

NECROSE EM PÉS DIABÉTICOS APÓS ATENDIMENTO PODOLÓGICO: SENTIMENTOS, ENFRENTAMENTOS E REPERCUSSÕES NA QUALIDADE DE VIDA

Andrea Almeida Zamorano¹.

¹Centro Universitário UNIFAVENI.

RESUMO: Objetivo: Analisar os sentimentos, estratégias de enfrentamento e repercussões na qualidade de vida de pacientes diabéticos que desenvolveram necrose nos pés após intervenções podológicas. Método: Estudo qualitativo fenomenológico, conduzido em um centro de referência em pé diabético no Nordeste brasileiro, entre março e outubro de 2025. Participaram 18 adultos com diabetes mellitus tipo 2 que apresentaram necrose tecidual após procedimentos podológicos. Os dados foram coletados por entrevistas semiestruturadas em profundidade e analisados mediante análise temática reflexiva de Braun e Clarke. Resultados: Emergiram três unidades temáticas: (1) Ruptura biográfica e luto funcional, caracterizada por sentimento de culpa, raiva direcionada ao profissional e desesperança; (2) Estratégias de enfrentamento, oscilando entre negação inicial, busca de suporte religioso-espiritual e reestruturação adaptativa; (3) Deterioração multidimensional da qualidade de vida, com prejuízos físicos, psicossociais, econômicos e na autonomia. Os participantes relataram perda de identidade laboral, isolamento social e dependência familiar. Conclusão: A necrose pós-procedimento podológico representa um evento traumático que transcende a dimensão física, exigindo abordagem interdisciplinar centrada no cuidado integral e na prevenção de iatrogenias.

PALAVRAS-CHAVE: Necrose tecidual. Neuropatia periférica. Cirurgia vascular.

NECROSIS IN DIABETIC FEET FOLLOWING PODIATRIC CARE: FEELINGS, COPING STRATEGIES, AND REPERCUSSIONS ON QUALITY OF LIFE

ABSTRACT: Objective: To analyze the feelings, coping strategies, and quality of life repercussions among diabetic patients who developed foot necrosis following podiatric interventions. Method: A qualitative phenomenological study conducted at a diabetic foot reference center in Northeastern Brazil between March and October 2025. Eighteen adults with type 2 diabetes mellitus who presented tissue necrosis after podiatric procedures participated. Data were collected through in-depth semi-structured interviews and analyzed using Braun and Clarke's reflexive thematic analysis. Results: Three thematic units emerged: (1) *Biographical disruption and functional grief*, characterized by guilt, anger directed at the professional, and hopelessness; (2) *Coping strategies*, ranging from initial denial to religious-spiritual support seeking and adaptive restructuring; (3) *Multidimensional quality of life deterioration*, encompassing physical, psychosocial, economic, and autonomy impairments. Participants reported loss of occupational identity, social isolation, and family dependence.

Conclusion: Post-podiatric procedure necrosis constitutes a traumatic event that transcends the physical dimension, requiring an interdisciplinary approach centered on comprehensive care and iatrogeny prevention.

KEYWORDS: Tissue necrosis. Peripheral neuropathy. Vascular surgery.

INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus (DM) configura-se como uma das emergências sanitárias globais do século XXI, com prevalência crescente que ultrapassa 537 milhões de adultos acometidos mundialmente (International Diabetes Federation, 2024). Entre as complicações crônicas mais devastadoras, o pé diabético destaca-se por sua elevada morbimortalidade, representando a principal causa de amputação não traumática de membros inferiores e responsável por impactos socioeconômicos substanciais nos sistemas de saúde (Armstrong *et al.*, 2025).

A neuropatia periférica diabética, presente em aproximadamente 50% dos pacientes com DM de longa duração, compromete a sensibilidade protetora plantar, tornando os pés vulneráveis a traumas mecânicos, térmicos e químicos frequentemente imperceptíveis ao paciente (Pop-Busui *et al.*, 2024). Associada à doença arterial periférica e às alterações biomecânicas estruturais, essa tríade fisiopatológica cria um ambiente propício para ulcerações, infecções e, em casos graves, necrose tecidual (Monteiro-Soares *et al.*, 2024).

Nesse contexto, o atendimento podológico assume papel preventivo fundamental na redução de complicações. Procedimentos como desbridamento de calosidades, corte de unhas, tratamento de onicocriptose e remoção de hiperqueratoses são rotineiramente realizados com objetivo de minimizar pontos de pressão e prevenir lesões (Formosa; Gatt; Chockalingam, 2024). Contudo, quando executados por profissionais sem formação especializada em pé diabético ou em condições inadequadas de biossegurança, esses procedimentos podem paradoxalmente converter-se em fatores iatrogênicos desencadeadores de complicações graves (Zhang *et al.*, 2025).

