



Revista Latino-Americana de Enfermagem

ISSN: 0104-1169

rlae@eerp.usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

Gomes-Villas Boas, Lilian Cristiane; Foss, Milton Cesar; Foss de Freitas, Maria Cristina; Pace, Ana Emília

Relação entre apoio social, adesão aos tratamentos e controle metabólico de pessoas com diabetes mellitus

Revista Latino-Americana de Enfermagem, vol. 20, núm. 1, enero-febrero, 2012, pp. Tela 1-Tela 8  
Universidade de São Paulo  
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421971008>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

## **Relação entre apoio social, adesão aos tratamentos e controle metabólico de pessoas com diabetes mellitus<sup>1</sup>**

Lilian Cristiane Gomes-Villas Boas<sup>2</sup>

Milton Cesar Foss<sup>3</sup>

Maria Cristina Foss de Freitas<sup>4</sup>

Ana Emília Pace<sup>5</sup>

O presente estudo objetivou analisar a relação entre apoio social, adesão aos tratamentos não medicamentoso (dieta e exercício físico) e medicamentoso (insulina e/ou antidiabéticos orais) e controle clínico-metabólico de 162 pessoas com diabetes mellitus tipo 2. Constituiu-se em um estudo seccional, de abordagem quantitativa. Os dados foram coletados por meio de instrumentos validados. O apoio social teve correlação direta com a adesão aos tratamentos. Observou-se correlação inversa entre adesão ao tratamento não medicamentoso e índice de massa corporal, bem como entre adesão medicamentosa e pressão arterial diastólica. Não houve associações entre apoio social e variáveis de controle clínico-metabólico. Conclui-se que o apoio social poderá ser útil para se obter a adesão aos tratamentos. Estudos com outros delineamentos devem ser desenvolvidos, a fim de se ampliar a análise das relações entre apoio social e outras variáveis.

**Descritores:** Apoio Social; Cooperação do Paciente; Diabetes Mellitus; Cuidados de Enfermagem.

<sup>1</sup> Artigo extraído da Dissertação de Mestrado "Apoio social, adesão ao tratamento e controle metabólico de pessoas com diabetes mellitus" apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, SP, Brasil.

<sup>2</sup> Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Professor Adjunto, Centro Universitário, Fundação Educacional Guaxupé, MG, Brasil. E-mail: liliancristianegomes@yahoo.com.br

<sup>3</sup> Médico, Doutor em Medicina, Professor Titular, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, SP, Brasil. E-mail: mcfoss@fmrp.usp.br

<sup>4</sup> Médico, Doutor em Medicina, Professor Doutor, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, SP, Brasil. E-mail: crisfoss@fmrp.usp.br

<sup>5</sup> Enfermeira, Doutor em Enfermagem, Professor Associado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, SP, Brasil. E-mail: aepace@eerp.usp.br

Endereço para correspondência:

Ana Emília Pace

Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

Departamento de Enfermagem Geral e Especializada

Av. dos Bandeirantes, 3900

Bairro: Monte Alegre

CEP: 14040-902, Ribeirão Preto, SP, Brasil

E-mail: aepace@eerp.usp.br

## **Relationship among social support, treatment adherence and metabolic control of diabetes mellitus patients**

This cross-sectional and quantitative study aimed to analyze the relationship among social support, adherence to non-pharmacological (diet and physical exercise) and pharmacological treatments (insulin and/or oral anti-diabetic medication) and clinical and metabolic control of 162 type 2 diabetes mellitus patients. Data were collected through instruments validated for Brazil. Social support was directly correlated with treatment adherence. Adherence to non-pharmacological treatment was inversely correlated with body mass index, and medication adherence was inversely correlated with diastolic blood pressure. There were no associations between social support and clinical and metabolic control variables. Findings indicate that social support can be useful to achieve treatment adherence. Studies with other designs should be developed to broaden the analysis of relations between social support and other variables.

Descriptors: Social Support; Patient Compliance; Diabetes Mellitus; Nursing Care.

