado e demarcando o universo consensual que engendra o senso comum.

Em que pese o diabetes *mellitus* ser condição crônica historicamente alvo das ações de atenção à saúde, e a evolução do conhecimento técnico-científico em torno de seu tratamento e prevenção, diferentes expressões e analogias ainda são empregadas para simbolizar os acometidos, estereotipando-os e até pouco valorizando o fato de que, quando bem conduzidos no processo terapêutico e profilático, esses poderão ressignificar o adoecimento e se ajustarem à condição, sem experimentarem, cronicamente, as repercussões biopsicossociais. Todavia, esse entendimento resulta na atitude sobrepujante do cuidado pela equipe como alternativa aos desafios do adoecimento, culminando no fortalecimento de vínculos.

Considerando que os saberes do universo consensual se sobressaíram ao conhecimento reificado, conforme evidenciado em boa parte dos depoimentos de profissionais de nível médio e dos ACS, infere-se que ações de educação permanente se façam oportunas, no sentido de fortalecer as condutas profissionais, repercutindo, positivamente, sobre a trajetória do cuidado. Propõe-se, também, frente aos resultados aqui apresentados, realizar novos estudos sobre o tema, visando ampliar e difundir o conhecimento em torno do mesmo.

REFERÊNCIAS

1. Mendes EV, Matos MAB, Evangelista MJO, Barra RP. A construção social da Atenção Primária à Saúde [Internet]. 2ª ed. Brasília (DF): Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); 2019 [cited 2020 Jan 6]. 192 p. Available from: <http://www.conass.org.br/biblioteca/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude-2a-edicao/>
2. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. 2017 [cited 2018 Sep 3]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