A necrose tecidual após intervenções podológicas representa uma complicação particularmente traumática, pois subverte a expectativa do paciente que busca cuidado preventivo e encontra, em seu lugar, o agravamento de sua condição de saúde (Gois *et al.*, 2024). Esse evento disruptivo transcende a dimensão biológica, provocando repercussões psicológicas, sociais e existenciais profundas que frequentemente são negligenciadas na prática clínica centrada no modelo biomédico (Wukich *et al.*, 2024).

A literatura científica tem documentado extensivamente os aspectos fisiopatológicos, epidemiológicos e terapêuticos do pé diabético; todavia, permanece uma lacuna significativa quanto à compreensão das experiências subjetivas dos pacientes que desenvolvem complicações após procedimentos supostamente preventivos (Boulton, 2025). Os sentimentos despertados, as estratégias de enfrentamento mobilizadas e as repercussões na qualidade de vida desses indivíduos constituem dimensões essenciais para a construção de modelos de cuidado verdadeiramente integrais (Vileikyte *et al.*, 2024).

O conceito de *ruptura biográfica*, proposto originalmente por Bury e amplamente aplicado em estudos sobre doenças crônicas, oferece arcabouço teórico pertinente para compreender como eventos críticos de saúde desestabilizam estruturas de significado e exigem renegociação identitária (Engman, 2024). Quando a complicação decorre de um procedimento de cuidado, essa ruptura adquire contornos específicos, permeados por sentimentos de traição, culpa e questionamento das relações de confiança estabelecidas com profissionais de saúde (Santos *et al.*, 2025).

As estratégias de enfrentamento (*coping*) mobilizadas diante de eventos estressores relacionados à saúde são moduladas por fatores individuais, culturais e contextuais (Lazarus; Folkman, 1984). Em pacientes com complicações do pé diabético, estudos recentes identificaram predominância de estratégias focadas na emoção nas fases iniciais, com transição gradual para estratégias focadas no problema à medida que ocorre adaptação (Cardoso *et al.*, 2024). O suporte social e a espiritualidade emergem como recursos de enfrentamento particularmente relevantes no contexto brasileiro (Oliveira *et al.*, 2025).

A qualidade de vida, compreendida como constructo multidimensional que engloba bem-estar físico, psicológico, social e ambiental, é reconhecidamente prejudicada em pacientes com pé diabético (Pedras *et al.*, 2024). Entretanto, investigações específicas sobre o impacto de complicações iatrogênicas nessa dimensão são escassas, limitando a compreensão das necessidades específicas desse subgrupo e o desenvolvimento de intervenções direcionadas (Fejfarová *et al.*, 2024).

Diante do exposto, este estudo fundamenta-se na seguinte questão norteadora: como pacientes diabéticos que desenvolveram necrose nos pés após atendimento podológico vivenciam esse evento, quais estratégias de enfrentamento mobilizam e quais as repercussões percebidas em sua qualidade de vida? A relevância desta investigação reside na possibilidade de dar voz a experiências frequentemente silenciadas, subsidiar práticas profissionais mais seguras e fundamentar políticas de regulamentação do exercício da podologia no contexto do cuidado ao paciente diabético.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Analisar os sentimentos, estratégias de enfrentamento e repercussões na qualidade de vida de pacientes diabéticos que desenvolveram necrose nos pés após intervenções podológicas.

Objetivos Específicos

- a) Descrever os sentimentos vivenciados pelos participantes diante do diagnóstico de necrose pós-procedimento podológico;
- b) Identificar as estratégias de enfrentamento mobilizadas para lidar com a complicação e suas consequências;
- c) Compreender as repercussões percebidas nas dimensões física, psicológica, social

e econômica da qualidade de vida;

d) Analisar os significados atribuídos à experiência de adoecimento iatrogênico no contexto do cuidado em saúde.

MÉTODO

Tipo de Estudo

Trata-se de estudo qualitativo de abordagem fenomenológica, orientado pelo referencial teórico-metodológico da fenomenologia descritiva de Husserl, que busca compreender a essência das experiências vividas a partir da perspectiva dos sujeitos que as vivenciam (Giorgi, 2024). A escolha desse desenho justifica-se pela natureza do objeto de investigação, que demanda aprofundamento interpretativo das dimensões subjetivas do fenômeno estudado.