## **Relación entre apoyo social, adhesión al tratamiento y control metabólico de personas con diabetes mellitus**

El presente estudio objetivó analizar la relación entre apoyo social, adhesión a los tratamientos no medicamentoso (dieta y ejercicio físico) y medicamentoso (insulina y/o antidiabéticos orales) y control clínico-metabólico de 162 personas con diabetes mellitus tipo 2. Se trata de un estudio seccional, de abordaje cuantitativo. Los datos fueron recolectados por medio de instrumentos validados. El apoyo social tuvo correlación directa con la adhesión al tratamiento. Se observó correlación inversa entre adhesión al tratamiento no medicamentoso y índice de masa corporal, así como entre adhesión medicamentosa y presión arterial diastólica. No hubo asociaciones entre apoyo social y variables de control clínico-metabólico. Se concluye que el apoyo social podrá ser útil para obtener la adhesión a los tratamientos. Estudios con otros delineamientos deben ser desarrollados, a fin de ampliar el análisis de las relaciones entre apoyo social y otras variables.

Descriptores: Apoyo Social; Cooperación del Paciente; Diabetes Mellitus; Atención de Enfermería.

## **Introdução**

Entre as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), destaca-se o *diabetes mellitus* (DM) por ser considerado um problema de saúde pública, devido às suas proporções epidêmicas, constituindo desafio para o sistema de saúde e para a sociedade, à medida que demanda altos custos financeiros e sociais para o controle e tratamento de suas complicações<sup>(1)</sup>.

O tratamento do DM visa a manutenção do controle metabólico e compreende, basicamente, as terapias não medicamentosa e medicamentosa, sendo a primeira relacionada às mudanças de comportamento associadas à alimentação saudável e à atividade física<sup>(2)</sup>. O controle clínico-metabólico inclui o controle glicêmico, por meio de

medidas da hemoglobina glicada e da glicemia plasmática de jejum, bem como o controle da pressão arterial e de lipídios plasmáticos (triglicérides, colesterol total e frações), uma vez que essas duas últimas condições geralmente coexistem em pessoas com DM, constituindo fatores de risco para doença cardiovascular<sup>(3)</sup>.

Nesse contexto, a adesão aos tratamentos medicamentoso e não medicamentoso apresenta-se como conceito fundamental no cuidado à pessoa com DM, e a compreensão de barreiras e de facilitadores para as mudanças comportamentais poderá subsidiar as intervenções de enfermagem para promover ou fortalecer condições favoráveis à adesão.

Entre os fatores que poderão influenciar a adesão aos tratamentos destaca-se, no presente estudo, o apoio social (AS), considerado como processo complexo e dinâmico que envolve os indivíduos e suas redes sociais, com o intuito de satisfazer as suas necessidades, prover e complementar os recursos que possuem e, dessa forma, enfrentar novas situações<sup>(4)</sup>, podendo ter como fontes principais os familiares e os profissionais da saúde.

Estudos sugerem associação entre AS e adesão ao tratamento medicamentoso e dietético; outros, ainda, envolvendo adultos com DM, encontraram que pessoas com baixa percepção de AS apresentaram controle glicêmico significativamente menor, quando submetidos a situações altamente estressantes<sup>(5-6)</sup>.

Embora a adesão aos tratamentos e o AS tenham sido amplamente estudados, pouca atenção é dada à relação entre adesão aos tratamentos e apoio social percebido, bem como à necessidade desse apoio entre pessoas com DM<sup>(7)</sup>. A avaliação do AS é importante para auxiliar os enfermeiros no planejamento de intervenções apropriadas, que poderão promover a adaptação das pessoas à sua doença<sup>(8)</sup> e, consequentemente, melhorar a adesão aos tratamentos.

Mediante a necessidade de conhecer a percepção que a pessoa com DM possui em relação ao AS, bem como a relação com o controle metabólico e adesão aos tratamentos medicamentoso e não medicamentoso, desenvolveu-se o presente estudo.

## Objetivo

O objetivo deste estudo foi analisar a relação entre AS, adesão ao tratamento não medicamentoso (dieta e exercício físico), adesão ao tratamento medicamentoso e controle clínico-metabólico de pessoas com *diabetes mellitus* tipo 2 (DM2), em seguimento ambulatorial.

