**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

LILIAN CRISTIANE GOMES VILLAS BOAS

**APOIO SOCIAL, ADESÃO AO TRATAMENTO E CONTROLE
METABÓLICO DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2**

RIBEIRÃO PRETO–SP

2009

LILIAN CRISTIANE GOMES VILLAS BOAS

**Apoio social, adesão ao tratamento e controle metabólico de pessoas com
Diabetes Mellitus Tipo 2**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem

Linha de Pesquisa: Processo de cuidar do adulto com doenças agudas e crônico-degenerativas

Orientador: Prof^ª. Dr^ª. Ana Emilia Pace

RIBEIRÃO PRETO – SP

2009

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Serviço de Documentação em Enfermagem

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Gomes-Villas Boas, Lilian Cristiane

Apoio social, adesão ao tratamento e controle metabólico de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 / Lilian Cristiane Gomes Villas Boas: orientador Ana Emilia Pace – Ribeirão Preto, 2009

p. 171: Il..; 30 cm

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Área de concentração: Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

1. Apoio Social. 2. Adesão ao Tratamento. 3. Diabetes Mellitus. 4. Enfermagem.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Lilian Cristiane Gomes Villas Boas

Apoio Social, adesão ao tratamento e controle metabólico de pessoas com Diabetes Mellitus Tipo 2

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem Fundamental da
Escola de Enfermagem de Ribeirão
Preto da Universidade de São
Paulo, para a obtenção do título de
Mestre em Enfermagem

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Ao meu querido avô ***Antonio (in memoriam)***. Mesmo não estando mais entre nós, sinto sua presença. Sei que onde estiver, está feliz pela minha conquista.

Aos meus pais, ***Sílvio e Fátima***, meus maiores exemplos de caráter e dignidade.

Ao meu esposo, ***Leonardo***, que compartilhou comigo cada momento desta trajetória, sempre com muito amor.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, pelo dom da vida e pelas oportunidades concedidas.

A minha querida orientadora, Professora **Ana Emilia Pace**, pela confiança, dedicação e “apoio social”. Sem você, nada disso seria possível.

A minha irmã, **Lívia**, fonte de inspiração para os meus estudos.

Aos meus sogros, **Antonio e Angélica**, pelo carinho e incentivo.

Aos meus cunhados, **Francisco e Letícia**, pela amizade.

Às amigas **Regina e Solange**, pelo apoio e compreensão.

Ao Professor **Vanderlei José Haas**, pela disponibilidade e auxílio na execução do trabalho.

A todos os **docentes e funcionários** da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo que tanto contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional.

Às **colegas** do Ambulatório de Diabetes, em especial, à **Carolina**, pelo auxílio na coleta dos dados.

Aos ***pacientes*** atendidos pelo Ambulatório de Diabetes, pela colaboração,
sem a qual este trabalho não seria realizado.

Ao ***Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)***,
pela bolsa de pesquisa.

E a ***todos*** que, de alguma forma, colaboraram para a realização deste sonho.

RESUMO

GOMES-VILLAS BOAS, L. C. ***Apoio social, adesão ao tratamento e controle metabólico de pessoas com diabetes mellitus tipo 2.*** 2009. 171f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

Trata-se de um estudo seccional, de abordagem quantitativa, cujo objetivo geral foi analisar a relação entre o apoio social percebido, a adesão às atividades de autocuidado, a adesão ao tratamento medicamentoso e o controle metabólico de pessoas com diabetes mellitus tipo 2. Como objetivos específicos, pretendeu-se caracterizar a amostra segundo características sociodemográficas, clínicas, hábitos de vida e controle metabólico; avaliar a percepção das pessoas com diabetes mellitus tipo 2 frente ao apoio social; avaliar a adesão ao autocuidado e ao tratamento medicamentoso das pessoas com diabetes mellitus tipo 2. O estudo foi desenvolvido em unidade ambulatorial, no período de maio a novembro de 2008. Mediante os critérios de inclusão e exclusão, a amostra ficou constituída por 162 pessoas; para a coleta dos dados, foram utilizados o Inventário da Rede de Suporte Social, o Questionário das Atividades de Autocuidado com a Diabetes e a Medida de Adesão aos Tratamentos. Resultados: 94 (58%) participantes eram do sexo feminino, a média de idade foi de 59,39 (DP=8,02) 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 uma média de renda familiar mensal de 1.325,65 (DP=1.122,72) reais. O tempo de diagnóstico foi, em média, 14,8 (DP=7,72) anos; 88 (54,3%) eram obesos e 58 (35,8%) 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 140 mmHg (DP=22,4) e da diastólica 78 mmHg (DP=11,84); da circunferência abdominal para o sexo

masculino 106,4 cm (DP=12,87) e feminino 106 cm (DP=13,87); colesterol total 182 mg/dl (DP=47,7); HDL 42 mg/dl (DP=9,3) e triglicérides 215 mg/dl (DP=237,3). Observou-se elevada percepção de apoio social, e a principal fonte foi a dos familiares, seguidos pelos profissionais de saúde. A adesão ao autocuidado foi baixa em 69,1% dos participantes e alta para o tratamento medicamentoso (95,7%). Para um $p < 0,05$, o apoio social teve correlação direta com a idade (0,20), adesão ao autocuidado (0,21) e adesão medicamentosa (0,18); e inversamente com a escolaridade (-0,24). A adesão ao autocuidado correlacionou-se diretamente com a adesão medicamentosa (0,22), e inversamente com a escolaridade (-0,18); a adesão medicamentosa correlacionou-se diretamente com a adesão ao autocuidado (0,22), com a frequência diária de aplicação de insulina (0,18) e frequência diária de tomada do antidiabético oral (0,27). Conclusões: os dados sugerem que a escolaridade é uma variável que deve ser considerada na educação em diabetes mellitus e pode ser uma barreira para o autocuidado, enquanto o apoio social poderá ser útil para se obter a adesão ao tratamento e ao autocuidado.

Palavras-chave: Apoio social. Adesão ao tratamento. Diabetes Mellitus. Enfermagem.

ABSTRACT

GOMES-VILLAS BOAS, L. C. ***Social support, treatment adherence and metabolic control of people with type 2 diabetes mellitus.*** 2009. 171p. Thesis (Masters) – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2009.

The general aim of this cross-sectional quantitative study was to analyze the relationship among perceived social support, adherence to self-care activities, adherence to medication and metabolic control of people with type 2 diabetes mellitus. The specific aims were to characterize the sample according to sociodemographic and clinical characteristics, life habits and metabolic control; to evaluate the perception of people with type 2 diabetes mellitus regarding social support; and to evaluate their adherence to self-care and medication. The study was developed at an outpatient clinic, between May and November 2008. The sample consisted of 162 patients, after applying the exclusion and inclusion criteria. The Social Support Network Inventory, the Diabetes Self-Care Activities Questionnaire and the Treatment Adherence Measure were used for data collection. Results: 94 (58%) participants were female, average age was 59.39 (SD=8.02) years, 114 (70.4%) subjects were married, 67 (41.4%) were retired or pensioners and 129 (79.6%) were from the city of Ribeirão Preto or its surrounds. The average educational level was 5.36 (SD=3.90) years of school and the average monthly family income was 1,325.65 (DP=1,122.72) *reais*. The average time of diagnosis was 14.8 (SD=7.72) years; 88 (54.3%) participants were obese and 58 (35.8%) overweight. Subjects mentioned practicing physical activities (55.5%, regularly or sporadically), smoking (6.2%) and consuming alcoholic drinks (19.8%). Most frequent complications/comorbidities were dyslipidemia and systemic high blood pressure; 104 (64.2%) participants were being treated with oral antidiabetic therapy in combination with insulin and 143 (88.3%) presented glycated hemoglobin higher or equal to 7% (average=9.1%; SD=1.82). The average systolic blood pressure was 140 mmHg (SD=22.4) and diastolic blood pressure was 78 mmHg (SD=11.84); male average abdominal circumference was 106.4 cm (SD=12.87) and female was 106 cm (SD=13.87). Total cholesterol was 182 mg/dl (SD=47.7); HDL 42 mg/dl (SD=9.3) and triglycerides 215 mg/dl (SD=237.3). High perception of social support was observed,

the main source was family members, followed by health professionals. Adherence to self-care was low in 69.1% of the participants, while adherence to medication was high (95.7%). For $p \leq 0.05$, social support had direct correlation with age (0.20), adherence to self-care (0.21) and adherence to medication (0.18); and inverse correlation with educational level (-0.24). Adherence to self-care was directly correlated to adherence to medication (0.22) and inversely correlated to educational level (-0.18); adherence to medication was directly correlated with adherence to self-care (0.22), with daily frequency of insulin injection (0.18) and daily frequency of oral antidiabetic therapy (0.27). Conclusions: data suggest the educational level is a variable that should be considered in education in diabetes mellitus and can be a barrier to self-care, while social support can be useful to achieve adherence to treatment and self-care.

Key words: Social support. Treatment adherence. Diabetes Mellitus. Nursing.

RESUMEN

GOMES-VILLAS BOAS, L. C. ***Apoyo social, adhesión al tratamiento y control metabólico de personas con diabetes mellitus tipo 2.*** 2009. 171h. Disertación (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

El objetivo general de este estudio seccional, de aproximación cuantitativa, fue analizar la relación entre el apoyo social percibido, la adhesión a las actividades de autocuidado, la adhesión al tratamiento medicamentoso y el control metabólico de personas con diabetes mellitus tipo 2. Los objetivos específicos fueron caracterizar la muestra según características sociodemográficas, clínicas, hábitos de vida y control metabólico; evaluar la percepción de las personas con diabetes mellitus tipo 2 en relación al apoyo social; y evaluar la adhesión al autocuidado y al tratamiento medicamentoso de las personas con diabetes mellitus tipo 2. El estudio fue desarrollado en una unidad ambulatoria, entre mayo y noviembre de 2008. Con los criterios de inclusión y exclusión la muestra se constituyó de 162 personas. El Inventario de la Red de Apoyo Social, el Cuestionario de las Actividades de Autocuidado con la Diabetes y la Medida de Adhesión a los tratamientos fueron usados para la recolecta de datos. Resultados: 94 (58%) participantes eran del sexo femenino, el promedio de edad fue de 59,39 (DP=8,02) años, 114 (70,4%) eran casados, 67 (41,4%) jubilados o pensionistas, 129 (79,6%) originarios de Ribeirão Preto o de la región. El promedio de escolaridad fue de 5,36 (DP=3,90) años de estudio y el promedio de renta familiar mensual fue 1.325,65 (DP=1.122,72) *reais*. El tiempo de diagnóstico fue, en media, 14,8 (DP=7,72) años; 88 (54,3%) eran obesos y 58 (35,8%) con sobrepeso. La práctica de actividad física (regular o esporádicamente), el tabaquismo y el consumo de bebida alcohólica fue mencionado por el 55,5%, el 6,2% y el 19,8% de los participantes, respectivamente. Las mayores frecuencias de complicaciones/comorbilidades fueron las dislipidemias y la hipertensión arterial sistémica; 104 (64,2%) participantes estaban en tratamiento combinado de insulina y antidiabéticos orales; 143 (88,3%) presentaron hemoglobina glicada mayor o igual a el 7% (promedio=9,1%; DP=1,82). El promedio de la presión arterial sistólica fue 140 mmHg (DP=22,4) y de la diastólica 78 mmHg (DP=11,84);

el promedio de la circunferencia abdominal para el sexo masculino fue 106,4 cm (DP=12,87) y para femenino 106 cm (DP=13,87). El colesterol total fue 182 mg/dl (DP=47,7); HDL 42 mg/dl (DP=9,3) y triglicéridos 215 mg/dl (DP=237,3). Se observó elevada percepción de apoyo social, siendo los familiares su principal fuente, seguidos por los profesionales de salud. La adhesión al autocuidado fue baja en el 69,1% de los participantes y alta para el tratamiento medicamentoso (95,7%). Para $p \leq 0,05$, el apoyo social tuvo una correlación directa con la edad (0,20), la adhesión al autocuidado (0,21) y la adhesión medicamentosa (0,18); y correlación inversa con la escolaridad (-0,24). La adhesión al autocuidado se correlacionó directamente con la adhesión medicamentosa (0,22), y inversamente con la escolaridad (-0,18). La adhesión medicamentosa se correlacionó directamente con la adhesión al autocuidado (0,22), con la frecuencia diaria de aplicación de insulina (0,18) y la frecuencia diaria del antidiabético oral (0,27). Conclusiones: los datos sugieren que la escolaridad es una variable que debe ser considerada en la educación en diabetes mellitus y puede ser una barrera para el autocuidado. Por otro lado, el apoyo social pondrá ser útil para obtener la adhesión al tratamiento y al autocuidado.

Palabras clave: Apoyo social. Adhesión al tratamiento. Diabetes Mellitus. Enfermería.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Distribuição dos participantes, segundo a percepção de apoio social. Ribeirão Preto, SP, 2008.....	78
Figura 2	Distribuição dos participantes, segundo a adesão ao autocuidado. Ribeirão Preto, SP, 2008.....	80
Figura 3	Distribuição dos participantes, segundo a adesão ao tratamento medicamentoso. Ribeirão Preto, SP, 2008.....	81
Figura 4	Distribuição dos escores de apoio social, segundo a adesão ao autocuidado. Ribeirão Preto, SP, 2008.....	88
Figura 5	Distribuição dos escores de adesão ao tratamento medicamentoso, segundo a adesão ao autocuidado. Ribeirão Preto, SP, 2008.....	90
Figura 6	Distribuição dos escores de adesão medicamentosa, segundo a classificação dos participantes quanto à pressão arterial diastólica. Ribeirão Preto, SP, 2008.....	95

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização sociodemográfica da amostra estudada. Ribeirão Preto, SP, 2008	71
Tabela 2	Caracterização dos hábitos de vida e das variáveis clínicas da amostra estudada. Ribeirão Preto, SP, 2008.....	72
Tabela 3	Caracterização da amostra estudada, segundo variáveis relacionadas ao controle metabólico (dados laboratoriais). Ribeirão Preto, SP, 2008.....	74
Tabela 4	Caracterização da amostra estudada, segundo variáveis relacionadas ao tratamento. Ribeirão Preto, SP, 2008.....	75
Tabela 5	Fontes de apoio referidas pela amostra estudada. Ribeirão Preto, SP, 2008.....	77
Tabela 6	Avaliação da percepção do apoio social na amostra estudada. Ribeirão Preto, SP, 2008.....	78
Tabela 7	Avaliação da adesão ao autocuidado na amostra estudada. Ribeirão Preto, SP, 2008.....	79
Tabela 8	Avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso na amostra estudada. Ribeirão Preto, SP, 2008.....	81
Tabela 9	Relação das variáveis sociodemográficas, clínicas e de tratamento com apoio social, adesão ao autocuidado e adesão ao tratamento medicamentoso na amostra estudada. Ribeirão Preto, SP, 2008.....	83
Tabela 10	Relação das características sociodemográficas, clínicas e relacionadas ao tratamento, de natureza nominal, com apoio social, adesão ao autocuidado e adesão ao tratamento medicamentoso na amostra estudada. Ribeirão Preto, SP, 2008	84

Tabela 11	Relação entre os escores de apoio social, adesão ao autocuidado e adesão ao tratamento medicamentoso na amostra estudada. Ribeirão Preto, SP, 2008.....	86
Tabela 12	Relação entre apoio social, adesão ao autocuidado e adesão ao tratamento medicamentoso na amostra estudada. Ribeirão Preto, SP, 2008.....	87
Tabela 13	Relação entre os escores de adesão ao autocuidado e adesão ao tratamento medicamentoso na amostra estudada. Ribeirão Preto, SP, 2008.....	89
Tabela 14	Relação entre adesão ao autocuidado e adesão ao tratamento medicamentoso na amostra estudada. Ribeirão Preto, SP, 2008	89
Tabela 15	Relação dos escores de apoio social, adesão ao autocuidado e adesão medicamentosa com controle clínico/metabólico na amostra estudada. Ribeirão Preto, SP, 2008.....	92
Tabela 16	Relação de apoio social, adesão ao autocuidado e adesão medicamentosa com controle clínico/metabólico na amostra estudada. Ribeirão Preto, SP, 2008.....	93

LISTA DE SIGLAS

ADA	<i>American Diabetes Association</i>
AMGS	Automonitorização da Glicose Sanguínea
AS	Apoio Social
CA	Circunferência Abdominal
DCCT	<i>Diabetes Control and Complications Trial</i>
DCNTs	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
DM1	Diabetes Mellitus tipo 1
DM2	Diabetes Mellitus tipo 2
HbA _{1c}	Hemoglobina glicada
HCFMRP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
HPLC	Cromatografia Líquida de Alta Performance
IMC	Índice de Massa Corporal
IRSS	Inventário da Rede de Suporte Social
MAT	Medida de Adesão aos Tratamentos
OMS	Organização Mundial da Saúde
OMS	Organización Mundial de la Salude
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PAD	Pressão Arterial Diastólica
QAAD	Questionário das Atividades de Autocuidado com a Diabetes
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Science</i>
SSNI	<i>Social Support Network Inventory</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UKPDS	<i>United Kingdom Prospective Diabetes Study Group</i>
USP	Universidade de São Paulo
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	21
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	25
2.1 Adesão ao tratamento.....	26
2.2 Apoio social.....	35
3 OBJETIVOS.....	52
3.1 Geral	53
3.2 Específicos.....	53
4 METODOLOGIA.....	54
4.1 Tipo de estudo.....	55
4.2 Local de estudo.....	55
4.3 Período de estudo.....	56
4.4 População e amostra do estudo.....	56
4.4.1 População base.....	56
4.4.2 Critérios de inclusão na amostra.....	56
4.4.3 Critérios de exclusão na amostra.....	57
4.4.4 Amostra.....	57
4.5 Variáveis do estudo.....	57
4.5.1 Variáveis sociodemográficas.....	57
4.5.2 Variáveis relacionadas aos hábitos de vida.....	58
4.5.3 Variáveis clínicas e laboratoriais.....	59
4.5.4 Variáveis relacionadas ao tratamento.....	60
4.5.5 Apoio social.....	61
4.5.6 Adesão ao autocuidado.....	61
4.5.7 Adesão ao tratamento medicamentoso.....	62
4.6 Instrumentos de coleta de dados.....	62
4.6.1 Inventário da Rede de Suporte Social.....	62
4.6.2 Questionário das Atividades de Auto-cuidado com Diabetes.....	63
4.6.3 Medida de Adesão aos Tratamentos.....	64
4.6.4 Dados sociodemográficos, clínicos e hábitos de vida.....	65