O estudo seguiu os critérios consolidados para relato de pesquisa qualitativa (COREQ) e os preceitos éticos estabelecidos nas Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, com aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa institucional (CAAE: XXX.XXX.XXX-X).

Cenário do Estudo

A pesquisa foi conduzida no ambulatório especializado em pé diabético de um hospital universitário de referência regional localizado em capital do Nordeste brasileiro. O serviço atende aproximadamente 400 pacientes mensalmente, oferecendo assistência interdisciplinar que integra endocrinologia, cirurgia vascular, enfermagem estomaterapeuta, nutrição, psicologia e fisioterapia. A escolha desse cenário deveu-se à sua característica de centro de referência terciário, que concentra casos de maior complexidade, incluindo pacientes encaminhados após complicações ocorridas em outros serviços.

Participantes

Os participantes foram selecionados intencionalmente, segundo os seguintes critérios de inclusão: adultos (≥ 18 anos) com diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2; presença de necrose tecidual em membros inferiores documentada em prontuário médico, com nexo temporal estabelecido com procedimento podológico prévio (até 30 dias); capacidade cognitiva preservada para participar da entrevista; e tempo mínimo de três meses desde o diagnóstico da necrose, permitindo elaboração inicial da experiência. Foram excluídos pacientes com necrose decorrente exclusivamente de doença arterial obstrutiva periférica grave (índice tornozelo-braquial $< 0,4$) sem participação de fator traumático; portadores de transtornos psiquiátricos graves descompensados; e aqueles em cuidados paliativos exclusivos. O número de participantes foi definido pelo critério de saturação teórica, alcançada quando novas entrevistas deixaram de acrescentar elementos significativos para compreensão do fenômeno (Saunders *et al.*, 2024). A saturação foi identificada após a 15ª entrevista e confirmada com três entrevistas adicionais, totalizando 18 participantes.

Coleta de Dados

Os dados foram coletados entre março e outubro de 2025, por meio de entrevistas individuais semiestruturadas em profundidade, conduzidas pela pesquisadora principal (doutoranda em enfermagem com experiência em pesquisa qualitativa e atuação clínica em estomaterapia). As entrevistas ocorreram em sala privativa do ambulatório, com duração média de 67 minutos (variação: 42-98 minutos), sendo audiogravadas mediante consentimento dos participantes.

O roteiro de entrevista, previamente submetido a estudo-piloto com dois pacientes (não incluídos na amostra final), contemplou questões norteadoras abertas organizadas em três eixos temáticos: (1) narrativa do adoecimento e sentimentos associados; (2) estratégias de enfrentamento e recursos mobilizados; (3) percepção de mudanças na qualidade de vida. Questões de aprofundamento foram utilizadas conforme necessário para explorar aspectos emergentes. Concomitantemente, foram coletados dados sociodemográficos e clínicos por meio de formulário estruturado e consulta ao prontuário eletrônico, visando caracterização dos participantes.

Análise dos Dados

As entrevistas foram transcritas verbatim e submetidas à análise temática reflexiva conforme proposta por Braun e Clarke (2024), que compreende seis fases iterativas: familiarização com os dados; geração de códigos iniciais; busca por temas; revisão dos temas; definição e nomeação dos temas; produção do relatório. A análise foi conduzida com suporte do software NVivo® versão 14, que auxiliou na organização e codificação sistemática do material empírico. A codificação inicial gerou 247 códigos, posteriormente agrupados em 12 subtemas e, finalmente, condensados em três temas principais. O processo analítico foi desenvolvido de forma reflexiva, com discussões periódicas entre os pesquisadores para triangulação de interpretações e refinamento teórico.

Rigor Metodológico

A credibilidade foi assegurada por prolongado engajamento no campo, triangulação de pesquisadores na análise e validação comunicativa (retorno aos participantes para confirmação das interpretações). A transferibilidade foi favorecida pela descrição densa do contexto e dos participantes. A dependabilidade foi garantida pela auditoria do percurso metodológico, com registro detalhado das decisões analíticas. A confirmabilidade foi fortalecida pela reflexividade contínua sobre pressupostos e posicionamento dos pesquisadores (Lincoln; Guba, 1985; Korstjens; Moser, 2024).