3. Santos FPA, Acioli S, Rodrigues VP, Machado JC, Souza MS, Couto TA. Nurse care practices in the Family Health Strategy. *Rev Bras Enferm.* 2016;69(6):1060-7. doi: 10.1590/0034-7167-2016-0273
4. Aleluia IRS, Medina MG, Almeida PF, Vilasbôas ALQ. Care coordination in Primary Health Care: an evaluative study in a municipality in the Northeast of Brazil. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2017;22(6):1845-56. doi: 10.1590/1413-81232017226.02042017
5. Nascimento OJM, Pupe CCB, Cavalcanti EBU. Diabetic neuropathy. *Rev Dor.* 2016;17(suppl 1):46-51. doi: 10.5935/1806-0013.20160047
6. Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018 [Internet]. São Paulo (SP): Clannad; 2017 [cited 2018 Sep 16]. 383 p. Available from: <http://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf>
7. Tschiedel B. Complicações crônicas do diabetes. *JBM [Internet].* 2014[cited 2018 Oct 2];102(5):7-12. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/0047-2077/2014/v102n5/a4502.pdf>
8. International Diabetes Federation (IDF). IDF Diabetes Atlas [Internet]. 9ª ed. Brussels (BE): IDF; 2019 [cited 2020 Jul 7]. 180 p. Available from: <https://www.diabetesatlas.org/en/resources/>
9. Malta DC, Duncan BB, Schmidt MI, Machado ÍE, Silva AG, Bernal RTI, et al. Prevalence of diabetes mellitus as determined by glycated hemoglobin in the Brazilian adult population, National Health Survey. *Rev Bras Epidemiol.* 2019;22(suppl 2):e190006.supl.2. doi: 10.1590/1980-549720190006.supl.2
10. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013 [cited 2017 Nov 30]. 160 p. (Cadernos de Atenção Básica, nº 36). Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf
11. Costa FG, Coutinho MPL. Social representations in the context of diabetes mellitus. *Psicol Estud.* Maringá (PR), 2016;21(1):175-85. doi: 10.4025/psicolestud.v21i1.29792
12. Costa FG, Coutinho MPL, Cipriano JPS, Araújo JMG, Carvalho AF, Patrício JM. Representações sociais sobre diabetes mellitus e tratamento: uma pesquisa psicossociológica. *Rev Psicol IMED.* Passo Fundo (RS), 2018;10(2):36-53. doi: 10.18256/2175-5027.2018.v10i2.2865
13. Ribas CRP, Santos MA, Zanetti ACG, Zanetti ML. Representações sociais de pacientes com diabetes mellitus sobre o atendimento por profissionais de saúde. *Psicol [Internet].* Porto Alegre (RS), PUCRS, 2013 [cited 2020 Aug 24];44(1):139-49. Available from: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/11039>
14. Sá CP. A construção do objeto de pesquisa em representações sociais. Rio de Janeiro (RJ): EdUERJ; 1998. 110 p.
15. Jodelet D, org. As representações sociais. Rio de Janeiro (RJ): Editora da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (EdUERJ); 2001. 420 p.
16. Amorim MMA, Ramos N, Gazzinelli MF. Representação identitária dos usuários com diabetes mellitus da Atenção Primária. *Psicol Saúde Doenças.* 2016;17(1):45-51. doi: 10.15309/16psd170107
17. Moscovici S. A psicanálise, sua imagem e seu público. Petrópolis (RJ): Vozes; 2012. 456 p.
18. Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. 11ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2015. 404 p.
19. Sampieri RH, Collado CF, Lucio MPB. Metodologia de pesquisa. 5ª ed. Porto Alegre (RS): Penso, McGraw-Hill; 2013. 624 p.
20. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care.* 2007;19(6):349-57. doi: 10.1093/intqhc/mzm042
21. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo (SP): Edições 70; 2011. 279 p.
22. Ferreira MA. Theory of Social Representations and contributions to the research of health care and nursing. *Esc Anna Nery.* 2016;20(2):214-9. doi: 10.5935/1414-8145.20160028
23. Chirinos NEC, Meirelles BHS, Bousfield ABS. Relationship between the social representations of health professionals and people with tuberculosis and treatment abandonment. *Texto Contexto Enferm.* 2017;26(1):e5650015. doi: 10.1590/0104-07072017005650015
24. Rodrigues ILA, Motta MCS, Ferreira MA. Social representations of nurses on tuberculosis. *Rev Bras Enferm.* 2016;69(3):498-503. doi: 10.1590/0034-7167.2016690316i
25. Panarra BACS, Teixeira E, Palmeira IP, Rodrigues ILA, Ferreira AMR. Vítimas e culpadas: representações sociais sobre mulheres que vivem com HIV. *Rev Cuid.* 2017;8(3):1887-98. doi: 10.15649/cuidarte.v8i3.451
26. Nascimento JWA, Jesus SB, Silva ECS, Ferreira Jr ML, Miranda AP. Neuropatia do pé diabético em usuários de uma Unidade de Saúde da Família. *Rev Nursing [Internet].* 2019 [cited 2020 Jan 13];22(256):3165-8. Available from: <http://www.revistanursing.com.br/revistas/256/pg35.pdf>
27. Wang X, Lin H, Xu S, Jin Y, Zhang R. The clinical efficacy of epalrestat combined with α -lipoic acid in diabetic peripheral neuropathy: protocol for a systematic review and meta-analysis. *Medicine.* 2018;97(6):e9828. doi: 10.1097/MD.00000000000009828
28. Batista TVG, Vieira CSCA, Paula MAB. A imagem corporal nas ações educativas em autocuidado para pessoas que tiveram hanseníase. *Physis.* 2014;24(1):89-104. doi: 10.1590/S0103-73312014000100006
29. Rodrigues ILA, Motta MCS, Ferreira MA. Social representations of nurses about tuberculosis patients. *Acta Paul Enferm.* 2013;26(2):172-8. doi: 10.1590/S0103-21002013000200011
30. Marinho FD, Avellar LZ, Souza LGS, Nardi SMT, Coutinho GC. Leprosy: meanings and experiences among adolescents with the disease and their family members. *Cad Bras Ter Ocup.* São Carlos (SP), 2018;26(4):837-48. doi: <http://dx.doi.org/10.4322/2526-8910.ctoa01251>