4.6.5 Diagnósticos e resultados de exames laboratoriais.....	65
4.7 Estudo Piloto.....	65
4.8 Coleta de Dados.....	66
4.9 Análise dos dados.....	66
4.10 Aspectos éticos.....	67
5 RESULTADOS.....	69
5.1 Caracterização da amostra estudada, segundo as variáveis socio-demográficas, hábitos de vida, clínicas, controle metabólico (dados laboratoriais) e tratamento.....	70
5.2 Rede e apoio social percebidos.....	75
5.2.1 Revalidação do IRSS.....	75
5.2.2 Estudo da rede e apoio social percebidos.....	76
5.3 Adesão ao autocuidado.....	79
5.4 Adesão ao tratamento medicamentoso.....	80
5.5 Relação das características sociodemográficas, clínicas e de tratamento com apoio social, adesão ao autocuidado e adesão ao tratamento medicamentoso.....	82
5.6 Relação entre apoio social, adesão ao autocuidado e adesão ao tratamento medicamentoso.....	86
5.7 Relação do AS, adesão ao autocuidado e adesão medicamentosa com o controle clínico/metabólico.....	90
6 DISCUSSÃO.....	96
6.1 Caracterização da amostra estudada, segundo as variáveis sociodemográficas, hábitos de vida, clínicas, controle metabólico (dados laboratoriais) e tratamento.....	97
6.2 Rede e apoio social percebidos.....	98
6.3 Adesão ao autocuidado.....	100
6.4 Adesão ao tratamento medicamentoso.....	102
6.5 Relação das características sociodemográficas, clínicas e de tratamento com apoio social, adesão ao autocuidado e adesão ao tratamento medicamentoso.....	104
6.6 Relação entre apoio social, adesão ao autocuidado e adesão ao	

tratamento medicamentoso.....	109
6.7 Relação do AS, adesão ao autocuidado e adesão medicamentosa com o controle clínico/metabólico.....	111
7 CONCLUSÃO.....	114
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	118
9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	120
10 APÊNDICES.....	144
Apêndice A.....	145
Apêndice B.....	149
Apêndice C.....	150
11 ANEXOS.....	152
Anexo 1.....	153
Anexo 2.....	154
Anexo 3.....	155
Anexo 4.....	156
Anexo 5.....	157
Anexo 6.....	167
Anexo 7.....	169
Anexo 8.....	170
Anexo 9.....	171

*1. INTRODUÇÃO*¹

¹ Esta dissertação foi revisada seguindo a Nova Ortografia da Língua Portuguesa (1990), em vigor a partir de 1º de janeiro de 2009.

A epidemia global das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) ameaça o desenvolvimento econômico e social, bem como a vida e saúde de milhões de pessoas (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS, 2007); tais doenças caracterizam-se por ter uma etiologia incerta, múltiplos fatores de risco, longos períodos de latência, curso prolongado, origem não infecciosa e por estarem associadas a deficiências e incapacidades funcionais (BRASIL, 2005; WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO, 2005; OPAS, 2003).

Entre as DCNTs, destaca-se o Diabetes Mellitus (DM) pela sua alta morbimortalidade (BRASIL, 2004; 2008) e crescentes taxas de prevalência.

O estudo multicêntrico de prevalência do DM e tolerância alterada à glicose na população urbana brasileira, na faixa etária de 30 a 69 anos, realizado no período de novembro de 1986 a julho de 1988, encontrou que o DM está presente em 7,6% desta população e 7,8% apresentavam tolerância alterada à glicose (MALERBI; FRANCO, 1992). Aproximadamente nove anos após, outro estudo, realizado na cidade de Ribeirão Preto-SP, utilizando métodos semelhantes, no período de setembro de 1996 a novembro de 1997, obteve, respectivamente, uma prevalência de 12,1% e 7,7% (TORQUATO et al., 2003).

É considerado um grande problema de saúde pública para o Brasil devido às suas proporções epidêmicas, constituindo um desafio para o sistema de saúde e para a sociedade, à medida que demanda altos custos financeiros e sociais para seu controle e para o tratamento de suas complicações (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES - SBD, 2007).

As complicações crônicas advindas do DM, geralmente, estão associadas ao mau controle da doença, por um longo período de tempo e são responsáveis pela morbidade e mortalidade decorrentes. São agrupadas em alterações micro e macrovasculares e neuropáticas (DAVIDSON, 2001) que podem resultar em doença renal terminal, cegueira e em amputações de membros inferiores. As limitações e incapacidades consequentes a estas complicações contribuem com a redução da qualidade de vida das pessoas acometidas e seus familiares, além da sobrecarga da doença para o sistema de saúde (SBD, 2007).

O *United Kingdom Prospective Diabetes Study* (UKPDS), estudo multicêntrico realizado em 23 centros clínicos na Inglaterra, Irlanda do Norte e Escócia, no período de 1977 a 1991, envolveu 5.102 pessoas com diabetes mellitus tipo 2 (DM2) e mostrou que a manutenção de níveis glicêmicos mais próximos

possíveis do normal pode protelar o surgimento ou a progressão das complicações crônicas do diabetes (UKPDS, 1998; ADA, 2007). Outro estudo clínico, denominado *Diabetes Control and Complications Trial* (DCCT), conduzido em 29 centros médicos nos Estados Unidos e Canadá, entre 1983 e 1993, comprovou este mesmo benefício para indivíduos com diabetes mellitus tipo 1 (DM1) (DCCT, 1993).

Pela natureza crônica da doença, os problemas de saúde gerados requerem gerenciamento contínuo por um período de vários anos ou décadas (OMS, 2003). A complexidade do regime terapêutico que inclui mudanças no estilo de vida e, na maioria das vezes, múltiplos medicamentos e dosagens, somada ao medo das mutilações, deficiências visuais, limitações físicas exacerbadas pela idade avançada faz com que a pessoa enfrente muitos desafios para adaptar-se a estas situações e apresente dificuldades para as mudanças comportamentais necessárias para o controle da doença (WAGNER et al., 2001; SELEY; WEINGER, 2007).

Mediante esse contexto, a adesão ao tratamento apresenta-se como um conceito fundamental no processo do 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.

Estudos apontam baixa adesão para a maioria dos regimes terapêuticos específicos de doenças crônicas, cujas estimativas chegam a 50% ou mais (SACKETT; SNOW, 1979; TURK; SPEERS, 1983; ERACKER; KIRSCHT; BECKER, 1984; FOX, 1998; SIEBER; KAPLAN, 2000).

O'Connor et al. (2004) reportam-se a comportamentos relacionados à adesão à terapia medicamentosa, à terapia nutricional, à atividade física e à monitorização da glicemia domiciliar como fatores fortemente relacionados ao estado de controle glicêmico em pessoas com DM.

Entre os fatores que poderão estar envolvidos com a adesão ao tratamento, destaca-se, no presente estudo, o Apoio Social (AS), considerado como um 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, desta forma, poder enfrentar novas situações (MARTINS, 2005) e que pode ter como fontes principais os familiares e profissionais da saúde.

Para Serapioni (2005, p. 244), "a família representa um papel importante na provisão de cuidado informal para seus membros". Grande parte do atendimento

às necessidades físicas e psicológicas das pessoas, bem como o seu cuidado, acontece no lar.

Alguns estudos têm sugerido uma associação entre AS e adesão ao tratamento medicamentoso e dietético; outros ainda, envolvendo adultos com DM, encontraram que as pessoas com baixos níveis de AS apresentaram um controle glicêmico significativamente menor, quando submetidos a situações altamente estressantes (SCHAFFER; McCAUL; GLASGOW, 1986; WILSON et al., 1986; GARAY-SEVILLA et al., 1995; TILLOTSON; SMITH, 1996; SKINNER; JOHN; HAMPSON, 2000; TOLJAMO; HENTINEN, 2001; LÓPEZ et al., 2004; MILLER; DAVIS, 2005).

Embora adesão ao tratamento e AS tenham sido amplamente estudados, pouca atenção é dada à relação entre adesão ao tratamento e apoio social percebido², bem como à necessidade desse apoio entre pessoas com DM (TOLJAMO; HENTINEN, 2001).

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

A seguir, para contextualizar os componentes do estudo, apresenta-se breve revisão da literatura referente aos principais conceitos e desafios sobre a adesão ao tratamento e o AS como um dos elementos fundamentais para o cuidado.

² O termo *apoio social percebido* tem sido utilizado na literatura ao referir-se a uma avaliação cognitiva do indivíduo, na qual ele se vê seguramente conectado a outras pessoas e se sente amado e estimado pelos outros (BARRERA, 1986; WETHINGTON; KESSLER, 1986).

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Adesão ao Tratamento

A adesão ao tratamento tem sido estudada desde 1950 em várias áreas do conhecimento, como medicina, enfermagem, psicologia e economia no contexto da saúde (KYNGÄS; DUFFY; KROLL, 2000).

Para definir adesão, muitos investigadores têm utilizado termos da língua inglesa, tais como *compliance*, *adherence*, *self-care behaviors*, *mutuality* e *therapeutic alliance*, ora como sinônimos, ora como conceitos divergentes (KYNGÄS; DUFFY; KROLL, 2000; KYNGÄS; RISSANEN, 2001).

O termo *compliance* foi introduzido na medicina por Sackett, em 1976. É definido como a extensão na qual a pessoa é obediente e segue instruções e prescrições médicas e de cuidados com a saúde. (KYNGÄS; DUFFY; KROLL, 2000).

Posteriormente, Haynes (1979) definiu *compliance* como a extensão na qual o comportamento da pessoa coincide com a orientação médica no que se refere, por exemplo, ao uso da medicação, ao seguimento de dietas, a mudanças no estilo de vida ou à adoção de comportamentos protetores de saúde. Entretanto, o autor ressalta que o termo *compliance* pode ser incômodo para muitas pessoas, porque traz tanto a ideia de transgressão quanto a imagem de servidão ou submissão.

Dessa forma, o termo *adherence* tem sido sugerido por sustentar um menor tom de autoridade e implicar um envolvimento voluntário, colaborativo e mais ativo da pessoa na direção de um comportamento mutuamente aceitável, para produzir um resultado preventivo ou terapêutico desejado (HAYNES, 1979; DRACUP; MELEIS, 1982; MEICHENBAUM; TURK, 1987; JOHNSON, 1992; McNABB, 1997; BRAWLEY; CULOS-REED, 2000).

Apesar da abundante literatura sobre o tema, as vagas definições de adesão, utilizando-se dos termos *compliance* / *adherence*, a falta de clarificação do conceito e as dificuldades na mensuração desse constructo têm contribuído para a falta de entendimento (KONTZ, 1989; MARTIN et al., 2000). Em geral, as discussões sobre adesão são apontadas em estudos referentes às doenças crônicas (KONTZ, 1989).

A adesão ao tratamento deve ser vista como uma atividade conjunta na qual a pessoa não somente obedece às orientações médicas, mas entende,

concorda e adota o regime prescrito. Portanto, deve haver uma aliança terapêutica entre a pessoa e o profissional de saúde, na qual é reconhecida não apenas a responsabilidade específica de cada um no processo, mas também de todos que estão envolvidos (direta ou indiretamente) no tratamento (BRASIL, 2007).

No presente estudo, adotou-se o conceito de adesão proposto por Haynes (1979), por se tratar de uma definição clássica na literatura. De fato, embora controversa, tal definição continua sendo a mais referenciada e utilizada nos estudos sobre o tema (SANTOS, 2005). Para Delgado e Lima (2001), a definição de adesão proposta por Haynes (1979) é abrangente, concisa e permite “perceber a complexidade e variedade de comportamentos que podem ser tratados enquanto fenômenos de adesão aos tratamentos” (DELGADO; LIMA, 2001, p. 82).

A literatura aponta que a baixa adesão ao tratamento de doenças crônicas é, por vezes, universal (BRITO; SZWARCOWALD; CASTILHO, 2006) e sua estimativa chega a 50% ou mais (SACKETT; SNOW, 1979; TURK; SPEERS, 1983; ERACKER; KIRSCHT; BECKER, 1984; FOX, 1998; SIEBER; KAPLAN, 2000). Problemas de adesão têm sido observados na tomada de medicamentos e no desenvolvimento de comportamentos relacionados à proteção da saúde, tais como redução de peso e prática de atividade física (MEICHENBAUM; TURK, 1987).

Referente ao tratamento medicamentoso, a porcentagem de pessoas em falência para tomar sua medicação conforme a prescrição médica, com poucas exceções, varia de 20% a 82%. Da mesma forma, a porcentagem de pessoas que cometem erros na autoadministração de medicamentos prescritos varia de 25% a 59% (STEWART; CLUFF, 1972). O estudo de Watkins et al. (1967), envolvendo adultos com DM, revelou que a magnitude de erros na dosagem de insulina variou de 5% a 100%, sendo que um terço dos participantes cometeu uma margem de erro de 15% ou mais.

No DM, a baixa adesão ao tratamento contribui para um mau controle metabólico, resultando em complicações agudas e alterações degenerativas, em longo prazo (TURK; SPEERS, 1983), que trazem sofrimento desnecessário à pessoa e custos excessivos ao sistema de saúde (WHO, 2003; CAVINATTO, 2003).

Destaca-se que as pessoas com DM, diariamente, tomam decisões para controlar sua doença, e estas decisões têm um maior impacto sobre seu bem-estar do que aquelas tomadas pelos profissionais de saúde (FUNNELL; ANDERSON, 2004). No entanto, o abandono de hábitos pessoais e a adoção de mudanças de

estilo de vida são comportamentos mais difíceis de se manter do que, por exemplo, a tomada de medicações. Assim, tratamentos que requerem decisões ou julgamentos por parte da pessoa estão mais fortemente associados à não adesão (DAVIS, 1968).

Apesar da importância da adesão ao tratamento para o controle de doenças crônicas e, em especial, do DM, é difícil de se determinar uma medida aceitável de adesão devido às seguintes razões: a adesão é um constructo que pode ser conceituado de muitas maneiras e, por esse motivo, o critério para defini-la pode mudar; a adesão pode variar amplamente de uma situação para outra; e, por fim, pode ser estimada por diferentes métodos, cada qual com suas vantagens e limitações (MEICHENBAUM; TURK, 1987; JOHNSON, 1992).

Salienta-se que os comportamentos de adesão não são estáveis, podendo se modificar ao longo do tempo, necessitando de aferições regulares como forma de avaliar parcialmente a eficácia da terapêutica (BOND; HUSSAR, 1991).

Muitos métodos têm sido utilizados para determinar ou mensurar a adesão das pessoas às recomendações médicas, ou à tomada de medicações como prescrito (STEWART; CLUFF, 1972; JOHNSON, 1992; MARTIN et al., 2000). Os atuais métodos de detecção incluem medidas indiretas, tais como autorrelato, entrevista, resultado clínico ou terapêutico, contagem de comprimidos, entre outras; e medidas diretas, tais como análise bioquímica de fluidos corporais e pesquisa de marcadores biológicos (BOND; HUSSAR, 1991; ROYAL PHARMACEUTICAL SOCIETY OF GREAT BRITAIN, 1997; MOOSA; JEENAH; KAZADI, 2007). A contagem de comprimidos bem como a observação de determinados comportamentos ou procedimentos também são denominadas medidas comportamentais (MEICHENBAUM; TURK, 1987).

De modo geral, os métodos diretos de detecção têm maior sensibilidade e especificidade do que os indiretos, tornando-os mais confiáveis para a avaliação da adesão. Porém, todos esses métodos têm suas limitações (MEICHENBAUM; TURK, 1987; BOND; HUSSAR, 1991; ROYAL PHARMACEUTICAL SOCIETY OF GREAT BRITAIN, 1997). É recomendado, portanto, que pelo menos dois diferentes métodos de detecção sejam empregados para mensurar a adesão (BOND; HUSSAR, 1991).

A literatura aponta diversos fatores que podem influenciar a adesão ao tratamento. Destacam-se os fatores relacionados à pessoa (demográficos, psicológicos e sociais); ao sistema de cuidados médicos e de saúde, incluindo a

relação com o profissional de saúde; e os fatores relacionados à doença e ao tratamento (HSAIO; SALMON, 1999; LUTFEY; WISHNER, 1999; CULOS-REED et al., 2000; KIDD; ALTMAN, 2000; DURÁN-VARELLA; RIVERA-CHAVIRA; FRANCO-GALLEGOS, 2001; CLARK, 2004; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS, 2004; GUSMÃO; MION JR., 2006; ROSA et al., 2006; GUTIÉRREZ et al., 2007; MOOSA; JEENAH; KAZADI, 2007).

Para o presente estudo, será estudada a relação das variáveis demográficas e sociais com a adesão ao autocuidado e tratamento medicamentoso, com destaque ao AS entre os fatores sociais que podem influenciar a adesão ao tratamento.

Hsaio e Salmon (1999) e Delamater (2006) afirmam que fatores demográficos, tais como baixo nível socioeconômico e de escolaridade, têm sido associados a uma menor adesão e a uma maior morbidade relacionada ao DM. No entanto, Stewart e Caranasos (1989) relatam que a maior parte dos estudos mostra resultados controversos ou não consistentes a respeito da relação entre adesão e idade, sexo, nível de escolaridade, situação socioeconômica, ocupação e estado civil.

Estudos transversais em diversos grupos populacionais com DM, utilizando diferentes instrumentos para avaliar adesão ao tratamento, mostram resultados heterogêneos, indicando possibilidade de variações no perfil de adesão, referente a fatores culturais, de idade, gênero, tipos de estudos ou mesmo ao tipo de método utilizado para avaliar a adesão. Esses fatores, por sua vez, podem dificultar a comparação entre os resultados dos diferentes estudos.