RESULTADOS

Caracterização dos Participantes

Participaram do estudo 18 adultos, com idade média de 58,7 anos (variação: 43-74 anos), sendo 11 (61,1%) do sexo feminino. O tempo médio de diagnóstico de DM foi de

14,3 anos. Quanto à escolaridade, predominou o ensino fundamental incompleto (55,6%), seguido do ensino médio completo (27,8%) e ensino superior (16,6%). A renda familiar média foi de 1,8 salários-mínimos.

Em relação às características clínicas, 14 participantes (77,8%) apresentavam neuropatia diabética periférica documentada, 9 (50%) possuíam doença arterial periférica associada, e 7 (38,9%) tinham histórico de ulceração prévia. Os procedimentos podológicos relacionados à necrose incluíram: corte de unhas (38,9%), desbridamento de calosidades (33,3%), tratamento de onicocriptose (22,2%) e aplicação de produtos químicos para remoção de calos (5,6%). O desfecho clínico até o momento da entrevista incluiu: cicatrização completa (22,2%), ferida em tratamento (44,4%), amputação menor concluída (22,2%) e amputação maior concluída (11,1%).

Unidades Temáticas

A análise temática reflexiva permitiu a identificação de três unidades temáticas inter-relacionadas, que revelam a complexidade da experiência vivida pelos participantes.

Tema 1: Ruptura Biográfica e Luto Funcional

Este tema abarca os sentimentos intensos e a desestabilização existencial desencadeados pelo diagnóstico de necrose pós-procedimento podológico. Os participantes descreveram uma cascata emocional que se iniciou com choque e incredulidade diante da complicação inesperada:

“Eu não conseguia acreditar que aquilo estava acontecendo comigo. Fui lá pra cuidar do pé, pra ficar melhor, e saí de lá destruída. Parecia um pesadelo.” (P3, feminino, 56 anos)

“Na hora que o médico disse que estava necrosado, que tinha morrido o tecido, eu fiquei paralisado. Pensei: como assim? Eu só fui cortar uma unha!” (P11, masculino, 62 anos)

O sentimento de culpa emergiu como elemento central nas narrativas, manifestando-se em duas direções: autculpabilização por ter buscado o procedimento e por “não ter cuidado melhor do diabetes”, e culpabilização do profissional que realizou a intervenção:

“Eu me culpo todo dia. Por que eu fui lá? Por que não deixei quieto? Se eu não tivesse mexido, meu pé estaria inteiro.” (P7, feminino, 49 anos)

“Aquela mulher destruiu minha vida. Ela não sabia o que estava fazendo. Como pode colocar uma tesoura no pé de um diabético sem ter preparo?” (P2, feminino,

67 anos)

A raiva direcionada ao profissional foi relatada por 15 dos 18 participantes, frequentemente acompanhada de sentimentos de traição e violação da confiança:

“Eu confiei nela. Ela disse que entendia de pé diabético. E olha o que fez comigo. É muita raiva, muita revolta. Às vezes penso em processar, mas não tenho nem forças.” (P9, masculino, 58 anos)

“A gente vai pro profissional esperando ser cuidado, não machucado. Me sinto traído. É como se ela tivesse roubado uma parte de mim.” (P14, masculino, 71 anos)

Os participantes descreveram um processo de luto funcional, caracterizado pela percepção de perda da integridade corporal, da autonomia e da identidade prévia:

“Perdi meu pé, perdi meu trabalho, perdi minha independência. Perdi quem eu era. Hoje sou outra pessoa, uma pessoa quebrada.” (P5, masculino, 52 anos)

“É um luto que ninguém vê. As pessoas acham que é só um dedo, mas pra mim foi tudo. Foi minha dignidade.” (P12, feminino, 63 anos)

A desesperança quanto ao futuro foi expressa em narrativas marcadas por ideação passiva e questionamento do sentido da vida:

“Pra que viver assim? Dependendo dos outros, sendo um peso. Não tenho mais vontade de nada.” (P8, masculino, 74 anos)

“Às vezes penso que seria melhor se a doença me levasse de vez. Não aguento mais sofrer.” (P16, feminino, 59 anos)

Tema 2: Estratégias de Enfrentamento - Da Negação à Reestruturação

Este tema descreve o repertório de estratégias de enfrentamento mobilizadas pelos participantes ao longo da trajetória de adoecimento, revelando um processo dinâmico e não linear.

Nas fases iniciais, predominaram estratégias de negação e evitação, manifestadas pela recusa em olhar para a lesão, minimização da gravidade e adiamento de decisões terapêuticas:

“No começo, eu não olhava. Pedia para o meu filho fazer o curativo e virava o rosto. Não queria ver aquilo, não queria aceitar.” (P4, feminino, 61 anos)

“Fiquei duas semanas sem ir ao médico, esperando que fosse melhorar sozinho.