## Metodologia

Estudo seccional, de abordagem quantitativa, desenvolvido em unidade ambulatorial de nível terciário, da cidade de Ribeirão Preto, SP, no período de maio a novembro de 2008. A população do estudo foi selecionada por meio da revisão semanal dos prontuários das pessoas agendadas para atendimento no setor, que atendessem os seguintes critérios de inclusão: idade mínima de 40 anos; tratamento medicamentoso compreendendo insulina; antidiabético oral e/ou associações; ausência de complicações crônicas em estágios avançados e capacidade para dialogar. Optou-se por incluir pessoas com idade mínima de 40 anos, pelo fato de o DM2 ser diagnosticado mais frequentemente após essa idade.

Para a coleta dos dados, foram utilizados três instrumentos: inventário da rede de suporte social (IRSS), versão traduzida, adaptada e validada ( $\alpha=0,95$ ) para a cultura brasileira<sup>(8)</sup> do instrumento *The Social Support Network Inventory*<sup>(9)</sup>, destinado a avaliar variáveis da rede social (fonte e tipo de contato) e percepção de apoio social; questionário das atividades de autocuidado com o diabetes (QAAD), versão traduzida, adaptada e validada ( $\alpha=0,75$ ) para a cultura brasileira<sup>(10)</sup> do instrumento *Diabetes Self-care Activities Questionnaire*<sup>(11)</sup>, o qual avalia a adesão às recomendações de dieta e exercício físico; e medida de adesão aos tratamentos (MAT), versão traduzida, adaptada e validada ( $\alpha=0,74$ ) para a língua portuguesa<sup>(12)</sup> do Teste de Morisky<sup>(13)</sup>, readaptado ao português do Brasil por Faria<sup>(14)</sup>, destinado a avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso.

Obteve-se autorização prévia dos autores das versões originais, bem como dos autores das versões traduzidas e adaptadas, para o uso dos instrumentos. Também foi utilizado um instrumento estruturado para a coleta de dados sociodemográficos, clínicos, relacionados ao tratamento e ao controle metabólico (dados laboratoriais) e de hábitos de vida, previamente testados em estudo anterior<sup>(15)</sup>.

Adotou-se, como padrão, a leitura dos instrumentos em voz alta, respeitando-se o tempo necessário para que cada participante pudesse preenchê-los. A coleta de dados foi realizada após esclarecimento dos objetivos e da natureza do estudo, sendo solicitada a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido a todos os participantes.

Os dados coletados foram armazenados no programa Excel, com dupla digitação e validação dos mesmos. Posteriormente, o banco de dados foi exportado para o programa *Statistical Package for Social Science*® (SPSS), versão 11.5, para análise exploratória uni e bivariada, com medidas de tendência central (média e mediana) e de variabilidade (desvio padrão).

As variáveis numéricas foram submetidas ao teste de Kolmogorov-Smirnov para análise de distribuição, e ao teste de Levene para verificação da homogeneidade das variâncias. A relação entre essas variáveis foi medida por meio dos coeficientes de correlação de Pearson, e a força das correlações verificada, seguindo a classificação proposta por Zou, Tuncall e Silverman<sup>(16)</sup>: fraca ( $r<0,3$ ), moderada ( $0,3<r<0,6$ ) e forte ( $r>0,6$ ).

No que se refere às variáveis categóricas, quando avaliadas em relação a uma variável numérica, eram submetidas aos mesmos testes de distribuição e homogeneidade citados anteriormente. Para as análises entre duas amostras independentes, aplicou-se o teste t

de *Student* e, para mais de duas amostras independentes, os dados foram submetidos à análise de variância (Anova), seguido do teste de Tukey, e ao teste de Kruskal-Wallis, seguido do teste de Dunn, quando necessário, para amostras paramétricas e não paramétricas, respectivamente. O nível de significância, adotado no presente estudo, foi de 0,05.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, sob Protocolo n° 2049/2008, em 28/4/2008, e o termo de consentimento livre e esclarecido foi apresentado e assinado pelos participantes.