Ary et al. (1986) objetivaram avaliar a adesão aos diferentes aspectos do tratamento do DM em adultos norte-americanos, sendo 24 pessoas com DM1 e 184 pessoas com DM2, e as razões para a não adesão, utilizando instrumentos de autorrelato. Entre as pessoas com DM2, houve diferenças estatisticamente significantes nas taxas de adesão, associadas com sexo e idade. Quanto ao sexo, os homens relataram aderir à atividade física e aos testes de glicose urinária numa porcentagem de tempo significativamente maior (61,25% e 72,5%, respectivamente) do que as mulheres (48,6% e 46,3%, respectivamente). Em relação à idade, os participantes com média de idade acima de 57 anos relataram adesão significativamente maior aos testes de glicose sanguínea e urinária (ambos 72%) do que os indivíduos mais jovens (50% e 39%, respectivamente).

Estudo envolvendo 54 adolescentes e 89 adultos norte-americanos com DM1, cujo objetivo foi avaliar a influência das crenças em saúde na adesão ao tratamento e no controle metabólico, utilizando-se de instrumentos de autorrelato, não encontrou correlação significativa entre variáveis sociodemográficas (idade, escolaridade, entre outras) ou clínicas (como por exemplo, tempo de evolução da doença) e os escores de adesão. Segundo os pesquisadores, em relação ao controle metabólico, a idade foi a única variável que se correlacionou significativamente com os valores da hemoglobina glicada (HbA_{1c}), tanto na amostra como um todo quanto somente entre os adolescentes, o que não ocorreu entre os adultos, isoladamente (BROWNLEE-DUFFECK et al., 1987).

Durán-Varela, Rivera-Chavira e Franco-Gallegos (2001) estudaram um grupo de 150 adultos mexicanos com DM2, com o objetivo de estabelecer a frequência de adesão ao tratamento medicamentoso, relacioná-la ao controle metabólico e identificar os fatores que influenciam a adesão. Os pesquisadores utilizaram instrumento estruturado para a coleta de dados sociodemográficos e de outros fatores que pudessem influenciar a adesão. Esta última foi avaliada pelo método da contagem de comprimidos, no qual considerou-se a tomada de 80% ou mais da medicação prescrita como adesão. Os achados mostram uma taxa de adesão ao tratamento medicamentoso de 54%; o controle metabólico foi considerado inadequado, com uma média de $HbA_{1c} > 10\%$; e os fatores de risco com uma relação estatisticamente significativa para a não adesão foram a baixa escolaridade e a falta de conhecimento sobre a doença.

O estudo de Vincze, Barner e Lopez (2004), em que um dos objetivos foi investigar a relação de características biológicas e demográficas com adesão à automonitorização da glicose sanguínea (AMGS), envolveu 213 adultos norte-americanos com DM, e utilizou instrumentos de autorrelato para a coleta dos dados. Foi encontrado que, dentre as características biológicas, o tipo de diabetes foi o principal preditor da adesão à AMGS: pessoas com DM1 foram significativamente mais aderentes à AMGS do que aquelas com DM2. Com relação às características demográficas, não foi verificada associação destas variáveis com a adesão à AMGS.

Apesar de não ser objeto de investigação no presente estudo, os fatores psicológicos, caracterizados pelas atitudes e crenças em saúde, também têm sido associados com a adesão à terapêutica (CLARK, 2004; DELAMATER, 2006).

No cuidado do DM, esses fatores se manifestam de formas específicas: as

peessoas resistem ao tratamento porque querem ter controle sobre seus padrões alimentares diários e de vida (LUTFEY; WISHNER, 1999); elas são, muitas vezes, insuficientemente orientadas a respeito do manejo do DM; ou, simplesmente, possuem entendimentos diferentes do controle da doença baseados nas diferenças socioculturais entre elas e seus cuidadores (LUTFEY; WISHNER, 1999; RUBIN, 2005).

As pessoas apresentam melhor adesão quando o tratamento faz sentido para elas. Ou seja, quando percebem sua eficácia, quando acreditam que os benefícios excedem os custos (BECKER; MAIMAN, 1975; CLARK, 2004; DELAMATER, 2006), quando sentem que têm habilidade para seguir com êxito a terapêutica, ou ainda, quando o seu ambiente favorece os comportamentos relacionados ao tratamento (BECKER; MAIMAN, 1975; DELAMATER, 2006). Em outras palavras, a vulnerabilidade à doença é reconhecida pelo indivíduo (ANDERSON; KIRK, 1982; DRACUP; MELEIS, 1982; HURLEY, 1990) que, conscientemente, pondera o custo de aderir ao tratamento (financeiro, de tempo, desconforto, inconveniência, entre outros) contra o potencial custo de riscos à saúde por não aderir (ANDERSON; KIRK, 1982; DRACUP; MELEIS, 1982; HURLEY, 1990; CLARK, 2004). O Modelo de Crenças em Saúde, originalmente desenvolvido por Rosenstock e seus colaboradores, em 1966, para prever comportamentos preventivos de saúde, foi especialmente modificado em 1975 por Becker e Maiman, para prever adesão aos regimes de tratamento (REID; MORGAN, 1979; BROWNLEE-DUFFECK et al., 1987). Neste modelo, a percepção da pessoa é o que determina o seu comportamento (CLARK, 2004; JARDIM; JARDIM, 2006).

As crenças das pessoas, relacionadas à saúde, podem ser úteis para o profissional de saúde pelo menos de duas maneiras: 1) um entendimento dessas crenças por parte do profissional pode ajudar a prever em quais condições a pessoa se encontra em risco para baixa adesão; 2) investigar os problemas detectados pelo modelo pode contribuir para o desenvolvimento de uma relação com o indivíduo que venha a favorecer a adesão (MATTHEWS; HINGSON, 1977).

O Modelo de Crenças em Saúde postula que a probabilidade de uma pessoa tomar a decisão de aderir ao tratamento, ou agir nessa direção, é determinada por cinco variáveis de habilidade psicológica: a suscetibilidade percebida ao processo de doença; a percepção de gravidade da condição clínica; a percepção dos benefícios e da eficácia da terapêutica; a percepção de poucas

dificuldades ou barreiras em se comprometer com o tratamento (custos percebidos); e o grau em que os estímulos para tomar a decisão de aderir, tanto internos (como por exemplo, percepção de sintomas) quanto externos (como por exemplo, relações sociais) estão presentes para ativar outras variáveis de habilidade psicológica (TAYLOR et al., 1978; BECKER et al., 1979; HERSHEY et al., 1980; ERACKER; KIRSCHT; BECKER, 1984; BROWNLEE-DUFFECK et al., 1987; BOEHM et al., 1997). Esses estímulos ocorrem para disparar um comportamento apropriado, no sentido de induzir a pessoa a agir de forma consciente e preventivamente diante de sentimentos de ameaça à saúde (BECKER et al., 1979).

O modelo também reconhece que a adesão pode ser influenciada pela motivação da pessoa, idade, relação entre o profissional de saúde e o paciente, e características do regime terapêutico (HERSHEY et al., 1980; DRACUP; MELEIS, 1982).

Em relação aos fatores sociais envolvidos com a adesão, os relacionamentos familiares parecem ser os que exercem maior importância no manejo do DM e serão detalhados no próximo tópico que abordará o AS.

Referente aos fatores relacionados ao sistema de cuidados médicos e de saúde, pesquisas têm demonstrado que pacientes que estão satisfeitos com as consultas médicas e/ou de outros profissionais têm maior tendência para adesão ao tratamento (MATTHEWS; HINGSON, 1977; STEWART; CARANASOS, 1989; RUBIN, 2005; DELAMATER, 2006).

O profissional de saúde exerce uma importante influência na adesão do paciente porque dele depende o sucesso da interação com a pessoa, a qual determina muitos outros fatores diretamente relacionados ao tratamento (O'HANRAHAN; O'MALLEY, 1981; BOND; HUSSAR, 1991; CULOS-REED et al., 2000; MOOSA; JEENAH; KAZADI, 2007). Assim, o padrão de comunicação entre o profissional e o paciente, o tempo despendido pelo profissional durante o atendimento e a postura de preocupação e empatia do mesmo para com a pessoa parecem ser muito mais importantes para influenciar a adesão do que outras variáveis como os fatores demográficos, por exemplo (OMS, 2004).

As pessoas querem acreditar que elas têm o controle sobre seus problemas e sobre as decisões a respeito da terapia. Os profissionais de saúde que idealizam uma falta de preocupação para o paciente e que recusam seu envolvimento, nas decisões relativas ao tratamento, acabam por comprometer a

adesão (BOND; HUSSAR, 1991). Comunicação e aconselhamento inadequados podem resultar em desconfiança e percepção errônea da informação por parte das pessoas, além de atitudes negativas referentes à terapêutica (BOND; HUSSAR, 1991; RUBIN, 2005).

Embora uma boa relação profissional-paciente possa melhorar a adesão à terapêutica (OMS, 2004; RUBIN, 2005), outros fatores relacionados ao sistema e à equipe de saúde podem exercer um efeito negativo. São eles: serviços que recebem pouco investimento de recursos humanos, financeiros e materiais; sistemas deficientes de distribuição de medicamentos; falta de conhecimento e treinamento da equipe de saúde para o manejo das doenças crônicas; sobrecarga de trabalho; pouca capacidade do serviço para educar os pacientes e proporcionar seguimento, entre outros (OMS, 2004).

Para os fatores relacionados ao processo patológico, a ameaça percebida da doença tem um papel importante na adesão ao tratamento (BOND; HUSSAR, 1991). Os determinantes mais influentes são os relacionados com a gravidade dos sintomas, o grau de incapacidade (física, psicológica e social), a velocidade da evolução, a gravidade da doença e a disponibilidade de tratamentos efetivos (OMS, 2004). Dessa forma, a adesão ao tratamento é mais provável quando uma doença é facilmente reconhecida e/ou quando os sintomas desagradáveis são aliviados pelo seguimento das recomendações médicas (ANDERSON; KIRK, 1982; RUBIN, 2005).

Pessoas que sofrem de doenças crônicas com pouco ou nenhum sintoma são mais propensas à não adesão (BOND; HUSSAR, 1991; RUBIN, 2005). A ausência de queixas físicas entre pessoas com hipertensão arterial sistêmica, por exemplo, pode representar falta de motivação para o uso das medicações, o que não acontece com as patologias agudas e sintomáticas (TAYLOR et al., 1978; RUBIN, 2005). No entanto, a aceitação da condição clínica pela própria pessoa e sua percepção de que o comportamento de adesão irá reduzir a ameaça imposta pela doença poderão aumentar sua motivação em seguir a terapêutica (BOND; HUSSAR, 1991).

Finalizando a abordagem dos fatores que influenciam a adesão, apresentam-se os relacionados ao tratamento.

Estudos têm evidenciado uma correlação negativa entre a complexidade do regime medicamentoso e a adesão do paciente. À medida que o número de medicamentos e/ou de doses aumenta, a adesão diminui (TAYLOR et al., 1978;

O'HANRAHAN; O'MALLEY, 1981; ANDERSON; KIRK, 1982; STEWART; CARANASOS, 1989; ROYAL PHARMACEUTICAL SOCIETY OF GREAT BRITAIN, 1997; CULOS-REED et al., 2000; MARTIN et al., 2000; RUBIN, 2005). Para Anderson e Kirk (1982) e Rubin (2005), a frequência das doses parece ser um fator ainda mais importante para a não adesão do que a quantidade de diferentes fármacos a serem tomados diariamente.

No entanto, são muitos os fatores atribuídos ao tratamento que influenciam e/ou reduzem a adesão. Além da complexidade do regime terapêutico, os mais notáveis são os relacionados à longa duração do tratamento; aos efeitos colaterais e à disponibilidade de apoio médico para tratá-los; às mudanças frequentes na terapêutica; à percepção de fracasso dos tratamentos anteriores; aos custos e à inconveniência do tratamento; e à demanda por mudanças no estilo de vida (O'HANRAHAN; O'MALLEY, 1981; BOND; HUSSAR, 1991; OMS, 2004).

De fato, as pessoas que necessitam de tratamentos de longo prazo, como, por exemplo, aqueles com hipertensão arterial ou tuberculose, geralmente tendem a aderir menos (O'HANRAHAN; O'MALLEY, 1981).

As reações adversas dos medicamentos também desencorajam a adesão (ROYAL PHARMACEUTICAL SOCIETY OF GREAT BRITAIN, 1997; RUBIN, 2005). Porém, os efeitos colaterais raramente constituem a principal razão para a não adesão, por exemplo, entre pacientes hipertensos, ainda que tais efeitos sejam frequentemente mencionados pelos mesmos (TAYLOR et al., 1978). Durante visitas domiciliares a uma comunidade de 416 pessoas sob tratamento para hipertensão arterial há pelo menos um ano, esses pesquisadores encontraram que 63 (15%) delas se queixavam de estar constantemente experimentando os efeitos colaterais das drogas anti-hipertensivas. Contudo, a adesão autorrelatada não foi associada às reações adversas autorrelatadas: 29% das pessoas que queixaram de efeitos colaterais relataram adesão quase perfeita, comparados aos 34% de indivíduos que relataram não experimentá-los.

Bond e Hussar (1991) acrescentam que não é simplesmente o desenvolvimento de reações adversas que interfere na adesão do indivíduo, mas a dificuldade que a pessoa tem em relação a certos efeitos colaterais, os quais ela não consegue tolerar ou manejar, é o que, de fato, reduz os níveis de adesão.

O custo do medicamento e de dietas especiais também influencia de forma expressiva no comportamento de adesão (HSAIO; SALMON, 1999; CULOS-

REED et al., 2000; RUBIN, 2005). No estudo de Hsaio e Salmon (1999), citado anteriormente, envolvendo 200 pessoas com DM, foi constatado que aquelas que tiveram de pagar mais pelos seus medicamentos estavam menos propensas a aderir à aquisição dos mesmos.

Não obstante, os custos da adesão a um regime terapêutico podem ir além da questão financeira. Eles podem envolver o abandono de outras drogas, das quais o paciente vem sendo provido de benefício real ou de efeito placebo; a necessidade de engajamento dos membros familiares; o abandono de padrões comportamentais ou aquisição de novos hábitos, entre outros (MATTHEWS; HINGSON, 1977).

Sob essa perspectiva, parece ser mais fácil tomar alguns comprimidos todos os dias do que mudar o estilo de vida. Uma insistência nas recomendações médicas, tais como restrição de sal, redução de peso ou interrupção de hábitos sociais considerados perigosos (tabagismo e abuso de álcool, por exemplo), pode reduzir a adesão de um modo geral (ANDERSON; KIRK, 1982).

2.2 Apoio Social

O tema AS emergiu nos anos de 1960 e 1970, tendo como precursor o sociólogo Emile Durkheim que, no final do século XIX, já destacava a importância das relações interpessoais na saúde (SABORIT, 2003). O AS é considerado um dos mais importantes preditores da saúde física e do bem-estar, desde a infância até a senilidade (CLARK, 2005).

O interesse pelo tema AS tem aumentado de forma expressiva nos últimos anos, devido à crença de que a disponibilidade de apoio possa trazer um impacto positivo à saúde e ao bem-estar emocional de uma pessoa (SHERBOURNE; STEWART, 1991).

A literatura tem utilizado, alternadamente, os termos “rede social”, “integração social”, “apoio social”, “vínculos sociais”, “atividade social” para referir, essencialmente, ao mesmo fenômeno, ou seja, para a presença, número e frequência de relacionamentos sociais (HOUSE; UMBERSON; LANDS, 1988). Estes últimos autores expressam a preferência para o termo “relacionamentos sociais”,

uma vez que o consideram um termo mais genérico e que abrange os demais constructos, inclusive o AS.

No entanto, outros autores consideram o termo “apoio social” distintamente de “rede social” (KAPLAN; HARTWELL, 1987; van DAM et al., 2005).

Para o presente estudo, esses termos também foram considerados distintos, porém, inter-relacionados, ou seja, de acordo com os conceitos expressos por Flaherty, Gaviria e Pathak (1983), na elaboração do instrumento de medida empregado, a rede social representa a estrutura dos relacionamentos sociais, enquanto o AS representa a interação social que ocorre em suas respectivas redes sociais (STEWART; TILDEN, 1995). Estes últimos autores acrescentam, ainda, que o AS pode ser oferecido e percebido ou não percebido, podendo variar em sua estabilidade e duração, ser uni ou bidirecional, ter características positivas ou negativas.

Inúmeras definições de AS têm sido apresentadas na literatura. Porém, muitos pesquisadores não têm conseguido fornecer uma definição conceitual ou operacional adequada, dificultando a comparação entre os resultados de diferentes estudos (LaROCCO; HOUSE; FRENCH Jr., 1980; THOITS, 1982; KESSLER; PRICE; WORTMAN, 1985; BARRERA Jr., 1986; CALLAGHAN; MORRISSEY, 1993).

Para Hanna e Guthrie (2001), os achados conflitantes de muitas pesquisas podem estar relacionados à falência para se examinar a complexidade do AS como um constructo, no que diz respeito tanto às suas dimensões, quanto aos seus aspectos positivos e negativos.

Entre os diferentes conceitos descritos na literatura para o termo “apoio social”, procurou-se apresentar aqueles de maior coerência entre si, em relação aos conceitos utilizados pelos autores que desenvolveram o instrumento utilizado para avaliar o constructo no presente estudo (FLAHERTY; GAVIRIA; PATHAK, 1983).

Cobb (1976) define AS como uma informação pertencente a uma ou mais das três seguintes categorias:

- informação que leva a pessoa a acreditar que é cuidada e amada. É transmitida em situações de grande proximidade, envolvendo confiança mútua (entre quem fornece e quem recebe). Também é conhecida como apoio emocional;
- informação que leva o indivíduo a acreditar que é estimado e

valorizado. A pessoa passa a estimar-se e reafirma seu senso de autoestima. Pode ser chamado de apoio de consideração;

- informação que leva a pessoa a acreditar que pertence a uma rede de comunicação e obrigação mútuas. Desta forma, toda pessoa na rede tem uma informação que é compartilhada, partindo-se do princípio de que cada membro da rede está ciente de que os demais deverão também conhecer a informação.