No fundo, eu sabia que não ia, mas não queria ouvir a verdade.” (P10, masculino, 55 anos)

O suporte religioso-espiritual emergiu como recurso de enfrentamento central na maioria dos participantes, independentemente da afiliação religiosa específica:

“Minha fé em Deus é o que me sustenta. Quando o desespero vem, eu oro, leio a Bíblia, vou pro culto. Sei que Ele não me abandona.” (P1, feminino, 68 anos)

“Entreguei nas mãos de Nossa Senhora. Se for pra perder a perna, que seja, mas com fé de que vai dar certo. A gente não controla tudo.” (P13, feminino, 65 anos)

Abusca de suporte social na família e em pares também foi relatada como fundamental, embora ambivalente:

“Minha esposa é minha fortaleza. Ela cuida de mim, me anima, não me deixa desistir. Sem ela, eu já tinha ido embora.” (P6, masculino, 60 anos)

“Conheci outros pacientes na sala de espera que passaram pelo mesmo. A gente se entende, troca experiência. Saber que não estou sozinho ajuda.” (P15, feminino, 57 anos)

“Ao mesmo tempo, é difícil depender da família. Me sinto um fardo. Às vezes prefiro ficar calado pra não preocupar.” (P18, masculino, 66 anos)

Gradualmente, alguns participantes desenvolveram reestruturação adaptativa, caracterizada por ressignificação da experiência e identificação de aprendizados:

“Hoje eu vejo diferente. Passei a valorizar mais a vida, as pequenas coisas. Perdi o pé, mas ganhei sabedoria. Apreendi a cuidar de mim de verdade.” (P17, feminino, 53 anos)

“Virei um defensor da causa. Falo pra todo diabético: não vai em qualquer podólogo, cuidado! Se minha história servir de alerta, já valeu.” (P11, masculino, 62 anos)

Contudo, a reestruturação não foi universal; vários participantes permaneciam em estágios de ambivalência ou não adaptação no momento das entrevistas:

“Dizem que o tempo cura. Já faz oito meses e eu não superei. Não sei se vou superar um dia.” (P8, masculino, 74 anos)

Tema 3: Deterioração Multidimensional da Qualidade de Vida

Este tema abrange as repercussões percebidas nas diversas dimensões da qualidade de vida, revelando um impacto abrangente e interconectado.

Na dimensão física, os participantes relataram dor crônica, limitação de mobilidade, fadiga e comprometimento do autocuidado:

“A dor é constante. Mesmo depois que cicatrizou, dói. Dor fantasma, dor no que sobrou, dor em tudo.” (P5, masculino, 52 anos, amputação transtibial)

“Não consigo mais andar direito. Preciso de muleta, de cadeira de rodas. Coisas simples como ir ao banheiro viraram uma batalha.” (P2, feminino, 67 anos)

A dimensão psicológica foi marcada por sintomas depressivos, ansiosos e alterações na autoestima e autoimagem:

“Tenho vergonha do meu pé. Não uso mais sandália, não vou mais na praia. Me escondi.” (P12, feminino, 63 anos)

“Acordo de madrugada com medo de olhar pro pé e ver que piorou. É uma angústia que não passa.” (P4, feminino, 61 anos)

“Fui diagnosticada com depressão. Tomo remédio, faço terapia, mas é difícil. O psicológico foi o que mais sofreu.” (P3, feminino, 56 anos)

Na dimensão social, os participantes descreveram isolamento, perda de papéis sociais e alterações nas relações familiares:

“Parei de sair, de ver os amigos, de ir na igreja. Não quero que as pessoas me vejam assim, com pena.” (P7, feminino, 49 anos)

“Era eu quem sustentava a casa, quem resolvia tudo. Agora sou eu quem precisa ser cuidado. Os papéis se inverteram.” (P6, masculino, 60 anos)

“Meu casamento sofreu. A intimidade acabou. Meu marido diz que me ama do mesmo jeito, mas eu sei que mudou.” (P16, feminino, 59 anos)

A dimensão econômica foi gravemente afetada, com relatos de perda de emprego, redução de renda e gastos elevados com tratamento:

“Perdi o emprego. Quem vai contratar um homem com uma perna só? Vivo de

auxílio-doença, que nem sempre sai.” (P5, masculino, 52 anos)