## Resultados

No período do estudo, 1.004 pessoas foram atendidas na unidade ambulatorial e, mediante análise dos prontuários, 309 (30,8%) preencheram os critérios de inclusão; no entanto, só foi possível abordar 206 pessoas. Desse último total, excluíram-se nove pessoas por limitações físicas e cognitivas; houve 22 recusas, pelas seguintes razões: preocupação com a consulta médica ou transporte, e não percepção de benefício em participar do estudo; 13 pessoas não responderam ao chamado, mesmo após agendamento em data e horário combinados. Portanto, a amostra do presente estudo ficou constituída por 162 pessoas, o que equivale a 16,1% da população base do estudo.

Na caracterização sociodemográfica da amostra, destaca-se que 94 (58%) participantes eram do sexo feminino. A média de idade foi de 59,4 (dp=8) anos, 114 (70,4%) eram casados, 67 (41,4%), aposentados ou pensionistas, 129 (79,6%), procedentes de Ribeirão Preto e/ou região, média de escolaridade de 5,36 (dp=3,90) anos de estudo e média de renda familiar mensal de 1.325,65 (dp=1.122,72) reais, o que equivale a aproximadamente 3,2 salários mínimos<sup>(17)</sup>.

O tempo de diagnóstico foi, em média, 14,8 (dp=7,72) anos; 88 (54,3%) eram obesos e 58 (35,8%) estavam com sobrepeso; a prática de atividade física (regular ou esporadicamente), o tabagismo e o consumo de bebida alcoólica foram referidos, respectivamente, por 55,5, 6,2 e 19,8% dos participantes. Entre as complicações/comorbidades, as de maiores frequências foram as dislipidemias e a hipertensão arterial sistêmica; 104 (64,2%) participantes estavam em terapia combinada de insulina e antidiabéticos orais; 143 (88,3%) apresentaram hemoglobina glicada maior ou igual a 7% (média=9,1%; dp=1,82); médias da pressão arterial sistólica 140mmHg

(dp=22,4) e da diastólica 78mmHg (dp=11,84); circunferência abdominal para o sexo masculino 106,4cm (dp=12,87) e feminino 106cm (dp=13,87); colesterol total 182mg/dl (dp=47,7); HDL para o sexo masculino 38mg/dl (dp=7,85) e feminino 45mg/dl (dp=9,16) e triglicérides 215mg/dl (dp=237,3).

Com a finalidade de verificar a confiabilidade dos instrumentos utilizados, calculou-se, no presente estudo, o coeficiente alfa de Cronbach. Os valores obtidos para os instrumentos IRSS, QAAD e MAT foram, respectivamente, 0,94, 0,68 e 0,66. Estudo de revisão de análise das propriedades psicométricas de instrumentos para avaliar fenômenos subjetivos encontrou que valores do alfa de Cronbach, acima de 0,50, são considerados razoáveis<sup>(18)</sup>.

Observou-se elevada percepção de AS, e a principal fonte foi a dos familiares, seguidos pelos profissionais de saúde. Não houve diferenças estatisticamente significantes nas médias de AS em relação às variáveis sexo, estado civil e ocupação. Entretanto, foram observadas correlações estatisticamente significantes, porém, de fraca magnitude, entre AS e idade ( $r=0,20$ ;  $p=0,01$ ), bem como entre AS e escolaridade, sendo essa última uma correlação inversa ( $r=-0,23$ ;  $p=0,03$ ). Esses dados sugerem que quanto maior a idade, maior a percepção de AS. Ao contrário, quanto maior a escolaridade, menor a percepção de AS<sup>(17)</sup>.

A adesão ao tratamento não medicamentoso (dieta e exercício físico) foi baixa em 69,1% dos participantes e correlacionou-se de forma inversa e estatisticamente significativa com a escolaridade ( $r=-0,18$ ;  $p=0,02$ ), sugerindo que quanto maior essa última variável, menor a adesão. Não foram observadas diferenças estatisticamente significantes nas médias da adesão ao autocuidado, no que se refere às variáveis sexo, estado civil e ocupação.