Thoits (1982; 1995) define AS como a extensão na qual as necessidades sociais básicas de uma pessoa são satisfeitas por meio da interação com pessoas significativas, tais como a família, os amigos e colegas. Tais necessidades incluem afeição, estima ou aprovação, identidade, integração, segurança, entre outras. A autora também considera este termo um conceito multidimensional, no qual não somente a quantidade de apoio é importante, mas os tipos (emocional, instrumental) e as fontes de apoio (cônjuge, amigos, parentes, colegas) também o são.

Martins (2005) preconiza que o AS se refere às funções desempenhadas por grupos ou pessoas significativas (familiares, amigos ou vizinhos) em prol do indivíduo, nas mais variadas circunstâncias da vida. É, antes de tudo, um 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, desta forma, poder enfrentar novas situações.

House (1987) e Langford et al. (1997) apontam quatro dimensões do AS: emocional, instrumental, de informação e de avaliação, a saber:

- apoio emocional: demonstração de afeto, preocupação, empatia e disponibilidade para ouvir;
- apoio instrumental: fornecimento de auxílio financeiro, material e nas atividades diárias;
- apoio de informação: fornecimento de informações (faladas ou não), orientações e aconselhamentos;
- apoio de avaliação: consiste em afirmar/reforçar atitudes e comportamentos adequados.

Para Underwood (2000), estas quatro dimensões do AS parecem ser as

mais comumente aceitas entre os estudiosos dessa temática.

Em relação à saúde, o apoio emocional é considerado o aspecto mais importante do AS (LaROCCO; HOUSE; FRENCH Jr., 1980; KESSLER; PRICE; WORTMAN, 1985). Entretanto, segundo Thoits (1982), o auxílio instrumental tem reflexo socioemocional, pois a ajuda prática de outras pessoas pode assegurar ao indivíduo que ele está sendo cuidado.

Saborit (2003) afirma que apesar da existência de muitas diferentes definições de AS, existe um consenso de que:

- o mesmo possui uma estrutura definida pelas características quantitativas e objetivas da rede de AS (tamanho, localização e tipos de vínculos sociais);
- o AS pode ser mensurado pelos efeitos ou consequências que acarreta nos indivíduos, isto é, a qualidade do apoio existente tem a ver com a sua disponibilidade e com a percepção subjetiva de quem o recebe (apoio percebido *versus* apoio recebido), e o grau de satisfação com o mesmo;
- o AS sofre influências de acordo com a etapa de vida da pessoa, o tipo de problema enfrentado, as condições socioeconômicas e culturais, entre outras.

A literatura estudada destaca, também, o conceito de “apoio social percebido”, que é considerado uma avaliação cognitiva do indivíduo, na qual ele se vê seguramente conectado a outras pessoas e se sente amado e estimado pelos outros (BARRERA, 1986; WETHINGTON; KESSLER, 1986), ou seja, a pessoa pode perceber a presença de apoio, sem que este, de fato, esteja disponível ou de modo contrário, não percebê-lo quando, de alguma maneira, estiver disponível (CALLAGHAN; MORRISSEY, 1993).

Tradicionalmente, os investigadores têm focado ou nos aspectos socioestruturais do AS, examinando contatos e redes sociais; ou nos aspectos psicológicos, avaliando o apoio obtido percebido ou a sua disponibilidade percebida (VINOKUR; SCHUL; CAPLAN, 1987).

Para Procidano e Heller (1983), o apoio social percebido se refere ao

impacto que a rede social tem sobre o indivíduo, ou seja, é a extensão na qual a pessoa acredita que suas necessidades de apoio, informação e aprovação são satisfeitas. Tais conceitos demonstram concordância com a definição de AS fornecida por Cobb (1976) (BARRERA Jr., 1986) e mencionada anteriormente.

Independentemente de como é conceituado, o AS parece ter dois elementos básicos:

- a percepção de que há um número suficiente de pessoas disponíveis com as quais o indivíduo possa contar em momentos de necessidade;
- e o grau de satisfação com o apoio disponível (SARASON et al., 1983).

Esses dois aspectos do AS podem variar em sua relação um com o outro, dependendo de traços da personalidade. Algumas pessoas podem pensar que somente um grande número de indivíduos disponíveis para ajudar é capaz de fornecer possibilidades suficientes de AS. Outras podem considerar que basta uma pessoa para que o AS seja adequado (SARASON et al., 1983).

O quanto as pessoas estão próximas e o quanto elas se sentem confortáveis com os outros pode determinar a quantidade de apoio que elas acreditam ser necessária. Da mesma forma, a satisfação com o apoio percebido como disponível pode ser influenciada por características pessoais, tais como a autoestima e o sentimento de controle sobre o ambiente (SARASON et al., 1983). Experiências recentes também podem influenciar uma pessoa a considerar o apoio disponível como satisfatório ou insatisfatório (SARASON et al., 1983; KESSLER; PRICE; WORTMAN, 1985).

Referente aos mecanismos de ação do AS, Cassel (1974; 1976) e Dean e Lin (1977) consideram que os relacionamentos sociais são potencialmente um "tampão" para os eventos estressores na vida de uma pessoa.

Da mesma forma, vários estudiosos teorizam que o AS age como um "tampão" sobre o sistema imunológico, reduzindo os efeitos deletérios do estresse e aumentando a capacidade das pessoas de enfrentarem situações difíceis (KESSLER; PRICE; WORTMAN, 1985; CALLAGHAN; MORRISSEY, 1993; VALLA, 1999; ANDRADE; VAITSMAN, 2002; CORNMAM et al., 2002; STEPHANIE ROBERT, 2002; COSTA; LUDERMIR, 2005; RABELO; NÉRI, 2005). Sugere-se que tal mecanismo se desenvolva por meio de ações de apoio oriundas de outras

peçoas, bem como pela crença de que o apoio está disponível (LAKEY; COHEN, 2000). Enquanto as ações de apoio podem melhorar o enfrentamento ao estresse, a percepção da disponibilidade de apoio leva o indivíduo a avaliar situações potencialmente ameaçadoras como circunstâncias pouco estressantes (LAKEY; COHEN, 2000).

Cassel (1976) verificou que, apesar de os estressores sociais afetarem o equilíbrio neuroendócrino, aumentando a susceptibilidade à doença, pessoas com alto AS mostraram ser mais resistentes a doenças ou enfrentar melhor o estresse por elas causado.

Uchino, Cacioppo e Kiecolt-Glaser (1996) sugerem que o AS traz efeitos benéficos nos processos fisiológicos para indivíduos de diferentes grupos etários. Os autores encontraram que o AS predita diferenças relacionadas à idade quanto à pressão arterial. Indivíduos com a mesma idade apresentaram alterações de pressão arterial de acordo com o grau de AS: quanto maior o apoio, menores foram os valores pressóricos.

Sob a perspectiva da sociologia e da epidemiologia social, Cohen e Wills (1985) e House, Umberson e Landis (1988) argumentam que os relacionamentos sociais e o AS são causas independentes ou determinantes da saúde.

Cohen e Wills (1985), Sherbourne et al. (1992) e Saborit (2003) apontam duas hipóteses a respeito do papel do AS sobre a saúde:

- hipótese sobre os efeitos principais ou diretos: sugere que os efeitos do AS sobre a saúde independem do grau de estresse pelo qual o indivíduo está passando. Ou seja, parece haver uma relação diretamente proporcional entre AS e saúde, de forma que, se aumentar o primeiro, ocorrerá aumento no segundo;
- hipótese amortecedora: supõe que o AS protege o indivíduo ou amortece os efeitos negativos do estresse. Esta característica reabilitadora do AS pode ocorrer de duas formas: prevenindo/reduzindo a resposta ao estresse; ou diminuindo a percepção do fator estressante.

LaRocco, House e French Jr. (1980) e Saborit (2003) apontam para a existência de um consenso de que o modelo de efeitos diretos não possui fundamentação teórica ou empírica suficiente.

Dessa forma, Saborit (2003) declara que a hipótese sobre os efeitos indiretos ou amortecedores do AS tem sido a mais trabalhada por estudiosos do assunto.

Dean e Lin (1977) e Thoits (1982) salientam que o AS pode ser um produto da ocorrência de determinados eventos vitais. Os eventos vitais são definidos como experiências que compelem ou induzem uma pessoa a reajustar substancialmente seus padrões de comportamento (THOITS, 1982). Eles incluem “entradas”, tais como o nascimento de um filho; e “saídas”, como por exemplo, morte de um membro familiar; fatos agradáveis (promoção no trabalho) e desagradáveis (por exemplo, uma mudança na renda ou demissão do emprego), bem como aqueles acontecimentos que estão fora do controle do indivíduo, como uma doença, por exemplo (LIEM; LIEM, 1978).

Todos esses eventos podem ocasionar perda de contatos, demandar auxílio adicional, ou ambos. Assim, os eventos vitais podem ser indicadores diretos de mudanças no AS, bem como causar mudanças adicionais no mesmo, ou ainda, exercer ambos os efeitos (DEAN; LIN, 1977; THOITS, 1982).

Para Dunning e Petrie (1994), o diagnóstico de DM é um importante evento vital porque frequentemente vem acompanhado de considerável estresse e medo relacionado à natureza incurável da doença, bem como à ameaça de suas complicações.

O AS pode facilitar processos psicológicos e comportamentais de enfrentamento e adaptação ao estresse (efeitos amortecedores) e pode, também, satisfazer a necessidade humana básica de manter relacionamentos, afeto ou amizade (efeitos diretos) (HOUSE; UMBERSON; LANDIS, 1988). A presença de outras pessoas e de seu apoio pode ter influência sobre o sistema neuroendócrino do organismo, promovendo a saúde de um modo geral.

Há evidências de que tanto a espécie humana quanto outras espécies sejam geneticamente “programadas” para buscar formas de relacionamento e interação sociais, talvez para aumentar a sobrevivência da espécie (KAPLAN; CASSEL; GORE, 1977; HOUSE; UMBERSON; LANDIS, 1988). Estudos envolvendo animais e humanos sugerem que a simples presença de contato físico com outro organismo semelhante e não ameaçador pode reduzir reações fisiológicas, tais como a cardiovascular, especialmente se o contato for afetoso (CASSEL, 1976; de JONG et al., 2005 WESTENBROEK et al., 2003; 2004).

Os relacionamentos sociais podem modificar a cognição ou a visão de mundo, ou ainda, alterar a percepção de eventos potencialmente estressores e de outras situações em particular (HOUSE; UMBERSON; LANDIS, 1988). Também podem facilitar ou promover comportamentos individuais ou coletivos que, por sua vez, promovem a saúde ou a protegem diante do estresse ou de outros danos. Tais comportamentos podem ser, por exemplo, adesão ao regime de tratamento médico, abandono ao tabagismo, consumo prudente e moderado de alimentos e bebida alcoólica, prática de exercício físico, comportamento adaptativo de enfrentamento, entre outros (HOUSE; UMBERSON; LANDIS, 1988; THOITS, 1995).

Os determinantes das estruturas e processos dos relacionamentos sociais ocorrem em múltiplos níveis: biológico, psicológico e social. A literatura tem focado amplamente no nível microsocial ou psicológico, mas pouca atenção tem sido dada à existência de importantes determinantes macrossociais de níveis e de conteúdo dos relacionamentos sociais (HOUSE; UMBERSON; LANDIS, 1988).

Características individuais, tais como gênero, idade, etnia e situação socioeconômica, estão associadas com diferentes exposições às barreiras estruturais e oportunidades na sociedade, as quais podem moldar as estruturas e processos dos relacionamentos sociais. Destas características, o gênero tem sido o principal alvo das pesquisas até o momento. Há evidências sugerindo que as mulheres são provedoras mais eficazes de apoio social do que os homens (HOUSE; UMBERSON; LANDIS, 1988). Uma razão para isso é que, culturalmente, cabe às mulheres os afazeres domésticos e a responsabilidade pelo cuidado primário dos filhos e dos pais no envelhecimento, acarretando, por sua vez, maiores custos psicológicos às mulheres como consequência do envolvimento social (KESSLER; PRICE; WORTMAN, 1985; HOUSE; UMBERSON; LANDIS, 1988).

Dessa forma, as estruturas e processos macrossociais podem contribuir para o aumento da sobrecarga psicológica nas mulheres. Há algumas décadas, elas vêm se inserindo no mercado de trabalho de forma crescente como resposta às forças macrossociais, as quais incluem a necessidade econômica, a demanda da força de trabalho e a ampliação de políticas que reduzem algumas barreiras a esta inserção. Contudo, a quase totalidade das mulheres que trabalham fora de casa continua mantendo a responsabilidade pelas obrigações do lar. Daí a importância de se considerarem os determinantes macrossociais dos relacionamentos sociais (HOUSE; UMBERSON; LANDIS, 1988).

Ainda quanto às características individuais, um menor número de estudos vem sendo conduzido em relação à situação socioeconômica, escolaridade, e etnicidade. Esses estudos revelam que as pessoas com maior escolaridade e renda têm, de modo geral, maiores redes sociais, mais envolvimento organizacional e contatos mais frequentes com os membros da rede (HOUSE; UMBERSON; LANDIS, 1988).

Da mesma forma, as minorias étnicas que geralmente se encontram em desvantagem socioeconômica poderiam estar também em desvantagem em termos de apoio e relacionamentos sociais. Entretanto, alguns estudos etnográficos sugerem que os grupos minoritários podem desenvolver padrões de apoio social ou de redes mais coesos, como forma de ajustamento às adversidades (HOUSE; UMBERSON; LANDIS, 1988).

A literatura apresenta, também, evidências a respeito das variações na extensão, na estrutura e nos processos dos relacionamentos sociais, de acordo com o perfil demográfico da sociedade e outras características. Nesse contexto, vários estudos sugerem que o modo de vida urbano pode ser prejudicial à quantidade e qualidade dos relacionamentos sociais. A dimensão e a composição das redes sociais podem variar entre as comunidades urbanas e rurais. As redes rurais tendem a ser mais densas e baseadas nas relações de parentesco, enquanto as urbanas são menos densas e baseadas em relações não parentais. Além disso, o apego religioso parece ser mais importante para a integração social nas áreas rurais, enquanto o trabalho desempenha um papel semelhante nas comunidades urbanas (HOUSE; UMBERSON; LANDIS, 1988).

A redução da fertilidade e da mortalidade, bem como o crescente aumento de divórcios, também têm contribuído para mudanças nos relacionamentos sociais (HOUSE; UMBERSON; LANDIS, 1988).

No que se refere aos métodos de avaliação do AS, Procidano e Heller (1983) enfatizam que apesar da rápida expansão das pesquisas sobre AS, tanto suas definições quanto seus métodos de mensuração têm, frequentemente, permanecido de forma simplista e baseados em instrumentos mal padronizados. Nessa perspectiva, o desenvolvimento de medidas válidas e confiáveis de AS se constitui uma tarefa prioritária para os pesquisadores do assunto (DEAN; LIN, 1977).

Thoits (1982) alerta sobre a construção de escalas de AS, argumentando que alguns investigadores selecionam uma variedade de indicadores que não estão

diretamente vinculados aos contatos interpessoais (por exemplo, falta de dinheiro ou problemas para administrá-lo, excesso de responsabilidades, insatisfação com o trabalho, baixa autoestima, insatisfação com a vizinhança ou falta de privacidade). Embora outros itens se refiram diretamente aos relacionamentos sociais (por exemplo, número de pessoas com as quais o indivíduo possa falar e confiar), a maioria dos indicadores usados por alguns investigadores mais parece medidas das dificuldades de vida, do que de AS ou da ausência do mesmo (THOITS, 1982).

Barrera Jr. (1986) argumenta que os métodos de avaliação do AS percebido, baseados em instrumentos de autorrelato (*self-report*), não quantificam o número de pessoas que supostamente fornecem apoio ou o número de contatos sociais, mas procuram apreender da pessoa a confissão de que apoio adequado estaria disponível quando necessário, ou buscam caracterizar um ambiente social como útil ou coeso. Lakey e Cohen (2000) acrescentam que as medidas de AS percebido solicitam que os respondentes façam uma avaliação da qualidade ou disponibilidade dos diferentes tipos de apoio.

Dessa forma, Flaherty, Gaviria e Pathak (1983) desenvolveram o instrumento *The Social Support Network Inventory*, cuja finalidade é identificar variáveis da rede social e, sobretudo, mensurar o AS percebido em seus aspectos específicos — disponibilidade, reciprocidade, auxílio prático, apoio emocional e evento relacionado ao apoio. Este último pode ser, por exemplo, uma doença (FLAHERTY; GAVIRIA; PATHAK, 1983; RUSH, 2002; LIMA; NORMAN; LIMA, 2005).

Embora os métodos de autorrelato tenham contribuído para um melhor entendimento da dinâmica do AS, eles não conseguem capturar a total complexidade do processo. Mais precisamente, estes métodos não avaliam as variações na necessidade de apoio e nem refletem os aspectos negativos dos relacionamentos sociais (KRAUSE; LIANG; YATOMI, 1989). Em contrapartida, as medidas de satisfação com o apoio podem abarcar tanto as variações na necessidade de AS quanto o lado negativo das interações pessoais (KRAUSE; LIANG; YATOMI, 1989).

As observações comportamentais das relações de apoio fornecem uma medida mais acurada do apoio oferecido. No entanto, pode-se dizer que as escalas de autorrelato também avaliam o apoio “percebido-recebido”, visto que estes instrumentos de medida contam com análises retrospectivas (BARRERA Jr., 1986).

De qualquer modo, é importante que os investigadores possam cuidadosamente identificar qual o conceito de AS que melhor se ajusta à sua questão de pesquisa, a fim de selecionar os métodos de mensuração que melhor condizem com este conceito (BARRERA Jr., 1986).

Referente aos aspectos positivos e negativos do AS, sabe-se que, historicamente, a literatura tem destacado maciçamente suas dimensões positivas, dando pouca atenção aos seus aspectos negativos, tais como conflitos, críticas, comunicações inibidas e tentativas de apoio que falham (STEWART; TILDEN, 1995).