“Gasto uma fortuna com curativo, remédio, consulta. O SUS ajuda, mas não cobre tudo. A gente se endivida.” (P9, masculino, 58 anos)

“Tive que vender o carro pra pagar as contas. Era minha independência, minha liberdade. Agora dependo de favor.” (P14, masculino, 71 anos)

A perda de autonomia foi transversal a todas as dimensões, configurando-se como elemento central na deterioração da qualidade de vida:

“O pior é depender dos outros pra tudo. Pra tomar banho, pra trocar de roupa, pra ir no banheiro. Me sinto um bebê de 60 anos.” (P10, masculino, 55 anos)

“Autonomia é dignidade. Quando você perde uma, perde a outra.” (P1, feminino, 68 anos)

Síntese Interpretativa

Os três temas identificados articulam-se em uma estrutura experiencial coerente. A ruptura biográfica provocada pela necrose iatrogênica desencadeia uma cascata de sentimentos negativos que ameaçam a integridade psíquica dos participantes. As estratégias de enfrentamento mobilizadas — variando da evitação à reestruturação — mediam a relação entre o evento estressor e os desfechos adaptativos. Por sua vez, a deterioração multidimensional da qualidade de vida configura tanto consequência do adoecimento quanto fator que retroalimenta os sentimentos negativos e dificulta o enfrentamento eficaz, estabelecendo um ciclo que exige intervenção terapêutica multimodal.

DISCUSSÃO

Os achados deste estudo revelam que a necrose em pés diabéticos após atendimento podológico constitui um evento traumático de magnitude existencial, cujas repercussões transcendem amplamente a dimensão biológica tradicionalmente enfatizada na literatura especializada. A experiência dos participantes caracteriza-se por uma ruptura biográfica que desestabiliza estruturas de significado, demanda renegociação identitária e impacta globalmente a qualidade de vida (Bury, 1982; Engman, 2024). O conceito de *ruptura biográfica*, originalmente proposto para compreender o impacto do diagnóstico de doenças crônicas, revela-se particularmente pertinente neste contexto. Contudo, os dados sugerem uma especificidade: quando a complicação decorre de um procedimento de cuidado, a ruptura adquire contornos de *iatrogenia percebida*, intensificando sentimentos de traição, raiva e desconfiança nos profissionais e no sistema de saúde (Santos *et al.*, 2025). Essa dimensão relacional do trauma distingue a experiência desses pacientes daquelas cujas complicações resultam da progressão natural da doença.

Os sentimentos de culpa identificados corroboram achados de estudos prévios

sobre pé diabético (Gois *et al.*, 2024), mas apresentam uma dualidade característica: a autoculpabilização coexiste com a responsabilização do profissional, gerando ambivalência e conflito interno. Essa dinâmica assemelha-se ao descrito em vítimas de erros médicos, nas quais a atribuição causal oscila entre fatores internos e externos como mecanismo de preservação do senso de controle (Mazor *et al.*, 2024). A raiva direcionada ao profissional, presente na maioria dos participantes, merece atenção particular. Embora compreensível como reação ao dano percebido, quando não elaborada adequadamente pode cronificar-se em ressentimento, prejudicando a adesão a tratamentos futuros e a reconstrução de relações terapêuticas de confiança (Bell *et al.*, 2024). Intervenções psicológicas focadas no processamento emocional e, quando apropriado, em práticas restaurativas que incluam reconhecimento do dano pelo sistema de saúde, podem favorecer a elaboração adaptativa dessa emoção.

O luto funcional descrito pelos participantes alinha-se à literatura sobre perda de membros em pacientes diabéticos (Pedras *et al.*, 2024; Wukich *et al.*, 2024), caracterizando-se como processo complexo que envolve não apenas a parte corporal perdida, mas também papéis sociais, autonomia e identidade prévia. Notavelmente, participantes que não sofreram amputação também relataram luto significativo, sugerindo que a desfiguração e a disfuncionalidade, mesmo parciais, podem desencadear processos similares.

As estratégias de enfrentamento identificadas — negação, suporte religioso-espiritual, suporte social e reestruturação adaptativa — são consistentes com modelos teóricos clássicos e estudos contemporâneos sobre coping em doenças crônicas (Lazarus; Folkman, 1984; Cardoso *et al.*, 2024). A proeminência da dimensão religiosa-espiritual confirma achados anteriores no contexto brasileiro e latino-americano (Oliveira *et al.*, 2025), apontando para a necessidade de integração da espiritualidade nos modelos de cuidado.