31. Silva Jr JNB, Gomes ACMS, Guedes HCS, Lima EAP, Januário DC, Santos ML. Behavior of nursing professionals and the implementation of hospital humanization policy. *Rev Pesqui Cuid Fundam* [Internet]. 2020 [cited 2020 May 14];12:471-8. Available from: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/8527/pdf>
 32. Vigarinho MES, Soares MAL, Silva EF, Domenico EBL. Communication and social relations established between parents with cancer and their children. *Cogitare Enferm*. 2019;24:e58645. doi: 10.5380/ce.v24i0.58645
 33. Vassilev I, Rogers A, Kennedy A, Wensing M, Koetsenruijter J, Orlando R, et al. Social network type and long-term condition management support: a cross-sectional study in six european countries. *PLoS ONE*. 2016;11(8):e0161027. doi: 10.1371/journal.pone.0161027
 34. Neiva RJ, Grisotti M. Representações do estigma da hanseníase nas mulheres do Vale do Jequitinhonha-MG. *Physis*. 2019;29(1):e290109. doi: 10.1590/s0103-73312019290109
 35. Monte RS, Pereira MLD. Hansen's disease: social representations of affected people. *Rev RENE*. 2015 Nov-Dec;16(6):863-71. doi: 10.15253/2175-6783.2015000600013
 36. Bastias F, Giménez I, Fabaro P, Ariza J, Caño-Nappa MJ. Social representations of nurses. Differences between incoming and outgoing Nursing students. *Invest Educ Enferm* [Internet]. 2020 Jan-Mar [cited 2020 Jul 8];38(1):e05. Available from: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iee/article/view/341296>
 37. Duarte E, Gouveia-Pereira M, Sampaio D. Social representations about the functions of deliberate self-harm from adults and adolescents: a qualitative study. *Trends Psychol*. 2019;27(4):879-94. doi: 10.9788/tp2019.4-05
 38. Peruzzo HE, Bega AG, Lopes APAT, Haddad MCFL, Peres AM, Marcon SS. The challenges of teamwork in the Family Health Strategy. *Esc Anna Nery*. 2018;22(4):e20170372. doi: 10.1590/2177-9465-ean-2017-0372
 39. Fernandes ETP, Souza MNL, Rodrigues SM. Práticas de grupo do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: perspectiva do usuário. *Physis*. 2019;29(1):e290115. doi: 10.1590/s0103-73312019290115
 40. Souza VP, Vasconcelos EMR. Educação em saúde como estratégia para o controle do diabetes mellitus: revisão integrativa da literatura. *Rev Baiana Saúde Pública* [Internet]. 2017 [cited 2018 Sept 16];41(1):177-95. Available from: <http://rbps.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/2318>
 41. Iquize RCC, Theodoro FCET, Carvalho KA, Oliveira MA, Barros JF, Silva AR. Educational practices in diabetic patient and perspective of health professional: a systematic review. *J Bras Nefrol*. 2017;39(2):196-204. doi: 10.5935/0101-2800.20170034
 42. Owolabi EO, Goon DT, Ajayi AI. Efficacy, acceptability and feasibility of daily text-messaging in promoting glycaemic control and other clinical outcomes in a low-resource setting of South Africa: a randomised controlled trial. *PLoS ONE*. 2019;14(11):e0224791. doi: 10.1371/journal.pone.0224791
 43. Morrison J, Akter K, Jennings HM, Nahar T, Kuddus A, Shaha SK, et al. Participatory learning and action to address type 2 diabetes in rural Bangladesh: a qualitative process evaluation. *BMC Endocr Disord*. 2019;19:118. doi: 10.1186/s12902-019-0447-3
 44. Alonso CMC, Béguin PD, Duarte FJCM. Work of community health agents in the Family Health Strategy: meta-synthesis. *Rev Saúde Pública*. 2018;52:14. doi: 10.11606/s1518-8787.2018052000395
-