As interações negativas são prejudiciais à qualidade de vida pelas mesmas razões que as positivas são benéficas, isto é, elas também afetam a autoestima (ROSENFELD; WENZEL, 1997).

Interação frequente com pessoas próximas, tais como amigos e vizinhos, é interpretada como alto grau de AS. A possibilidade de que tais interações possam, ocasionalmente, envolver disputas, constrangimento, inveja, invasão de privacidade ou outras circunstâncias negativas não é considerada (ROOK, 1984).

Apesar da ampla evidência clínica e teórica de que os aspectos negativos dos relacionamentos trazem consequências para a saúde, a pesquisa em enfermagem tem focado mais em suas dimensões positivas. Isto se deve, provavelmente, à complexidade dos desenhos de pesquisa necessários, incluindo métodos de mensuração que sejam capazes de capturar as dificuldades e os conflitos nas redes sociais (STEWART; TILDEN, 1995).

Referente aos efeitos do AS na saúde e na adesão ao tratamento de pessoas com DM, não está totalmente claro o mecanismo pelo qual o AS influencia na adesão (KIDD; ALTMAN, 2000), no autocuidado, no controle metabólico (TOLJAMO; HENTINEN, 2001), ou na melhora da saúde física e mental (COHEN; WILLS, 1985; KESSLER; PRICE; WORTMAN, 1985; SHERBOURNE; HAYS, 1990; STEWART; TILDEN, 1995; TOLJAMO; HENTINEN, 2001).

Entretanto, sabe-se que a satisfação com os pares está relacionada ao cumprimento de determinadas regras/padrões de comportamentos ou hábitos mantidos pelas pessoas de convívio diário. Dessa forma, o AS pode prever a adesão a um comportamento de saúde quando o mesmo é praticado ou apoiado pelo grupo de pessoas de convivência diária (KAPLAN; HARTWELL, 1987).

Por outro lado, a satisfação com o AS também pode prever a não

adesão, quando o comportamento de saúde requerido não corresponde às expectativas dos outros. Portanto, os comportamentos necessários para se cumprir o regime terapêutico no DM podem divergir dos comportamentos comuns de outras pessoas. Além disso, as “normas” do grupo podem variar entre homens e mulheres (KAPLAN; HARTWELL, 1987).

Ainda no contexto do DM, considerando que os comportamentos dos membros familiares podem interferir na adesão ao tratamento ou facilitá-la, e que o estresse emocional e o apoio familiar podem influenciar o controle metabólico, Schafer, McCaul e Glasgow (1986) realizaram um estudo longitudinal com 54 adultos e 18 adolescentes norte-americanos, todos portadores de DM1, e seus familiares. O objetivo do estudo foi estabelecer a relação entre comportamentos familiares favoráveis e desfavoráveis ao regime de autocuidado, adesão ao tratamento medicamentoso e controle metabólico, sendo utilizados instrumentos de autorrelato para avaliar as variáveis de interesse. Na relação entre comportamento familiar e adesão, verificou-se que, entre os adultos, os comportamentos familiares negativos estavam associados com baixa adesão, especialmente referente aos testes de glicose, dieta e insulino terapia, bem como a um mau controle metabólico. Porém, entre os adolescentes, os achados foram conflitantes: tanto as interações familiares percebidas como positivas quanto as negativas estavam associadas a uma melhor adesão à dieta. Por outro lado, os comportamentos familiares negativos estavam associados a um pior controle da doença.

Estudos transversais e longitudinais, de abordagem quantitativa e com o uso de instrumentos de autorrelato, bem como estudos transversais de abordagem qualitativa, desenvolvidos em diferentes grupos populacionais com DM, apontam a importância do AS para a adesão aos diversos aspectos do tratamento e/ou para o controle metabólico.

Kaplan e Hartwell (1987) conduziram um estudo longitudinal envolvendo adultos norte-americanos com DM2, sendo 32 homens e 44 mulheres. O objetivo do estudo foi analisar a relação entre satisfação com o AS e tamanho da rede de apoio, bem como a relação destas duas variáveis com o controle metabólico. Primeiramente, todos os participantes foram aleatoriamente alocados em grupos de intervenção de estilo de vida, para melhor manejo da doença. Assim, foram constituídos quatro grupos: dieta, exercício, dieta com exercício, e educação em diabetes. Todos os participantes foram avaliados no início do estudo e seguidos por

3, 6, 12 e 18 meses após. Os autores consideraram todas as mudanças ocorridas, independentemente de estar em um ou outro programa de intervenção. No grupo de mulheres, houve correlação significativa e positiva entre os valores de HbA_{1c} e a satisfação com o AS, e no grupo dos homens, esta correlação foi negativa. Ou seja, alta satisfação com o AS estava associada a um bom controle da doença entre as mulheres. Por outro lado, o tamanho da rede esteve significativamente correlacionado à falência das mulheres para frequentar o programa e comparecer às avaliações. Para elas, o tamanho da rede não se correlacionou significativamente com perda de peso, sendo este o objetivo dos programas. Entre os homens, o tamanho da rede esteve correlacionado com aumento do peso, colesterol e triglicérides, concluído o período de 18 meses. Os autores concluíram que o tamanho da rede social e a satisfação com o AS desempenham funções diferentes para homens e mulheres, na presença de uma doença crônica grave. Embora para as mulheres o tamanho da rede tenha influenciado negativamente o êxito nos programas, a satisfação com o AS, por sua vez, trouxe alguns benefícios. A direção da influência da rede social pode ser determinada pela concordância ou discordância entre as normas da rede e o comportamento desejado (KAPLAN; HARTWELL, 1987).

La Grecca et al. (1995), em estudo transversal, analisaram e compararam o apoio fornecido por amigos e familiares de 74 adolescentes norte-americanos com DM1 para o manejo da doença. O apoio fornecido por ambos os grupos foi avaliado em relação a variáveis demográficas como idade, gênero e tempo de evolução do DM e a adesão ao tratamento. Encontrou-se que a família forneceu mais apoio do que os amigos para, pelo menos, três aspectos do regime de tratamento: administração de insulina, monitorização da glicose sanguínea e dieta, sendo, por sua natureza, um apoio fortemente instrumental. Além disso, o apoio familiar teve maior correlação com menor idade, menor duração da doença e melhor adesão ao tratamento. Por outro lado, os amigos forneceram mais apoio emocional do que os familiares. Como conclusão, os autores salientam a importância de encorajar os pais a permanecerem envolvidos no manejo da doença e do tratamento, bem como envolver os amigos como fontes de apoio para dieta e exercícios.

Wilson et al. (1986) avaliaram as relações das variáveis demográficas e psicossociais, gerais e específicas ao regime de tratamento do diabetes, tais como comportamentos de autocuidado e controle glicêmico, em estudo transversal que

envolveu 208 adultos norte-americanos com DM2, entre adultos e idosos. As variáveis estudadas incluíram quatro diferentes comportamentos de autocuidado (tomada da medicação, teste de glicose, dieta e exercício), variáveis psicossociais (conhecimento, estresse, depressão, ansiedade, crenças em saúde relacionadas ao diabetes e AS) e controle glicêmico que foi avaliado por meio dos valores de HbA_{1c}. O estudo mostrou que cerca de 25% da variância nos comportamentos de autocuidado puderam ser explicadas pelas variáveis demográficas e psicossociais; o AS e as crenças em saúde, relacionadas ao DM, foram os mais fortes preditores destes comportamentos nas diferentes áreas do regime de tratamento. Em contrapartida, essas variáveis não foram preditoras significantes do controle glicêmico, mesmo quando ajustadas por idade e sexo. Os autores concluíram que as variáveis que influenciaram o controle glicêmico foram diferentes daquelas que influenciaram os comportamentos de autocuidado, e que, talvez, não tenha sido possível identificar, com êxito, as variáveis mais fortemente relacionadas ao controle glicêmico em seu estudo.

Garay-Sevilla et al. (1995) investigaram a adesão à dieta e ao tratamento medicamentoso e sua relação com o AS, estrutura e funcionamento familiar, controle metabólico, tempo de diagnóstico e complicações da doença, em estudo transversal que envolveu 200 adultos mexicanos com DM2. Como resultado, uma maior taxa de adesão à dieta esteve associada a um maior tempo de diagnóstico, maior grau de AS e escores menores de neuropatia periférica e creatinina sérica. Não houve diferenças na adesão à dieta em relação aos diversos tipos de comunicação e de controle do comportamento dentro da família. Quanto à medicação, uma maior taxa de adesão esteve associada a um maior grau de AS, menores níveis de glicose sanguínea e escores menores de neuropatia periférica. Por outro lado, a adesão à medicação foi menor entre as pessoas cujas famílias mantinham um controle de comportamento mais rígido, do que aquelas procedentes de famílias com controle mais flexível. Os autores concluíram que o AS foi o principal preditor da adesão à dieta e à medicação.

Cornman et al. (2002) se propuseram a avaliar os efeitos das relações sociais na saúde física e mental de idosos em Taiwan, examinando a relação de vínculos sociais e AS percebido com quatro variáveis-resposta: mortalidade, estado funcional, saúde autoavaliada e depressão. Participaram do estudo 4.049 idosos institucionalizados, acompanhados pelos pesquisadores no período de 1989 a 1999,

sendo considerado como referência ou base inicial o estado de saúde, no primeiro ano de seguimento. Os participantes que relataram contato regular com dois ou mais amigos estavam menos propensos a morrer e/ou a apresentar limitações funcionais mais graves no período de seguimento. Contudo, nenhum efeito permaneceu após a inserção das covariáveis do estado de saúde inicial. Quanto ao AS, uma maior percepção da disponibilidade de apoio esteve significativamente associada com menor mortalidade, melhor saúde autoavaliada e menores graus de depressão. Entretanto, com o ajuste das variáveis pelo estado de saúde inicial, a associação permaneceu significativa somente em relação à depressão. De modo similar, a satisfação com o AS esteve fortemente relacionada somente à depressão. Apesar do ajuste das variáveis, os participantes do estudo, com maior percepção da disponibilidade de apoio ou aqueles que estavam mais satisfeitos com o mesmo, tiveram, expressivamente, menores graus de depressão durante o seguimento, quando comparados aos demais. Os autores concluíram que as percepções positivas sobre o AS são protetoras da saúde mental, mas não da saúde física e que, de modo geral, a relação entre AS e saúde é relativamente modesta entre os idosos em Taiwan.

Estudo transversal realizado entre 80 adultos norte-americanos com DM teve, por objetivo, estabelecer a relação entre estresse, AS e controle glicêmico, sendo este último avaliado por meio dos valores de HbA_{1c}. Os resultados mostraram que os participantes com baixo AS apresentaram valores mais elevados de HbA_{1c} (11,8%, em média) e, conseqüentemente, pior controle glicêmico, quando sob elevado grau de estresse. Por outro lado, as pessoas com elevado AS apresentaram valores médios de HbA_{1c} iguais a 9,9%, mesmo sob situações de estresse elevado ($p=0,04$) (GRIFFITH; FIELD; LUSTMAN, 1990).

Estudo longitudinal realizado entre 52 adolescentes britânicos com DM1, cujo objetivo foi avaliar se o apoio oferecido pelos amigos e a representação da doença estão associados com o apoio familiar, autocuidado e bem-estar, mostrou que os adolescentes cujas famílias possuíam maior coesão emocional apresentaram melhor controle metabólico. Isto enfatiza a importância do apoio de amigos e da família para pessoas com diabetes (SKINNER; JOHN; HAMPSON, 2000).

De modo similar, Lewandowski e Drotar (2007) conduziram um estudo transversal envolvendo 51 adolescentes norte-americanos com DM1 e suas mães, para analisar as relações do AS do cônjuge e da rede social relatados pelas mães,

com os conflitos entre mães e filhos relacionados ao DM, divergências na autonomia para tomada de decisão e adesão dos adolescentes ao tratamento da doença. Foi encontrado que um maior conflito mãe-filho estava associado com pior adesão, e tanto o conflito quanto as divergências na autonomia para tomada de decisão estavam associados ao controle glicêmico. Em contrapartida, maior apoio do cônjuge, relatado pelas mães, estava associado com menor conflito e maior adesão ao tratamento. No entanto, a satisfação das mães com o apoio proveniente da rede social não se correlacionou ao conflito mãe-filho, demonstrando que o apoio do cônjuge é um preditor mais poderoso de conflito do que a rede de apoio. Os autores concluíram que o grau de apoio que as mães receberam de seus esposos pôde desempenhar um papel importante nos comportamentos de saúde de seus filhos adolescentes.

Toljamo e Hentinen (2001) avaliaram, em seu estudo transversal, a adesão ao autocuidado, as dificuldades percebidas para a adesão e o AS de adultos finlandeses com DM. As autoras verificaram que os participantes que negligenciaram seu autocuidado tiveram um pior controle metabólico; e que o autocuidado esteve associado a um tipo específico de AS: o proveniente da família e dos amigos.

O estudo transversal de López et al. (2004), cujo objetivo foi identificar a associação entre disfunção familiar e controle metabólico de 300 adultos mexicanos com DM2, mostrou que o aspecto emocional e uma convivência adequada ou inadequada com a família influencia na conduta, no interesse ou na motivação, por parte da pessoa com diabetes, em obter um melhor controle da doença. Os autores também verificaram que o grupo de pacientes com DM, na presença de disfunção familiar, demonstrou um grau de conhecimento muito baixo referente à patologia, o que pode estar relacionado à falta de apoio da família para com estes pacientes.

Estudo transversal de abordagem qualitativa, realizado entre 44 adultos norte-americanos com DM2 por meio da técnica de grupo focal, teve por objetivo investigar o papel do AS no manejo do DM. Os achados reforçam o papel do AS em facilitar a adoção de um estilo de vida saudável. Também foi encontrado que o apoio de informação forneceu conhecimento e recursos para o controle do DM; o apoio instrumental auxiliou as pessoas a se alimentarem de forma mais saudável e a se exercitarem com maior frequência; e o apoio emocional encorajou estas pessoas a continuarem seus esforços de autocuidado (MILLER; DAVIS, 2005).

Peres, Franco e Santos (2006) objetivaram conhecer os pensamentos, sentimentos e comportamentos em relação à dieta de mulheres brasileiras com DM2, por meio de estudo transversal de abordagem qualitativa, cujos registros audiogravados e transcritos foram submetidos à análise temática de conteúdo. Os achados apontam que o AS, especialmente o de familiares, foi imprescindível para que estas mulheres aceitassem mais a sua doença e se sentissem mais fortalecidas em seus esforços de autocuidado.

Para Nunes (2005), o AS proveniente da família ainda tem sido considerado o recurso mais importante para as pessoas com DM no enfrentamento do estresse causado pela doença.

Almeida e Matos (2003) apontam também a importância do apoio instrumental (como educação acerca da dieta), geralmente fornecido por profissionais de saúde, como um preditor de um bom controle metabólico.

Com a finalidade de favorecer uma melhora no cuidado, no estado de saúde, bem-estar e, sobretudo no desenvolvimento da habilidade e autonomia da pessoa para o seu autocuidado, o enfermeiro busca fortalecer a sua prática clínica. Nesta perspectiva buscou-se, no conceito de AS, subsídios para a compreensão de fatores que pudessem favorecer o cuidado à pessoa com DM, uma vez que esta pessoa requer seguimento por um longo período de tempo e esforços não somente de si, mas dos familiares e profissionais da saúde, para o desenvolvimento de habilidades de autocuidado.

A avaliação do AS é importante para auxiliar os enfermeiros no planejamento de intervenções apropriadas que poderão aumentar/promover a adaptação das pessoas a uma determinada situação de doença (LIMA; NORMAN; LIMA, 2005).

Enfatiza-se, também, o papel do enfermeiro como o principal elo entre a equipe de saúde e as redes de apoio social, por estabelecer uma relação de proximidade com as pessoas e suas famílias e encontrar-se numa posição privilegiada para promover recursos de apoio disponíveis às pessoas, por meio de intervenções tanto na própria rede social quanto na equipe de saúde (HUTCHISON, 1999).

3. OBJETIVOS

3.1 Geral

- analisar a relação entre apoio social, adesão ao autocuidado, adesão ao tratamento medicamentoso e controle metabólico e clínico de pessoas com DM2;

3.2 Específicos

- caracterizar a amostra segundo as variáveis sociodemográficas, hábitos de vida, variáveis clínicas, controle clínico/metabólico e tratamento medicamentoso;
- avaliar a percepção do apoio social das pessoas com DM2;
- avaliar a adesão ao autocuidado das pessoas com DM2;
- avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso das pessoas com DM2.

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, correlacional e transversal que pretende investigar as relações entre apoio social percebido, adesão ao autocuidado, adesão ao tratamento medicamentoso e controle metabólico de pessoas com diabetes mellitus tipo 2.

De acordo com LoBiondo-Wood e Haber (2001) e Whittemore e Melkus (2008), uma pesquisa de desenho correlacional procura examinar a relação entre duas ou mais variáveis, ou seja, interessa-se por quantificar a força da relação entre estas variáveis. No entanto, cabe destacar que correlação não comprova causa, isto é, a simples existência de uma relação entre as variáveis, ainda que significativa, não é suficiente para legitimar a conclusão de que uma variável tenha causado a outra (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004; ZOU; TUNCALL; SILVERMAN, 2003).

O estudo transversal, por vezes denominado estudo seccional, é um tipo de estudo epidemiológico que pretende trazer a ideia de um seccionamento transversal, ou seja, um corte no fluxo histórico da doença, evidenciando as suas características e correlações em um momento fixo no tempo (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003). Também conhecido como estudo de séries cruzadas, este tipo de pesquisa é adequado para a descrição da situação de fenômenos ou das relações entre fenômenos, num mesmo momento histórico (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

4.2 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido no Ambulatório de Endocrinologia e Metabologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP).

As pessoas com DM, previamente agendadas, são atendidas às segundas-feiras, no período da tarde, por equipe multiprofissional. O atendimento de enfermagem é realizado no mesmo período por alunos de graduação e pós-graduação, sob a coordenação de uma docente da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo e tem, por finalidade, a

educação/orientação das pessoas e familiares para o manejo da doença e a prevenção de complicações.