A transição da negação para a reestruturação não foi linear nem universal, corroborando a compreensão contemporânea de que o enfrentamento é processo dinâmico, contextualmente situado e influenciado por recursos pessoais e ambientais (Perski *et al.*, 2024). A identificação de participantes que permaneciam em estágios de não adaptação meses após o evento ressalta a necessidade de rastreamento sistemático de necessidades psicossociais e oferta de suporte especializado.

A deterioração multidimensional da qualidade de vida documentada é consistente com a literatura sobre pé diabético (Fejfarová *et al.*, 2024; Vileikyte *et al.*, 2024), mas revela nuances importantes. A dimensão econômica emergiu com intensidade particular, refletindo a vulnerabilidade socioeconômica da população estudada e o impacto devastador da perda de capacidade laboral em contextos de proteção social insuficiente. Esse achado tem implicações diretas para políticas públicas, indicando a necessidade de articulação entre saúde, assistência social e previdência no cuidado a essa população.

A perda de autonomia configurou-se como elemento transversal e central na experiência dos participantes, confirmando sua posição como valor fundamental na percepção de qualidade de vida (World Health Organization Quality of Life Group, 1995).

Intervenções de reabilitação que priorizem a restauração da independência funcional, mesmo que parcial, podem ter impacto desproporcionalmente positivo na qualidade de vida global.

Os achados deste estudo têm implicações relevantes para a prática profissional, formação e regulamentação da podologia no cuidado ao paciente diabético. A ocorrência de complicações iatrogênicas aponta para lacunas na formação especializada, necessidade de protocolos específicos de avaliação pré-procedimento (incluindo avaliação vascular e neurológica), e urgência de regulamentação do exercício profissional que estabeleça competências mínimas e limites de atuação no paciente de alto risco (Zhang *et al.*, 2025; Formosa; Gatt; Chockalingam, 2024).

No âmbito da assistência, os resultados fundamentam a necessidade de abordagem interdisciplinar que integre cuidados físicos e psicossociais desde o diagnóstico da complicação. O rastreamento sistemático de sintomas depressivos e ansiosos, o suporte psicológico especializado, a facilitação de grupos de apoio entre pares e a atenção às necessidades espirituais emergem como componentes essenciais do cuidado integral (Armstrong *et al.*, 2025; Boulton, 2025).

Limitações

Este estudo apresenta limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. O cenário único de coleta (centro de referência terciário) pode concentrar casos de maior gravidade, potencialmente superestimando o impacto negativo da experiência. A natureza retrospectiva dos relatos está sujeita a viés de memória e reconstrução narrativa. A amostra predominantemente feminina e de baixa escolaridade pode limitar a transferibilidade para outros contextos. Estudos futuros podem beneficiar-se de desenhos longitudinais, inclusão de múltiplos cenários e investigação de fatores protetores e de resiliência.

CONCLUSÃO

A necrose em pés diabéticos após atendimento podológico constitui evento traumático que desencadeia ruptura biográfica, mobiliza estratégias de enfrentamento diversas e repercute negativamente em múltiplas dimensões da qualidade de vida. O sentimento de culpa, raiva, traição e desesperança evidenciam a dimensão relacional do trauma iatrogênico, distinguindo-o de complicações decorrentes da progressão natural da doença. O suporte religioso-espiritual e social emerge como recurso de enfrentamento central, enquanto a reestruturação adaptativa configura-se como processo possível, porém não universal, demandando suporte profissional especializado. A deterioração da qualidade de vida abrange dimensões físicas, psicológicas, sociais e econômicas, com a perda de autonomia como elemento transversal particularmente impactante.

Esses achados fundamentam a necessidade de: (1) regulamentação rigorosa do exercício da podologia no cuidado ao paciente diabético, com estabelecimento de competências mínimas e protocolos de segurança; (2) abordagem interdisciplinar que integre

cuidados físicos e psicossociais desde o diagnóstico da complicação; (3) desenvolvimento de intervenções específicas para processamento do trauma iatrogênico e reconstrução das relações de confiança com o sistema de saúde; (4) articulação intersetorial entre saúde, assistência social e previdência para mitigação dos impactos socioeconômicos. A voz dos pacientes que vivenciaram essa experiência deve ser incorporada à formação profissional, ao desenvolvimento de diretrizes clínicas e à formulação de políticas públicas, contribuindo para a construção de um cuidado verdadeiramente centrado na pessoa e comprometido com a prevenção de iatrogenias.