A adesão ao tratamento medicamentoso foi alta para 95,7% dos participantes. No entanto, não houve correlações estatisticamente significantes entre a adesão medicamentosa e as variáveis sociodemográficas.

Para o estudo das relações entre as principais variáveis do estudo, procedeu-se, primeiramente, à análise da relação entre AS, adesão aos tratamentos medicamentoso e não medicamentoso (dieta e exercício físico). Observaram-se correlações diretas, porém, de fraca magnitude, entre AS e adesão ao tratamento não medicamentoso ( $r=0,21$ ;  $p=0,01$ ), bem como entre AS e adesão ao tratamento medicamentoso ( $r=0,18$ ;  $p=0,02$ ), sugerindo que quanto maior a percepção de AS, maior a adesão, tanto às recomendações de dieta e exercício físico quanto à terapia com medicamentos.

Ao investigar a relação entre as variáveis de adesão aos tratamentos (medicamentoso e não medicamentoso),

para o valor de  $p < 0,05$ , houve correlação direta e estatisticamente significativa, porém, de fraca magnitude, entre os seus escores ( $r = 0,22$ ;  $p = 0,00$ ).

Finalmente, a relação entre as variáveis AS, adesão ao tratamento não medicamentoso, adesão medicamentosa e controle clínico-metabólico está apresentada na Tabela 1.

Tabela 1- Relação dos escores de apoio social, adesão ao tratamento não medicamentoso (dieta e exercício físico) e adesão medicamentosa com o controle clínico-metabólico na amostra estudada. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2008

Escores das variáveis	Apoio social		Adesão ao tratamento não medicamentoso		Adesão medicamentosa	
	Valor da estatística*	p-valor	Valor da estatística*	p-valor	Valor da estatística*	p-valor
Pressão arterial sistólica (mmHg)	0,14	0,07	0,13	0,09	-0,06	0,40
Pressão arterial diastólica (mmHg)	0,02	0,83	0,05	0,51	-0,15	0,04†
Índice de massa corporal ( $\text{kg/m}^2$ )	-0,15	0,06	-0,23	0,00†	-0,04	0,61
Circunferência abdominal (cm)	-0,15	0,06	-0,15	0,05	-0,06	0,46
Glicemia plasmática de jejum (mg/dl)	0,02	0,82	-0,01	0,93	0,03	0,66
Hemoglobina glicada (%)	0,01	0,85	-0,02	0,78	-0,03	0,65
Colesterol total (mg/dl)	0,14	0,07	-0,08	0,33	-0,01	0,91
HDL colesterol (mg/dl)	0,01	0,93	0,00	1,00	-0,04	0,59
LDL colesterol (mg/dl)	0,14	0,07	-0,07	0,41	-0,07	0,36
Triglicérides (mg/dl)	0,04	0,60	-0,06	0,44	-0,03	0,73

\* O valor da estatística corresponde aos coeficientes de correlação de Pearson ou Spearman, conforme classificação da amostra estudada.

† Significância estatística ( $p < 0,05$ ).

Observa-se que o controle clínico-metabólico não apresenta associações estatisticamente significantes com o AS. Para um  $p < 0,05$ , observou-se correlação inversa e estatisticamente significativa, porém, de fraca magnitude, entre a adesão ao tratamento não medicamentoso e o IMC, bem como entre adesão medicamentosa e pressão arterial diastólica (Tabela 1).

## Discussão

A relação do AS com as características sociodemográficas da amostra estudada foi explorada em estudo anterior<sup>(17)</sup>. Destaca-se que, nesse último estudo, o AS apresentou correlação direta com a idade e inversa com a escolaridade.

Quanto ao estudo da relação do AS com a adesão aos tratamentos medicamentoso e não medicamentoso, observou-se correlação direta, corroborando os achados da literatura<sup>(7,19-20)</sup>. É possível que a influência da família e de outras pessoas significativas possa reforçar as orientações de saúde recebidas pela pessoa com DM, o que poderia levar a maior adesão, tanto às recomendações de dieta e exercício físico quanto ao tratamento medicamentoso. Por outro lado, há também a possibilidade de que essa influência possa conflitar com as recomendações de saúde, podendo dificultar a adesão<sup>(21)</sup>.