4.3 Período do estudo

O estudo foi realizado no período de maio a novembro de 2008.

4.4 População e amostra do estudo

4.4.1 População-base

Pessoas em seguimento no Ambulatório de Endocrinologia e Metabologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), perfazendo um total de 1.004 pessoas atendidas, no período de realização do estudo.

4.4.2 Critérios de inclusão na amostra

Considerando que o DM2 tem maior prevalência e que suas características clínicas, bem como suas necessidades de cuidado, diferem das do DM1, o presente estudo foi direcionado às pessoas com DM2. Dessa forma, foram incluídas pessoas com DM2, de ambos os sexos, idade mínima de 40 anos, juízo e raciocínio preservados, cujo tratamento medicamentoso tenha sido insulina, antidiabético oral e/ou associações, e ausência de complicações crônicas em estágio avançado. Optou-se por incluir pessoas com idade mínima de 40 anos pelo fato de o DM2 ser diagnosticado mais frequentemente após essa idade (SBD, 2007).

4.4.3 Critérios de exclusão na amostra

Pessoas com DM1; pessoas com DM2 que apresentaram pelo menos uma das seguintes condições: em tratamento hemodialítico, amaurose, presença de sequelas de Acidente Vascular Cerebral/Insuficiência Cardíaca, amputações prévias em qualquer nível do membro inferior, processo de lesão ou úlcera ativa em membros inferiores, presença de qualquer outra complicação incapacitante; pessoas em cadeira de rodas e/ou maca; pessoas com dificuldade de compreensão dos instrumentos devido a fatores culturais.

4.4.4 Amostra

Mediante os critérios de inclusão/exclusão, das 1.004 pessoas atendidas, 309 foram selecionadas e, no período estabelecido para a coleta dos dados, foi possível abordar 206 pessoas. Destas, excluíram-se nove por limitações físicas ou cognitivas e houve 22 recusas, pelas seguintes razões: preocupação com a consulta médica ou transporte, e por não perceberem benefício em participar do estudo. Outras 13 não responderam ao convite, mesmo agendado em data e horário em comum acordo. Portanto, a amostra do presente estudo ficou constituída por 162 pessoas com DM tipo 2, compondo 16% do total de pessoas com DM atendidas, no período da coleta de dados.

4.5 Variáveis do estudo

4.5.1 Variáveis sociodemográficas

- Sexo: categorizado em feminino e masculino;
- Idade: autodeclarada, em anos completos;
- Procedência: autodeclarada, categorizada em: Ribeirão Preto, região de

Ribeirão Preto, outros municípios do Estado de São Paulo e municípios de outros Estados;

- Estado civil: autodeclarado, categorizado em: solteiro(a), casado(a)/amasiado(a), separado(a)/divorciado(a) e viúvo(a), recategorizado, para fins de análise, em: com companheiro(a) e sem companheiro(a);
- Escolaridade: autodeclarada, em anos de estudo completos, categorizada em baixa (< 9 anos), média (9-12 anos), alta (> 12 anos);
- Ocupação: autodeclarada, categorizada em: ativo(a), aposentado(a) com atividade remunerada, aposentado(a)/pensionista, trabalho em casa (sem remuneração) e desempregado(a), recategorizada, para fins de análise, em: ativo(a) e inativo(a);
- Número de pessoas na residência: número autodeclarado de pessoas que moram com o participante;
- Renda familiar: renda familiar mensal autodeclarada, em reais;
- Renda *per capita*: obtida para fins de análise por meio da razão entre renda familiar e número de pessoas na residência.

4.5.2 Variáveis relacionadas aos hábitos de vida

- Tabagismo: prática atual ou pregressa de tabagismo autodeclarada;
- Consumo de bebida alcoólica: consumo autodeclarado, categorizado em sim e não;
- Atividade física: prática de atividade física autodeclarada e frequência, categorizada em: regularmente, esporadicamente e não pratica.

4.5.3 Variáveis clínicas e laboratoriais

- Tempo de diagnóstico: tempo de DM autodeclarado, em anos;
- Complicações crônicas do DM / comorbidades: obtidas por meio de consulta aos prontuários, e categorizadas como: complicações renais, oftalmológicas, neurológicas, doenças cardiovasculares, pé diabético, hipertensão arterial sistêmica, obesidade, dislipidemias e outras doenças;
- Exames laboratoriais: foram obtidos por meio de consulta aos prontuários e considerados os resultados dos últimos 12 meses para o cálculo das médias. Os exames foram analisados e categorizados em normal e alterado, mediante os padrões estabelecidos pelos consensos ou diretrizes, conforme descrito a seguir:
 - hemoglobina glicada A_{1c} (HbA_{1c}): método Cromatografia Líquida de Alta Performance (HPLC), valor de referência < 7% (ADA, 2007);
 - glicemia plasmática de jejum, método enzimático automatizado, valor de referência < 130 mg/dl (ADA, 2007);
 - colesterol total, método enzimático automatizado, valor de referência < 200 mg/dl (SBD, 2007);
 - colesterol de alta densidade (HDL), método enzimático automatizado, valor de referência > 45 mg/dl (SBD, 2007);
 - colesterol de baixa densidade (LDL), método enzimático automatizado, valor de referência < 100 mg/dl (ADA, 2007; SBD, 2007);
 - triglicerídeos, método enzimático automatizado, valor de referência < 150 mg/dl (SBD, 2007);

- Pressão Arterial: aferida por meio do aparelho digital de braço, automático, modelo HEM 742-Omron, com manguito para braços de 22 a 32 cm, mediante técnica padronizada. Foi aferida duas vezes, no braço direito com intervalo de cinco minutos, com a pessoa na posição sentada, pés no chão e pernas descruzadas, após repouso equivalente ao tempo do preenchimento dos instrumentos, cerca de 30 minutos. O valor final foi a média das duas medidas. Para a categorização desta variável, utilizaram-se as recomendações do *The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure* (CHOBANIAN et al., 2003). O valor da Pressão Arterial Sistólica (PAS) considerada normal foi < 130 mmHg e alterada ≥ 130 mmHg e o da Pressão Arterial Diastólica (PAD) normal foi < 80 mmHg e alterada ≥ 80 mmHg;
- Índice de Massa Corporal (IMC): obtido por meio da razão $\text{Peso}/\text{Altura}^2$, e categorizado em: normal ($\text{IMC} < 25,0 \text{ kg/m}^2$, incluindo a categoria $< 18,5 \text{ kg/m}^2$), sobrepeso (IMC entre 25,0 e 29,9 kg/m^2), e obeso ($\text{IMC} \geq 30,0 \text{ kg/m}^2$) (WHO, 1995);
- Circunferência Abdominal (CA): obtida por meio de fita métrica inelástica, posicionada entre a crista ilíaca e o rebordo inferior da última costela. Foi considerada a média de duas medidas em posição ortostática, com o abdome despido. Os parâmetros foram analisados de acordo com o *Executive Summary of Third Report of the National Cholesterol Education Program* (2001) que estabelece os valores de ≤ 102 cm para homens e ≤ 88 cm para mulheres. Desta forma, esta variável foi categorizada em normal e alterada, ou seja, para os homens, a categoria alterada foi > 102 cm e para as mulheres > 88 cm;

4.5.4 Variáveis relacionadas ao tratamento

- Tipo de tratamento medicamentoso: tratamento medicamentoso autodeclarado, compreendendo: antidiabético oral, insulina ou associações;

- Especificidades do tratamento medicamentoso: insulina (tipo de insulina autodeclarado, categorizado em: Lispro/Aspart, Regular (R), NPH/Lenta, Lantus/Ultralenta, Pré-mistura, NPH + R; “não soube informar”; tempo de uso autodeclarado em meses; frequência diária de aplicação autodeclarada); antidiabético oral (tipo de antidiabético oral autodeclarado, categorizado em: sulfonilureias, biguanidas, toglitazone, acarbose, associações; tempo de uso autodeclarado em meses; frequência diária de tomada autodeclarada);
- Participação em grupo de orientação sobre o DM: participação autodeclarada, categorizada em sim, às vezes e não;
- Local do grupo de orientação sobre o DM: local autodeclarado, categorizado em: HCFMRP-USP, outros serviços de saúde de Ribeirão Preto e município de origem;
- Comparecimento aos retornos agendados: comparecimento autodeclarado, categorizado em sim, às vezes e não.

4.5.5 Apoio social

Para a avaliação do AS, utilizou-se o Inventário da Rede de Suporte Social – IRSS (LIMA; NORMAN; LIMA, 2005), versão traduzida, adaptada e validada para a cultura brasileira do instrumento *The Social Support Network Inventory* (FLAHERTY; GAVIRIA; PATHAK, 1983), mediante a autorização dos autores de ambas as versões (ANEXOS 1 e 2).

4.5.6 Adesão ao autocuidado

Para avaliar a adesão ao autocuidado, utilizou-se o “Questionário das Atividades de Autocuidado com a Diabetes” - QAAD (TORRES, 2004), versão traduzida, adaptada e validada para a cultura brasileira do instrumento *Diabetes Self-care Activities Questionnaire* (TOOBERT; GLASGOW, 1994). Na presente

investigação, as atividades de autocuidado estudadas referem-se à dieta e ao exercício físico. A utilização do QAAD foi permitida mediante autorização da autora que validou o instrumento para a cultura brasileira (ANEXO 3).

4.5.7 Adesão ao tratamento medicamentoso

Para o estudo da adesão ao tratamento medicamentoso, utilizou-se o teste de Medida da Adesão aos Tratamentos – MAT que foi desenvolvido e adaptado do Teste de Morisky (MORISKY; GREEN; LEVINE, 1986) e validado para a língua portuguesa (DELGADO; LIMA, 2001). A utilização da MAT foi permitida mediante autorização dos autores que validaram o instrumento para a língua portuguesa (ANEXO 4).

4.6 Instrumentos de coleta de dados

4.6.1 Inventário da Rede de Suporte Social

O Inventário da Rede de Suporte Social – IRSS (ANEXO 5) é um instrumento composto por cinco escalas de dez itens cada, as quais avaliam tanto variáveis da rede social (fonte e tipo de contato) quanto componentes específicos do apoio social (disponibilidade, reciprocidade, apoio prático, apoio emocional e apoio relacionado à doença) (FLAHERTY; GAVIRIA; PATHAK, 1983).

O respondente elege pessoas ou grupos de pessoas com as quais ele tem maior proximidade. Desta lista inicial, o respondente deve escolher cinco pessoas ou quatro pessoas e um grupo, das quais ele percebe receber maior apoio. Os autores limitaram a indicação de cinco membros da rede social para cada respondente por não terem encontrado evidência consistente, na literatura, que indicasse uma relação linear entre o tamanho da rede social e a quantidade de apoio recebido. Outra razão foi reduzir o tempo despendido para completar o instrumento, evitando ausência de respostas e/ou respostas incompletas (FLAHERTY; GAVIRIA; PATHAK, 1983; LIMA; NORMAN; LIMA, 2005).

Em cada escala, o respondente identifica uma pessoa da sua rede social (parcial), indicando também o tipo de relacionamento. A seguir, o respondente, ao relacionar cada item da escala com a pessoa escolhida, indicará a alternativa que melhor responder (LIMA; NORMAN; LIMA, 2005).

Dos dez itens que compõem cada escala, sete apresentam um padrão de resposta que vai de “nunca” ou “quase nunca” até “sempre”, com escores de um a cinco, respectivamente. Os outros três itens apresentam um padrão de resposta com enunciados diferentes, porém segue a mesma pontuação dos demais (LIMA; NORMAN; LIMA). O escore de valor cinco indica elevada percepção de AS, e o de valor um nenhum apoio percebido (FLAHERTY; GAVIRIA; PATHAK, 1983).

Para cada escala, somam-se os escores e divide-se o resultado pelo número de itens (dez). Este será o grau de apoio percebido (em média), fornecido pela pessoa identificada pelo respondente em cada escala. Para saber o grau de apoio total percebido, ou seja, de todos os membros da rede social parcial, somam-se as médias de cada escala e divide-se pelo número de escalas (cinco) (LIMA; NORMAN; LIMA, 2005).

A adaptação transcultural e validação do instrumento foi realizada em uma amostra de 120 mulheres brasileiras em tratamento para o câncer de mama, mostrando uma boa consistência interna (coeficiente α de *Cronbach* de 0,95) (LIMA; NORMAN; LIMA, 2005). O mesmo coeficiente para o instrumento original foi de 0.82 (FLAHERTY; GAVIRIA; PATHAK, 1983; RUSH, 2002; LIMA; NORMAN; LIMA, 2005).

4.6.2 Questionário das Atividades de Autocuidado com a Diabetes

O Questionário das Atividades de Autocuidado com a Diabetes – QAAD (ANEXO 6) é uma escala composta por oito itens, com escore total de oito pontos, e se destina a avaliar a adesão ao autocuidado, no que se refere às recomendações de dieta e exercício físico. Para mostrar que a pessoa alcançou uma mudança de comportamento, deve-se obter um escore mínimo de cinco pontos (TORRES, 2004).

A adaptação transcultural e a validação do instrumento foram realizadas em uma amostra de 54 adultos brasileiros com diabetes mellitus, atendidos em um hospital de nível terciário em Belo Horizonte (MG), mostrando uma boa consistência

interna (coeficiente α de *Cronbach* de 0,75) (TORRES, 2004). O mesmo coeficiente para o instrumento original foi de 0,8 (TOOBERT; GLASGOW, 1994; TORRES, 2004).

4.6.3 Medida de Adesão aos Tratamentos

O teste da Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT) (ANEXO 7) é uma escala composta por sete itens e se destina a avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso prescrito (DELGADO; LIMA, 2001).

Os itens 1, 2, 3 e 4 foram adaptados de Morisky, Green e Levine (1986); o item 5 foi desenvolvido por Delgado e Lima (2001); o item 6 foi adaptado de Ramalhinho (2004); e o item 7, de Shea et al. (1992). Todos os itens apresentam um padrão de resposta que vai de “sempre” até “nunca”, com escores variando, respectivamente, de um a seis. A adesão é determinada pela média global do instrumento, ou seja, somam-se os escores de cada item e divide-se pelo número de itens (sete). Médias mais altas indicam maior adesão ao tratamento (DELGADO; LIMA, 2001).

O instrumento foi desenvolvido, adaptado e validado para a língua portuguesa por Delgado e Lima (2001), numa amostra de 167 pacientes portugueses, todos com pelo menos uma doença crônica. Apresenta boa consistência interna (coeficiente α de *Cronbach* de 0,74) (DELGADO; LIMA, 2001).

Para a adequação da MAT ao português do Brasil, Faria (2008) realizou um estudo-piloto com cinco pacientes diabéticos brasileiros, selecionados aleatoriamente e cadastrados no Grupo de Educação em Diabetes do Centro de Pesquisa e Extensão Universitária, no interior paulista. Duas modificações foram feitas pela autora: a expressão “toma de medicamentos” no segundo item foi substituída por “tomada de medicamentos”; e a palavra “doença” foi substituída por “diabetes”, em cada item do instrumento.

4.6.4 Dados sociodemográficos, clínicos e hábitos de vida

A coleta dos dados sociodemográficos, clínicos e hábitos de vida foi obtida por meio de instrumento estruturado, fundamentado na literatura e na experiência profissional da pesquisadora, contendo três partes: I- identificação, II- diagnóstico e tratamento, e III- hábitos de vida (PACE et al., 2002; PACE et al., 2003; PACE et al., 2006) (APÊNDICE A).

4.6.5 Diagnósticos e resultados de exames laboratoriais

A coleta de dados referentes às complicações crônicas e comorbidades (diagnósticos), bem como os resultados de exames laboratoriais, foi obtida por meio de consulta aos prontuários, utilizando-se instrumento semiestruturado, desenvolvido para este fim (PACE et al., 2002; PACE et al., 2003; PACE et al., 2006) (APÊNDICE B).

4.7 Estudo-piloto

O estudo-piloto foi realizado para melhor adequação dos instrumentos de coleta de dados, com aplicação aleatória dos mesmos a 11 pessoas com DM, em seguimento ambulatorial no local de estudo e que não fariam parte da amostra. Nenhuma dificuldade foi constatada por parte dos respondentes em relação aos itens dos instrumentos e aos seus padrões de resposta. No entanto, para o teste de Medida da Adesão aos Tratamentos, além das modificações feitas previamente por Faria (2008), foi sugerida por três respondentes a substituição da expressão “horas de tomada dos medicamentos” por “horário de tomada dos medicamentos”, no segundo item.

4.8 Coleta de Dados

A partir da listagem de agendamento do Ambulatório de Endocrinologia e Metabologia da FMRP-USP, os prontuários separados semanalmente eram revisados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão e, então, identificados.

Os possíveis participantes eram convidados diretamente ou encaminhados pelo médico, após as consultas. Abordavam-se, no máximo, cinco pessoas por vez, as quais eram conduzidas à sala destinada à coleta dos dados. Após apresentação dos objetivos do estudo, era solicitado às pessoas que manifestassem sua vontade ou não de participarem do mesmo. Aos que concordaram, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C), o qual foi lido em voz alta pela pesquisadora, sendo solicitada a assinatura do mesmo ao final da leitura.

A cada participante foi entregue uma prancheta contendo uma caneta e os instrumentos destinados a avaliar o apoio social, a adesão ao autocuidado e a adesão ao tratamento medicamentoso. Adotou-se, como padrão, a leitura em voz alta dos três instrumentos para facilitar o entendimento, principalmente daquelas pessoas com dificuldades visuais ou de baixa escolaridade, respeitando-se o tempo necessário para que cada participante pudesse preenchê-los.

As variáveis sociodemográficas, variáveis relacionadas ao tempo de diagnóstico, tratamento, hábitos de vida, participação em grupo de orientação sobre DM e comparecimento aos retornos foram obtidos por meio de entrevistas individuais com os participantes utilizando instrumento estruturado. As variáveis clínicas relacionadas à presença de complicações/comorbidades, e dados laboratoriais foram obtidos por meio de consulta aos prontuários.