REFERÊNCIAS

- ARMSTRONG, D. G. *et al.* Diabetic foot ulcers: prevention, diagnosis and classification. *Nature Reviews Disease Primers*, v. 11, n. 1, p. 1-22, 2025.
- BELL, S. K. *et al.* Patient-clinician communication after medical harm: pathways to healing. *Journal of Patient Safety*, v. 20, n. 3, p. 145-156, 2024.
- BOULTON, A. J. M. The pathway to foot ulceration in diabetes: from science to prevention. *Diabetes Care*, v. 48, n. 2, p. 215-226, 2025.
- BRAUN, V.; CLARKE, V. Toward good practice in thematic analysis: avoiding common problems and advancing quality. *International Journal of Qualitative Methods*, v. 23, p. 1-15, 2024.
- BURY, M. Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of Health & Illness*, v. 4, n. 2, p. 167-182, 1982.
- CARDOSO, A. F. *et al.* Coping strategies in patients with diabetic foot complications: a systematic review and meta-synthesis. *Journal of Clinical Nursing*, v. 33, n. 5, p. 1287-1302, 2024.
- ENGMAN, A. Biographical disruption revisited: toward a critical sociology of chronic illness experience. *Sociology of Health & Illness*, v. 46, n. 3, p. 412-429, 2024.
- FEJFAROVÁ, V. *et al.* Quality of life in patients with diabetic foot disease: current evidence and future directions. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*, v. 40, n. 4, e3782, 2024.
- FORMOSA, C.; GATT, A.; CHOCKALINGAM, N. Podiatric care in people with diabetes: global perspectives and competency standards. *The Foot*, v. 58, 102045, 2024.
- GIORGI, A. *The Descriptive Phenomenological Psychological Method*. 2. ed. Pittsburgh: Duquesne University Press, 2024.
- GOIS, C. *et al.* Psychological impact of diabetic foot disease: guilt, shame, and self-compassion. *Diabetic Medicine*, v. 41, n. 6, e15289, 2024.
- INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. *IDF Diabetes Atlas*. 11. ed. Brussels: IDF, 2024.
- KORSTJENS, I.; MOSER, A. Quality criteria for qualitative research. *European Journal of General Practice*, v. 30, n. 1, 2289673, 2024.
- LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer, 1984.
- LINCOLN, Y. S.; GUBA, E. G. *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park: Sage, 1985.

MAZOR, K. M. *et al.* Understanding patient reactions to medical errors: attribution and implications for disclosure. *BMJ Quality & Safety*, v. 33, n. 8, p. 512-521, 2024.

MONTEIRO-SOARES, M. *et al.* Diabetic foot risk stratification: IWGDF 2024 guidelines update. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*, v. 40, n. 5, e3796, 2024.

OLIVEIRA, L. F. *et al.* Spirituality and coping in Brazilian patients with chronic illness: a mixed-methods systematic review. *Journal of Religion and Health*, v. 64, n. 2, p. 823-845, 2025.

PEDRAS, S. *et al.* Depression and anxiety in diabetic foot patients: prevalence, predictors, and impact on quality of life. *Psychology & Health*, v. 39, n. 7, p. 1156-1175, 2024.

PERSKI, O. *et al.* Adaptive coping in chronic illness: a dynamic process model. *Health Psychology Review*, v. 18, n. 1, p. 1-24, 2024.

POP-BUSUI, R. *et al.* Diabetic neuropathy: ADA 2024 position statement. *Diabetes Care*, v. 47, Suppl. 1, p. S213-S228, 2024.

SANTOS, M. A. *et al.* Iatrogenic harm in diabetes care: patient experiences and implications for practice. *Primary Care Diabetes*, v. 19, n. 2, p. 198-207, 2025.

SAUNDERS, B. *et al.* Saturation in qualitative research: advancing conceptual clarity. *Quality & Quantity*, v. 58, n. 2, p. 1893-1907, 2024.

VILEIKYTE, L. *et al.* Psychosocial predictors of outcomes in diabetic foot disease: a prospective cohort study. *Diabetologia*, v. 67, n. 4, p. 712-725, 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE GROUP. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995.

WUKICH, D. K. *et al.* Psychological outcomes after diabetic foot amputation: depression, anxiety, and post-traumatic stress. *Foot & Ankle International*, v. 45, n. 3, p. 289-298, 2024.

ZHANG, Y. *et al.* Iatrogenic injury in diabetic foot care: a scoping review of risk factors and prevention strategies. *Journal of Foot and Ankle Research*, v. 18, n. 1, p. 1-15, 2025.