Observou-se, no grupo estudado, correlação direta entre os dois tipos de adesão investigados, dado esse que, ao contrário da literatura, sugere estreita relação entre os diferentes aspectos da adesão<sup>(22)</sup>. Isso pode ser relevante

quando se trata de intervenções para melhorar a adesão, ou seja, se um comportamento tende a predizer o outro, uma mesma intervenção pode ser eficaz para aumentar a adesão em mais de um aspecto do tratamento.

A correlação entre o AS e o controle clínico-metabólico não foi estatisticamente significativa. Resultados similares foram observados em outros dois estudos. O primeiro objetivou analisar a relação entre AS, adesão aos tratamentos medicamentoso e não medicamentoso e controle metabólico de adultos norte-americanos com DM<sup>(23)</sup> e o segundo, os efeitos do AS na saúde, no bem-estar e no controle metabólico de adultos africanos com DM<sup>(24)</sup>. No entanto, esse último estudo mostrou que o AS é importante determinante na saúde e no bem-estar das pessoas com DM, sendo também benéfico para, pelo menos, um dos aspectos do manejo da doença, o controle da pressão arterial.

No presente estudo, a adesão ao tratamento não medicamentoso (dieta e exercício físico) teve correlação inversa de fraca magnitude com o índice de massa corporal (IMC). Esse dado reforça a importância das recomendações dietéticas e de exercício físico no controle do IMC. Estudo que investigou a relação da adesão aos tratamentos medicamentoso e não medicamentoso com o controle do DM, em adultos jamaicanos, mostrou resultados similares<sup>(25)</sup>.

Em relação à adesão medicamentosa, foi observada correlação inversa, porém, de fraca magnitude, entre essa variável e valores médios de pressão arterial diastólica. Em estudo com o objetivo de determinar a adesão

medicamentosa de adultos norte-americanos com DM e sua relação com a quantidade de fármacos prescritos e controle metabólico, também se identificou menor medida de pressão arterial diastólica entre os participantes com maior adesão medicamentosa no DM, embora tenha utilizado outro instrumento para avaliar a adesão<sup>(26)</sup>.

Para o controle glicêmico, avaliado por meio dos valores de hemoglobina glicada, não foram observadas correlações estatisticamente significantes com o AS, assemelhando-se a outro estudo citado<sup>(23)</sup>. Também não foram observadas correlações entre controle glicêmico e as variáveis de adesão, divergindo de autores que estudaram a relação entre adesão e controle metabólico de adultos finlandeses com DM<sup>(7)</sup>. Destaca-se que esse último estudo utilizou outro instrumento para analisar o AS.

Em síntese, ao analisar as relações entre o AS, adesão aos tratamentos medicamentoso e não medicamentoso e controle clínico-metabólico, os resultados do presente estudo assemelham-se aos estudos desenvolvidos entre pessoas com DM, no que se refere à relação entre AS e as variáveis de adesão<sup>(7,19-20)</sup>, mas divergem desses mesmos estudos quanto às relações entre AS e controle glicêmico, bem como entre as variáveis de adesão e controle glicêmico.

Em contrapartida, a ausência de associação entre as variáveis de adesão e controle glicêmico também foi observada em outro estudo<sup>(26)</sup>, sem, no entanto, desprezar a sua importância clínica para o cuidado à pessoa com DM.

Apesar de valor elevado de hemoglobina glicada sugerir “algo de errado”, tal resultado não indica especificamente o que há de errado com as recomendações médicas, ou com o manejo da doença por parte da pessoa, o que sugere influências de outros fatores, tais como socioeconômicos, culturais e ocupacionais<sup>(22)</sup>.

O controle metabólico é um complexo conjunto de interações, no qual a adesão é somente um dos muitos fatores a ele relacionados e, por essa razão, seu uso como medida da adesão tem valor limitado<sup>(22)</sup>.