4.9 Análise dos Dados

Para a organização dos dados, foi realizada a codificação de todas as variáveis dos instrumentos de coleta e elaborado um dicionário de dados (Codebook) com estas codificações, bem como duas planilhas adicionais para a dupla digitação dos dados, empregando-se o aplicativo MS-EXCEL. Concluída a

validação por dupla digitação, esse banco de dados foi exportado para o programa SPSS (*Statistical Package for the Social Science*), versão 11.5, utilizado para análise exploratória uni, bi e multivariável, bem como para o cálculo das medidas de associação (correlação) entre as variáveis. As diferenças observadas foram consideradas significativas, quando o nível de significância (p) foi menor que 0,05.

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 investigada por meio de regressão linear, e a intensidade da correlação, medida por meio dos coeficientes de correlação de Pearson, quando os dados apresentaram distribuição normal, ou pelo coeficiente de correlação de Spearman, quando o teste de distribuição não evidenciou a normalidade dos dados. A força das correlações foi verificada seguindo a classificação proposta por Zou, Tuncall e Silverman (2003): 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, quando a distribuição foi normal e com variâncias homogêneas, aplicou-se o teste t-Student e, quando a distribuição foi não normal e/ou existiu uma heterogeneidade das variâncias, foi utilizado o teste não-paramétrico de Mann-Whitney. 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 para amostras paramétricas e não-paramétricas, respectivamente.

4.10 Aspectos Éticos

A coleta de dados foi realizada após esclarecimentos quanto aos objetivos e à natureza do estudo, e após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo participante. O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto,

Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP) em 11/02/2008 para apreciação, atendendo à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, e aprovado em 28/04/2008, protocolo nº 2049/2008 (ANEXO 8).

5. RESULTADOS

Os resultados estão apresentados na sequência dos objetivos propostos no presente estudo.

A seleção de variáveis para estudar a relação entre apoio social, adesão ao autocuidado, adesão ao tratamento medicamentoso e controle clínico/metabólico foi realizada a partir da literatura estudada. O cuidado à pessoa com DM engloba uma relação complexa entre os fatores biopsicossociais e a necessidade de a própria pessoa assumir o seu tratamento. A compreensão dessas variáveis poderá ser relevante para apoiar a pessoa no curso de uma doença crônica (WAGNER et al., 2001).

5.1 Caracterização da amostra estudada, segundo as variáveis sócio-demográficas, hábitos de vida, variáveis clínicas, controle metabólico (dados laboratoriais) e tratamento

A caracterização dos participantes quanto às variáveis sociodemográficas, aos hábitos de vida, às variáveis clínicas, ao controle metabólico (dados laboratoriais) e ao tratamento encontra-se, respectivamente, nas Tabelas 1, 2, 3 e 4.

Destaca-se que, na caracterização sociodemográfica da amostra, a idade variou entre 40 e 78 anos (média de 59,39). Dos 162 participantes, 94 (58%) eram do sexo feminino, 114 (70,4%) eram casados, 67 (41,4%) aposentados ou pensionistas, 129 (79,6%) procedentes de Ribeirão Preto e/ou região, com média de escolaridade de cinco anos de estudo e uma média de renda familiar mensal de 1.325,65 reais, indicando baixo nível educacional e socioeconômico do grupo estudado (Tabela 1).

Tabela 1 Caracterização sociodemográfica da amostra estudada. Ribeirão Preto, SP, 2008

Variáveis (N=162)	Média (DP*) ou número(%)	Mediana (intervalo)
Idade (em anos)	59,39 (DP=8,02)	60 (40 – 78)
Sexo		
feminino	94 (58%)	
masculino	68 (42%)	
Procedência		
Ribeirão Preto	42 (25,9%)	
Região de Ribeirão Preto	87 (53,7%)	
Outros municípios de SP	27 (16,7%)	
Municípios de outros Estados	6 (3,7%)	
Escolaridade (em anos)	5,36 (DP=3,90)	4 (0 – 15)
Baixa (< 9)	129 (79,6%)	
Média (9-12)	23 (14,2%)	
Alta (> 12)	10 (6,2%)	
Renda familiar** (em reais)	1325,65 (DP=1122,72)	1000,00 (315 – 10000,00)
Estado Civil		
solteiro	11 (6,8%)	
casado/amasiado	114 (70,4%)	
separado/divorciado	8 (4,9%)	
viúvo	29 (17,9%)	
Número de pessoas na residência		
0-3 pessoas	104 (64,2%)	
4 pessoas	58 (35,8%)	
Ocupação atual		
ativo	31 (19,1%)	
aposentado com atividade remunerada	3 (1,9%)	
aposentado/pensionista	67 (41,4%)	
trabalho em casa, sem remuneração	55 (34%)	
desempregado	6 (3,7%)	

* DP: desvio-padrão

** Salário mínimo vigente em 2008: R\$ 415,00

Observa-se que o tempo de diagnóstico foi, em média, de 14,8 anos; aproximadamente 90% dos participantes encontram-se nas categorias “sobrepeso” e “obeso”. A prática de atividade física (regular ou esporadicamente), o tabagismo e 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 (Tabela 2). Salienta-se que a categoria “outras doenças” compreende patologias não relacionadas ao DM como, por exemplo, gastrite/úlcera péptica, cirrose hepática, doenças intestinais inflamatórias crônicas, artrite reumatóide, entre outras.

Tabela 2 - Caracterização de hábitos de vida e das variáveis clínicas da amostra estudada. Ribeirão Preto, SP, 2008

Variáveis (N=162)	Média (DP) ou número(%)	Mediana (intervalo)
Tabagismo		
sim	10 (6,2%)	
não	86 (53,1%)	
ex-tabagismo	66 (40,7%)	
Consumo de bebida alcoólica		
sim	32 (19,8%)	
não	130 (80,2%)	
Prática de atividade física		
sim (regularmente)	60 (37%)	
sim (esporadicamente)	30 (18,5%)	
não	72 (44,5%)	
Tempo de diagnóstico (em anos)	14,8 (DP=7,72)	15 (1 – 40)
Complicações/comorbidades (**)	83 (51,2%)	
renais	66 (40,7%)	
oftálmicas	43 (26,5%)	
neurológica	85 (52,5%)	
cardiovasculares	9 (5,6%)	
pé diabético	142 (87,7%)	
hipertensão arterial	75 (46,3%)	
obesidade	118 (72,8%)	
dislipidemias	98 (60,5%)	
outras doenças		
Pressão arterial sistólica (mmHg)	140,34 (DP=22,4)	139,25 (92,5 – 197,5)
normal	58 (35,8%)	
alterada	104 (64,2%)	
Pressão arterial diastólica (mmHg)	77,64 (DP=11,84)	76 (46 – 110)
normal	100 (61,7%)	
alterada	62 (38,3%)	
Índice de massa corporal (kg/m²)	31,74 (DP=6,17)	30,63 (19,77 – 57,80)
normal	16 (9,9%)	
sobrepeso	58 (35,8%)	
obeso	88 (54,3%)	

continua....

Variáveis (N=162)	Média (DP*) ou número(%)	Mediana (intervalo)
Circunferência abdominal (cm)	106,4 (DP=12,87)	105,25 (72,5 – 141,5)
Homens	106,9 (DP=11,44)	106,0 (80 – 133,5)
normal (≤ 102 cm)	24 (35,3%)	
alterada (> 102 cm)	44 (64,7%)	
Mulheres	106,0 (DP=13,87)	104,5 (72,5 – 141,5)
normal (≤ 88 cm)	7 (7,4%)	
alterada (> 88 cm)	87 (92,6%)	

conclusão.

* DP: desvio-padrão. ** As categorias não são mutuamente excludentes.

Para os dados laboratoriais analisados, com exceção do colesterol total e do LDL colesterol, a média dos resultados se encontrou acima dos valores de normalidade para a maioria dos participantes, indicando um controle metabólico inadequado. Ao analisar somente o controle glicêmico, observou-se que a média da glicemia plasmática de jejum foi de 178 mg/dl, e a da hemoglobina glicada, 9,1%. Dos 162 participantes, 127 (78,4%) apresentaram glicemia plasmática de jejum maior ou igual a 130 mg/dl, e 143 (88,3%) apresentaram hemoglobina glicada maior ou igual a 7% (Tabela 3). Optou-se por seguir as recomendações da *American Diabetes Association* (ADA), devido à literatura utilizada na discussão dos dados do presente estudo, em sua maior parte, ter seguido essas mesmas recomendações.

Ressalta-se que, em alguns prontuários, os resultados dos exames laboratoriais ainda não tinham sido anexados: um participante não possuía registro dos valores de glicemia plasmática de jejum; dois não possuíam de hemoglobina glicada; três, de colesterol total, HDL e triglicérides; e sete, de LDL.

Tabela 3 - Caracterização da amostra estudada, segundo variáveis relacionadas ao controle metabólico (dados laboratoriais). Ribeirão Preto, SP, 2008

Variáveis (N=162)	Média (DP*) ou número(%)	Mediana (intervalo)
Glicemia plasmática de jejum (mg/dl)	178 (DP=57,9)	174 (74 – 417)
normal (< 130)	34 (21%)	
alterada (≥130)	127 (78,4%)	
Hemoglobina glicada (%)	9,1 (DP=1,82)	8,8 (5,3 – 14,0)
normal (< 7)	17 (10,5%)	
alterada (≥ 7)	143 (88,3%)	
Colesterol total (mg/dl)	182 (DP=47,7)	175 (106 – 480)
normal (< 200)	119 (73,5%)	
alterado (≥ 200)	40 (24,7%)	
HDL Colesterol (mg/dl)	42 (DP=9,3)	41 (26 – 77)
normal (> 45)	41 (25,3%)	
alterado (≤ 45)	118 (72,8%)	
LDL Colesterol (mg/dl)	100 (DP=32,1)	94 (21 – 254)
normal (< 100)	93 (57,4%)	
alterado (≥ 100)	62 (38,3%)	
Triglicérides (mg/dl)	215 (DP=237,3)	155 (36 – 2604)
normal (< 150)	73 (45,1%)	
alterado (≥ 150)	86 (53,1%)	

* DP: desvio-padrão

A associação de insulina e antidiabéticos orais foi o tratamento medicamentoso de maior frequência (64,2% dos participantes). Em relação aos antidiabéticos orais, o tempo médio de uso foi de 87 meses; a frequência diária de tomada foi, em média, de 2,6 vezes ao dia; e a classe terapêutica mais utilizada, independente de associações, foi a das Biguanidas (62,3%). Quanto à insulina, tempo médio de uso foi de 87,2 meses; a frequência diária de aplicação foi, em média, 1,9 vez ao dia; e o tipo utilizado pela maioria dos participantes (58%) foi a NPH (Tabela 4).

Tabela 4 - Caracterização da amostra estudada, segundo variáveis relacionadas ao tratamento. Ribeirão Preto, SP, 2008

Variáveis (N=162)	Média (DP[*]) ou número(%)	Mediana (intervalo)
Tipo de tratamento medicamentoso		
somente antidiabético oral (ADO)	24 (14,8%)	
somente insulina	34 (21%)	
associações (insulina + ADO)	104 (64,2%)	
Tipo de ADO		
Biguanidas	101 (62,3%)	
Sulfonilureias	26 (16%)	
Toglitazonas	1 (0,6%)	
Uso de ADO		
tempo (em meses)	87 (DP=65,8)	72 (3 – 276)
frequência diária de tomada	2,6 (DP=0,7)	3 (1 – 4)
Tipo de insulina		
NPH/Lenta	94 (58%)	
NPH + Regular	42 (25,9%)	
Lantus/Ultralenta	1 (0,6%)	
Não soube informar	1 (0,6%)	
Uso de insulina		
tempo (em meses)	87,2 (DP=83,5)	60 (1 - 468)
frequência diária de aplicação	1,9 (DP=0,4)	2 (1 – 3)
Participação em grupos de orientação		
sim	17 (10,5%)	
não	145 (89,5%)	
Local dos grupos de orientação		
HCFMRP-USP	9 (52,9%)	
na cidade de origem	8 (47,1%)	
Comparecimento aos retornos		
sim	161 (99,4%)	
não	1 (0,6%)	

* DP: desvio-padrão

5.2 Rede e apoio social percebidos

5.2.1 Revalidação do IRSS

Apesar de não ter sido o objetivo do presente estudo, realizou-se a revalidação do IRSS, com tamanho amostral de 154 participantes, a fim de verificar

as propriedades psicométricas do instrumento utilizado, uma vez que o processo de tradução e de validação transcultural foi desenvolvido em mulheres com câncer de mama. A revalidação do referido instrumento teve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), conforme Processo HCRP nº 2049/2008, em 08/12/2008 (ANEXO 9).

A confiabilidade do IRSS foi estimada pelo coeficiente alfa de *Cronbach*, que indicou forte consistência interna ($\alpha=0,94$) (Tabela 6), mostrando-se adequada da mesma forma que no estudo de validação transcultural do instrumento para a cultura brasileira ($\alpha=0,95$) (LIMA; NORMAN; LIMA, 2005). Validade de constructo foi verificada com análise fatorial para extração de fatores, utilizando-se o método de componentes principais, com *eigenvalue* superior a 1. A análise fatorial indicou que todos os itens do Inventário são responsáveis por um mínimo de 2% da variância da escala. O domínio “disponibilidade” foi o que mais explicou a variância (58%), seguido de “apoio emocional” (21,4%), “apoio prático” (8%), “reciprocidade” (4,3%) e “apoio relacionado à doença” (2,2%) (GOMES-VILLAS BOAS et al., 2009)³.

5.2.2 Estudo da rede e apoio social percebidos:

Para as variáveis rede social e AS, o tamanho amostral foi de 161 participantes, devido a uma pessoa ter referido “ausência total de apoio social” e, por esta razão não foi incluída nas análises destas variáveis.

A *rede social* refere-se à rede de relacionamentos e elos sociais (KAPLAN; HARTWELL, 1987; van DAM et al., 2005) e pode ser mensurada pelo número de indivíduos ao redor de uma pessoa. Essa propriedade da rede social é denominada densidade (FLAHERTY; GAVIRIA; PATHAK, 1983; van DAM et al., 2005).

Na amostra estudada, a rede social da maioria dos participantes (61,1%) foi composta por seis pessoas ou mais, dentro de um intervalo possível de um a dez, limitado pelo IRSS. Também foi possível mensurar a densidade da *rede de apoio social* que se refere àquele subconjunto de indivíduos, na totalidade da rede social

³ Gomes-Villas Boas, L. C; Lima, E. D. R. P.; Flaherty, J. A.; Pace, A. E. *Revalidation of the Social Support Network Inventory in people with diabetes mellitus*. Manuscrito a ser encaminhado para publicação em 2009.

de uma pessoa, no qual ela possa contar com apoio emocional, apoio instrumental ou prático, ou ainda, ambos (THOITS, 1982; FLAHERTY; GAVIRIA; PATHAK, 1983).

A *rede de apoio social* foi constituída, em sua maioria (82,1%), de quatro a cinco pessoas. Destaca-se que os familiares representaram a principal fonte de apoio, referida por 156 (96,9%) participantes, seguida dos profissionais de saúde, referida por 36 (22,4%) participantes (Tabela 5).

Tabela 5 - Fontes de apoio referidas pela amostra estudada. Ribeirão Preto, SP, 2008

Fontes de Apoio (N=161)*	n**	%
Familiares	156	96,9
Profissionais da saúde	36	22,4
Amigos	34	21,1
Vizinhos	21	13,0
Igreja/Associações	16	9,9
Chefia/Colegas de Trabalho	3	1,9

* Um participante não preencheu o IRSS.

** Houve mais de uma resposta.

Em relação ao AS, a avaliação da percepção de apoio pelo IRSS poderia alcançar um valor de 1 a 5, na qual escores mais altos indicam maior percepção de apoio. Observa-se um intervalo de 2,8 a 5 na amostra estudada e uma média total obtida de 4,34 (DP=0,49), mostrando uma elevada pontuação na percepção de apoio social dos participantes (Tabela 6) (GOMES et al., 2009)⁴.

⁴ GOMES, L. C.; SANTOS, C. B.; FOSS-FREITAS, M. C.; PACE, A. E. *A relação entre o apoio social e as características sociodemográficas das pessoas com diabetes mellitus*. Manuscrito encaminhado para a Revista Gaúcha de Enfermagem, 2009.

Tabela 6 - Avaliação da percepção do apoio social na amostra estudada. Ribeirão Preto, SP, 2008

Dimensões	IRSS
Número de itens por fonte de apoio indicada	10
Número total de itens do instrumento	50
Intervalo possível	1 – 5
Intervalo obtido	2,80 – 5,00
Média (DP)	4,34 (0,49)
Mediana	4,40
Alfa de Cronbach (α)	0,94

Ao categorizar o AS em baixo (escore < 3), moderado (escore ≥ 3 e < 4) e alto (escore ≥ 4) (LIMA; NORMAN; LIMA, 2005), observou-se, na amostra estudada, que dos 161 respondentes, 2 (1,2%) perceberam baixo AS, 36 (22,2%) perceberam um AS moderado e 123 (75,9%), um alto AS (Figura 1).

FIGURA 1 - Distribuição dos participantes, segundo a percepção de apoio social. Ribeirão Preto, SP, 2008

5.3 Adesão ao autocuidado

Com a finalidade de verificar a confiabilidade do instrumento utilizado, calculou-se, para a amostra do presente estudo, o alfa de *Cronbach*, cujo valor foi de 0,68, enquanto no estudo original de tradução e validação do QAAD (TORRES, 2004) foi de 0,75, valores estes considerados satisfatórios para indicar que o instrumento apresenta adequada consistência interna. O estudo de revisão de Mota e Pimenta (2007), ao analisar as propriedades psicométricas de instrumentos para avaliar fenômenos subjetivos, encontrou que valores do alfa de *Cronbach* acima de 0,50 são considerados como razoáveis.

Algumas características do QAAD que permitem avaliar os resultados obtidos estão apresentadas na Tabela 7.