## Conclusão

Ainda que o AS não tenha se correlacionado de forma estatisticamente significativa ao controle clínico-metabólico, é possível dizer sobre a sua importância clínica, ao se observar seus efeitos sobre as mudanças comportamentais para o autocuidado. Dado esse mostrado, também, na literatura estudada, ao enfatizar a influência do AS no manejo do DM e na manutenção de comportamentos preventivos ou de proteção à saúde.

No que se refere à relação entre adesão e controle metabólico, a literatura aponta resultados controversos a respeito dessas relações, ora se assemelhando ao presente estudo, ora divergindo do mesmo. Acredita-se que muitas outras variáveis possam influenciar o controle metabólico. Fatores psicológicos, tais como as crenças em saúde e desigualdades socioculturais, podem exercer efeito de interação e influenciar o controle do DM, seja de forma direta ou indireta.

Há, também, que se considerar que a adesão ao regime terapêutico, ao contrário do controle metabólico, é vista como um comportamento humano e, como tal, está sujeita às influências diretas do ambiente social em que vive a pessoa.

Conclui-se que o AS pode ser valioso recurso, capaz de promover melhor adaptação da pessoa às demandas impostas pela doença, constituindo-se em uma ferramenta importante para o profissional de saúde e, em especial, para o enfermeiro. Conhecer o processo e a estrutura do AS permite melhor entendimento da maneira pela qual se dão as relações sociais das pessoas, e como essas relações podem facilitar ou promover comportamentos promotores e/ou protetores de saúde.

Ressalta-se, também, que a maioria dos estudos busca analisar as relações entre variáveis psicossociais e adesão, ou entre variáveis psicossociais e controle metabólico. Porém, são poucos os estudos que investigaram, simultaneamente, as relações entre esses três conjuntos de variáveis, justificando-se, dessa maneira, outros estudos dessa natureza.

Algumas limitações merecem ser consideradas. A primeira se refere ao tipo de estudo que, por avaliar o AS e a adesão aos tratamentos somente em um determinado espaço de tempo, não permite captar possíveis influências dos eventos vitais na percepção de apoio e nos comportamentos relativos à adesão aos tratamentos. O conhecimento dessas influências poderia trazer informações importantes para o planejamento das intervenções de enfermagem, uma vez que permite a compreensão da pessoa em seu contexto de vida diária.

A literatura traz que a avaliação do AS por métodos indiretos (*self-report*) não revela a extensão na qual o apoio percebido reflete os reais comportamentos de apoio, uma vez que as características individuais da personalidade também podem influenciar a sua percepção. O mesmo se aplica à adesão aos tratamentos, visto que sua avaliação, por esses mesmos métodos, depende da capacidade de memória do respondente, bem como da disponibilidade



pessoal para revelar, de fato, qual é o seu comportamento em relação ao seguimento das recomendações terapêuticas. Além disso, é necessário que o pesquisador tenha habilidade para coletar as informações, de forma não coercitiva nem indutiva.

Pesquisas na área, portanto, devem ser incentivadas, com outros delineamentos e amostras populacionais maiores, a fim de ampliar as análises das relações entre AS e as demais variáveis, bem como estudar as influências das intervenções de enfermagem no reconhecimento, na mudança, ou no reforço da percepção do apoio social para a melhora do estado de saúde/doença.

## Referências

1. American Diabetes Association. Economic Costs of Diabetes in the U.S. in 2007. *Diabetes Care*. 2008;31(3):596-615.
2. Lerman I. Adherence to treatment: a key for avoiding long-term complications of diabetes. *Arch Med Res*. 2005 May-Jun; 36(3):300-6.
3. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes. *Diabetes Care*. 2011 Jan; 34:S11-S61. Suppl. 1.
4. Martins RML. A relevância do apoio social na velhice. *Millennium - Rev ISPV*. 2005;(31):128-34.
5. López DMM, López VMG, Ruiz MEG, López JHP, Escobar AN. Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2. *Rev Med (Mex)*. 2004;42(4):281-4.
6. Miller CK, Davis MS. The influential role of social support in diabetes management. *Topic Clin Nutrit*. 2005;20(2):157-65.
7. Toljamo M, Hentinen M. Adherence to self-care and social support. *J Clin Nurs*. 2001;10:618-27.
8. Lima EDRP, Norman EM, Lima AP. Translation and adaptation of the Social Support Network Inventory in Brazil. *J Nurs Scholarsh*. 2005;37(3):258-60.
9. Flaherty JA, Gaviria FM, Pathak DS. The measurement of social support: The Social Support Network Inventory. *Compr Psychiatry*. 1983;24(6):521-9.
10. Torres HC. Avaliação de um programa educativo para controle de diabetes mellitus tipo 2 em Belo Horizonte, MG [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2004. 126 p.
11. Toobert DJ, Glasgow RE. Assessing diabetes self-management: the summary of Diabetes Self-care Activities Questionnaire. In: Bradley C, editor. *Handbook of Psychology and Diabetes*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers; 1994. p. 351-75.
12. Delgado AB, Lima ML. Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicol Saúde & Doenças*. 2001;2(2):81-100.
13. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*. 1986;24(1):67-74.
14. Faria HTG. Fatores associados à adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa [Dissertação de Mestrado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2008. 146 p.
15. Pace AE, Ochoa-Vigo K, Caliri MHL, Fernandes APM. O conhecimento sobre diabetes mellitus no processo de autocuidado. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2006;14(5):728-34.
16. Zou KH, Tuncali K, Silverman SG. Correlation and Simple Linear Regression. *Radiology*. 2003;227(3):617-22.
17. Gomes-Villas Boas LC, Santos CB, Foss-Freitas MC, Pace AE. A relação entre o apoio social e as características sociodemográficas das pessoas com diabetes mellitus. *Rev Gaúch Enferm*. 2009;30(3):390-6.
18. Mota DDCF, Pimenta CAM. Avaliação e mensuração de variáveis psicossociais: desafio para pesquisa e clínica de enfermagem. *Rev Gaúch Enferm*. 2007;28(3):309-14.
19. Garay-Sevilla ME, Nava LE, Malacara JM, Huerta R, León JD, Mena A, et al. Adherence to treatment and social support in patients with non-insulin dependent diabetes mellitus. *J Diabetes Complications*. 1995;9(2):81-6.
20. Wang CY, Fenske MM. Self-care of adults with non-insulin-dependent-diabetes mellitus: influence of family and friends. *Diabetes Educ*. 1996;22(5):465-70.
21. Davis MS. Variations in patients' compliance with doctors' advice: an empirical analysis of patterns of communication. *Am J Public Health*. 1968;58(2):274-88.
22. Johnson SB. Methodological issues in diabetes research. *Diabetes Care*. 1992; 15(11):1658-67.
23. Wilson W, Ary DV, Biglan A, Glasgow RE, Toobert DJ, Campbell DR. Psychosocial predictors of self-care behaviors (compliance) and glycemic control in non-insulin-dependent diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 1986;9(6):614-22.
24. Westaway MS, Seager J, Rheeder P, Van Zyl D. The effects of social support on health, well-being and management of diabetes mellitus: a black south African perspective. *Ethn Health*. 2005;10(1):73-89.
25. Duff EM, O'Connor A, McFarlane-Anderson N, Wint YB, Bailey EY, Wright-Pascoe RA. Self-care, compliance and glycaemic control in jamaican adults with diabetes mellitus. *West Indian Med J*. 2006;55(4):232-6.



26. Grant RW, Devita NG, Singer DE, Meigs JB. Polypharmacy and medication adherence in patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2003;26(5):1408-12.

Recebido: 15.12.2010

Aceito: 27.6.2011

### *Como citar este artigo:*

Gomes-Villas Boas LC, Foss MC, Freitas MCF, Pace AE. Relação entre apoio social, adesão aos tratamentos e controle metabólico de pessoas com diabetes mellitus. *Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]*. jan.-fev. 2012 [acesso em:

/ / ];20(1):[08 telas]. Disponível em: \_\_\_\_\_

dia  
mês abreviado com ponto

ano

URL