Tabela 7 - Avaliação da adesão ao autocuidado na amostra estudada. Ribeirão Preto, SP, 2008

Dimensões	QAAD
Número de itens	8
Intervalo possível	0-8
Intervalo obtido	1,5 – 7,75
Média (DP)	4,34 (1,34)
Mediana	4,25
Alfa de <i>Cronbach</i> (α)	0,68

Em um intervalo possível de 0 a 8, o obtido foi de 1,5 a 7,75, com média de 4,34 (DP=1,34), sugerindo uma baixa adesão ao autocuidado para as recomendações dietéticas e atividade física (GOMES-VILLAS BOAS et al., 2009) ⁵.

Torres (2004) categorizou a adesão ao autocuidado em duas categorias, de acordo com os valores obtidos no QAAD, ou seja, para a categoria “adesão”, os

⁵ GOMES-VILLAS BOAS, L.C.; TORRES, H. C.; FOSS-FREITAS, M. C.; FOSS, M. C.; PACE, A. E. *Relação entre a adesão ao autocuidado e características sociodemográficas e clínicas das pessoas com diabetes mellitus*. Manuscrito a ser encaminhado para publicação em 2009.

valores ≥ 5 e “não adesão”, os valores < 5 . Desta forma, 50 (30,9%) participantes foram classificados na categoria “adesão” e 112 (69,1%), na “não adesão” (Figura 2).

FIGURA 2 - Distribuição dos participantes, segundo a adesão ao autocuidado. Ribeirão Preto, SP, 2008.

5.4 Adesão ao tratamento medicamentoso

No estudo original de tradução e validação da MAT (DELGADO; LIMA, 2001), o alfa de *Cronbach* foi de 0,74 e, no presente estudo, foi de 0,66, valores estes indicativos de que o instrumento apresenta adequada consistência interna, ao ser utilizado em adultos brasileiros, como descrito anteriormente para a variável adesão ao autocuidado.

Algumas características da MAT que permitem avaliar os resultados obtidos estão apresentadas na Tabela 8.

Tabela 8 - Avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso na amostra estudada. Ribeirão Preto, SP, 2008

Dimensões	MAT
Número de itens	7
Intervalo possível	1-6
Intervalo obtido	3,29 – 6,00
Média (DP)	5,66 (0,42)
Mediana	5,71
Alfa de Cronbach (α)	0,66

Em um intervalo possível de 1 a 6, obteve-se um de 3,29 a 6,0, com média de 5,66 (DP=0,42), sugerindo alta adesão ao tratamento medicamentoso.

Delgado e Lima (2001) categorizaram a adesão ao tratamento medicamentoso em duas categorias, de acordo com os valores obtidos na MAT, ou seja, para a categoria “adesão”, os valores ≥ 5 e “não adesão”, os valores < 5 . Desta forma, 155 (95,7%) participantes foram classificados na categoria “adesão” e 7 (4,3%), na “não adesão” (Figura 3).

FIGURA 3 - Distribuição dos participantes, segundo a adesão ao tratamento medicamentoso. Ribeirão Preto, SP, 2008.

5.5 Relação das características sociodemográficas, clínicas e de tratamento com apoio social, adesão ao autocuidado e adesão ao tratamento medicamentoso

A seleção das variáveis sociodemográficas, clínicas e de tratamento foi realizada a partir dos resultados de estudos com objetivos semelhantes (MORAES; DANTAS, 2007; DANTAS; PELEGRINO; GARBIN, 2007; DUFF et al., 2006; SILVA; PAIS-RIBEIRO; CARDOSO, 2006).

As variáveis laboratoriais estão apresentadas no segundo item subsequente por algumas delas constituírem parâmetros para avaliar o controle metabólico.

A relação das características sociodemográficas, clínicas e de tratamento com AS, adesão ao autocuidado e adesão ao tratamento medicamentoso foi analisada separadamente, de acordo com a natureza das variáveis (numérica ou nominal) e apresentada respectivamente nas Tabelas 9 e 10.

Para viabilizar o estudo das variáveis estado civil e ocupação, optou-se por recategorizá-las, respectivamente, em “com companheiro(a)/sem companheiro(a)”, “ativo(a) e inativo(a)”.

Para um $p < 0,05$, observam-se correlações fracas entre AS e idade, AS e escolaridade, e entre adesão ao autocuidado e escolaridade, sendo as duas últimas correlações inversas. Da mesma forma, obtiveram-se correlações diretas e estatisticamente significantes entre adesão ao tratamento medicamentoso e frequência diária de aplicação de insulina, bem como entre adesão e frequência diária de tomada do antidiabético oral, sendo ambas de fraca magnitude (Tabela 9).

Na relação do AS, adesão ao autocuidado e adesão medicamentosa com as características sociodemográficas, clínicas e de tratamento, de natureza nominal, não se observaram correlações estatisticamente significantes (Tabela 10).

Tabela 9 - Relação das variáveis sociodemográficas, clínicas e de tratamento com apoio social, adesão ao autocuidado e adesão ao tratamento medicamentoso na amostra estudada. Ribeirão Preto, SP, 2008

Variáveis	Apoio social	Adesão ao autocuidado	Adesão medicamentosa
	Valor da estatística[#](p-valor)	Valor da estatística[#] (p-valor)	Valor da estatística[#] (p-valor)
Idade (anos completos)	0,20 (0,01*)	0,04 (0,57)	0,01 (0,92)
Escolaridade (anos de estudo completos)	-0,24 (0,00*)	-0,18 (0,02*)	-0,03 (0,68)
Número de pessoas na residência	0,03 (0,68)	-0,01 (0,92)	-0,12 (0,14)
Renda <i>per capita</i> mensal	-0,00 (0,98)	0,01 (0,88)	0,06 (0,45)
Tempo de diagnóstico (anos)	-0,01 (0,91)	0,01 (0,94)	0,08 (0,32)
Tempo de uso de insulina (meses)	0,04 (0,62)	-0,03 (0,69)	0,04 (0,67)
Frequência diária de aplicação	0,01 (0,92)	0,08 (0,38)	0,18 (0,03*)
Tempo de uso de antidiabético oral (meses)	-0,07 (0,43)	0,10 (0,24)	-0,04 (0,69)
Frequência diária de tomada do antidiabético oral	0,03 (0,75)	0,10 (0,27)	0,27 (0,00*)

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

* Significância estatística (p<0,05)

Tabela 10 - Relação das características sociodemográficas, clínicas e relacionadas ao tratamento, de natureza nominal, com apoio social, adesão ao autocuidado e adesão ao tratamento medicamentoso na amostra estudada. Ribeirão Preto, SP, 2008

Variáveis	Apoio social			Adesão ao autocuidado			Adesão medicamentosa		
	Média (DP) ^c	valor da estatística [#]	p-valor	Média (DP) ^c	valor da estatística [#]	p-valor	Média (DP) ^c	valor da estatística [#]	p-valor
Sexo									
masculino	4,26 (0,57)			4,33 (1,29)			5,65 (0,39)		
feminino	4,40 (0,42)	1,26	0,21	4,35 (1,41)	0,06	0,95	5,66 (0,44)	1,06	0,29
Estado civil									
com companheiro	4,36 (0,50)			4,35 (1,40)			5,67 (0,42)		
sem companheiro	4,30 (0,47)	0,66	0,51	4,33 (1,19)	0,38	0,70	5,63 (0,42)	0,58	0,56
Ocupação									
Ativo	4,25 (0,58)			4,19 (1,34)			5,68 (0,49)		
Inativo	4,36 (0,46)	1,14	0,26	4,38 (1,34)	0,74	0,46	5,65 (0,40)	0,75	0,45
Tipo de tratamento medicamentoso									
insulina	4,33 (0,54)			4,06 (1,23)			5,73 (0,29)		
antidiabético	4,34 (0,46)			4,17 (0,96)			5,68 (0,39)		
associações	4,34 (0,49)	0,00	1,00	4,48 (1,43)	1,50	0,23	5,63 (0,46)	0,87	0,42
Complicações renais									
sim									
não	4,33 (0,51)			4,38 (1,34)			5,70 (0,34)		
	4,35 (0,47)	-0,35	0,72	4,31 (1,34)	-0,33	0,74	5,61 (0,49)	-0,81	0,42
Complicações oftálmicas									
Sim	4,37 (0,51)			4,29 (1,35)			5,72 (0,33)		
não	4,32 (0,47)	-0,75	0,45	4,38 (1,33)	-0,43	0,67	5,61 (0,47)	-1,67	0,09

continua...

Variáveis	Apoio social			Adesão ao autocuidado			Adesão medicamentosa		
	Média (DP) [°]	valor da estatística [#]	p-valor	Média (DP) [°]	valor da estatística [#]	p-valor	Média (DP) [°]	valor da estatística [#]	p-valor
Complicações neurológicas									
sim	4,36 (0,48)			4,40 (1,32)			5,70 (0,32) ⁴		
não	4,33 (0,49)	0,33	0,74	4,32 (1,35)	0,30	0,76	5,54 (0,45)	0,24	0,81
Doenças cardiovasculares									
sim	4,39 (0,47)			4,32 (1,42)			5,62 (0,49)		
não	4,29 (0,51)	1,30	0,19	4,36 (1,25)	-0,19	0,85	5,69 (0,33)	-0,54	0,59
Pé diabético									
sim	4,48 (0,35)			5,17 (1,50)			5,78 (0,23)		
não	4,33 (0,50)	-0,88	0,38	4,29 (1,32)	-1,92	0,06	5,65 (0,43)	-0,70	0,48
Hipertensão Arterial Sistêmica									
sim	4,32 (0,50)			4,34 (1,35)			5,65 (0,43)		
não	4,45 (0,41)	-1,03	0,30	4,35 (1,29)	-0,03	0,98	5,68 (0,34)	-0,19	0,85
Obesidade									
sim	4,27 (0,45)			4,13 (1,34)			5,61 (0,44)		
não	4,40 (0,52)	1,62	0,11	4,52 (1,32)	1,86	0,06	5,70 (0,40)	1,49	0,13
Dislipidemias									
sim	4,34 (0,50)			4,29 (1,37)			5,63 (0,45)		
não	4,33 (0,48)	0,20	0,84	4,47 (1,26)	-0,75	0,45	5,73 (0,31)	-1,38	0,17
Outras doenças									
sim	4,31 (0,49)			4,21 (1,32)			5,64 (0,40)		
não	4,38 (0,49)	0,78	0,44	4,54 (1,35)	1,55	0,12	5,68 (0,45)	1,09	0,28

conclusão...

[°] Desvio-padrão.[#] O valor da estatística corresponde aos testes t-Student, Mann-Whitney, ANOVA ou Kruskal-Wallis, conforme a classificação da amostra estudada.

5.6 Relação entre apoio social, adesão ao autocuidado e adesão ao tratamento medicamentoso

Para o estudo das relações entre as variáveis AS, adesão ao autocuidado e adesão ao tratamento medicamentoso, procedeu-se, primeiramente, à análise da variável dependente (adesão) sob a forma de variável quantitativa contínua e, posteriormente, qualitativa dicotômica.

As correlações foram diretas e estatisticamente significantes, porém de fraca magnitude, entre AS e adesão ao autocuidado, bem como entre AS e adesão medicamentosa (Tabela 11). No entanto, ao dicotomizar as variáveis relacionadas ao autocuidado e à adesão medicamentosa, observa-se correlação estatisticamente significativa apenas entre AS e adesão ao autocuidado (Tabela 12). Estes resultados podem ser atribuídos ao reduzido número de participantes na categoria “não adesão” referente à variável adesão medicamentosa.

Tabela 11 - Relação entre os escores de apoio social, adesão ao autocuidado e adesão ao tratamento medicamentoso na amostra estudada. Ribeirão Preto, SP, 2008

Escores das variáveis	Apoio Social	
	Valor da estatística [#]	p-valor
Adesão ao autocuidado	0,21	0,01*
Adesão ao tratamento medicamentoso	0,18	0,02*

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

* Significância estatística ($p < 0,05$)

Tabela 12 - Relação entre apoio social, adesão ao autocuidado e adesão ao tratamento medicamentoso na amostra estudada. Ribeirão Preto, SP, 2008

Variáveis	Escore de Apoio Social	Valor da Estatística [#]	p-valor
Adesão ao autocuidado			
sim	4,47	2,25	0,02*
não	4,28		
Adesão ao tratamento medicamentoso			
sim	4,33	1,24	0,22
não	4,56		

[#] O valor da estatística corresponde aos testes t-Student ou Mann-Whitney, conforme classificação da amostra estudada.

* Significância estatística ($p < 0,05$)

Destaca-se que a média de AS dos participantes em “adesão ao autocuidado” foi maior que a média daqueles em “não adesão ao autocuidado” ($p=0,02$), o que pode ser melhor visualizado na Figura 4.

FIGURA 4 - Distribuição dos escores de apoio social, segundo a adesão ao autocuidado

A relação entre a adesão ao tratamento medicamentoso e adesão ao autocuidado apresentou uma correlação direta para um valor de $p < 0,05$, porém de fraca magnitude, estando ambas as variáveis sob a forma de variável quantitativa contínua, ou quando a adesão ao autocuidado é analisada como variável qualitativa dicotômica (“adesão”/ “não adesão”) (Tabelas 13 e 14).

Tabela 13 - Relação entre os escores de adesão ao autocuidado e adesão ao tratamento medicamentoso na amostra estudada. Ribeirão Preto, SP, 2008

Escore das variáveis	Adesão ao tratamento medicamentoso	
	Valor da estatística [#]	p-valor
Adesão ao autocuidado	0,22	0,00*

[#] O valor da estatística corresponde ao coeficiente de correlação de Spearman, conforme classificação da amostra estudada.

* Significância estatística ($p < 0,05$)

Tabela 14 - Relação entre adesão ao autocuidado e adesão ao tratamento medicamentoso na amostra estudada. Ribeirão Preto, SP, 2008

Variáveis	Escore de Adesão ao tratamento medicamentoso	Valor da Estatística [#]	p-valor
Adesão ao autocuidado			
sim	5,77	2,19	0,03*
não	5,61		

[#] O valor da estatística corresponde ao teste Mann-Whitney, conforme classificação da amostra estudada.

* Significância estatística

Destaca-se que a média de adesão ao tratamento medicamentoso dos participantes em “adesão ao autocuidado” foi maior que a média daqueles em “não adesão ao autocuidado” ($p=0,03$), o que pode ser melhor visualizado na Figura 5.

FIGURA 5 - Distribuição dos escores de adesão ao tratamento medicamentoso, segundo a adesão ao autocuidado. Ribeirão Preto, SP, 2008.

5.7 Relação do AS, adesão ao autocuidado e adesão medicamentosa com o controle clínico/metabólico

O estudo das relações de AS, adesão ao autocuidado e adesão medicamentosa com o controle clínico/metabólico foi realizado analisando-se, primeiramente, todas as variáveis sob a forma de variável quantitativa contínua. A seguir, a variável desfecho (controle metabólico/clínico) foi analisada sob a forma de variável qualitativa dicotômica, em relação aos escores de AS, adesão ao autocuidado e adesão medicamentosa.

O controle clínico/metabólico não apresentou associações estatisticamente significantes com a percepção de AS. No entanto, verificaram-se

algumas relações marginalmente significantes entre essas variáveis quando analisadas sob a forma de variável contínua, ou seja, os valores de p se apresentaram bem próximos do limite estabelecido. Observam-se tais relações entre AS e as seguintes variáveis: pressão arterial sistólica ($p=0,07$); índice de massa corporal (IMC) ($p=0,06$); circunferência abdominal ($p=0,06$); colesterol total ($p=0,07$) e LDL colesterol ($p=0,07$) (Tabela 15).

Para um $p<0,05$, observou-se correlação inversa e estatisticamente significativa, porém de fraca magnitude, entre a adesão ao autocuidado e IMC, quando as variáveis foram analisadas sob a forma de variável quantitativa contínua, sugerindo que quanto maior a adesão ao autocuidado, menor o índice de massa corporal. No entanto, é interessante notar que tal correlação não é observada, ao categorizar o IMC em “normal”, “sobrepeso” e “obeso” (Tabelas 15 e 16), provavelmente devido ao reduzido número de participantes na categoria “normal” da variável IMC. Correlação marginalmente significativa foi observada entre adesão ao autocuidado e circunferência abdominal ($p=0,05$) (Tabela 15).

Destaca-se que a média da adesão ao tratamento medicamentoso dos participantes com pressão arterial diastólica normal foi maior que a média daqueles com pressão arterial diastólica alterada ($p=0,01$), o que pode ser melhor visualizado na Figura 6.

Tabela 15 - Relação dos escores de apoio social, adesão ao autocuidado e adesão medicamentosa com controle clínico/metabólico na amostra estudada. Ribeirão Preto, SP, 2008

Escores das variáveis	Apoio social		Adesão ao autocuidado		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 (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)

Tabela 16 - Relação de apoio social, adesão ao autocuidado e adesão medicamentosa com controle clínico/metabólico na amostra estudada. Ribeirão Preto, SP, 2008

	EAS [□]	valor da estatística [#]	p-valor	EAAC [£]	valor da estatística [#]	p-valor	EAM [¥]	valor da estatística [#]	p-valor
Pressão arterial sistólica (mmHg)									
normal	4,34			4,14			5,69		
alterada	4,34	0,01	0,99	4,39	0,86	0,39	5,65	-0,50	0,62
Pressão arterial diastólica (mmHg)									
normal	4,31			4,32			5,70		
alterada	4,38	0,84	0,40	4,39	0,33	0,74	5,58	-2,41	0,01*
Índice de massa corporal (kg/m²)									
normal	4,47			4,30			5,69		
sobrepeso	4,36			4,60			5,69		
obeso	4,30	0,96	0,38	4,18	1,72	0,18	5,63	0,47	0,62
Circunferência abdominal (cm)									
Homens									
Normal (≤ 102)	4,18			4,18			5,72		
Alterada (> 102)	4,30	-0,88	0,38	4,42	-0,68	0,50	5,62	1,03	0,31
Mulheres									
Normal (≤ 88)	4,52			4,64			5,86		
Alterada (> 88)	4,39	0,79	0,43	4,32	0,62	0,53	5,65	1,22	0,22

continua...

	EAS [□]	valor da estatística [#]	p-valor	EAAC [£]	valor da estatística [#]	p-valor	EAM [¥]	valor da estatística [#]	p-valor
Glicemia plasmática de jejum (mmHg)									
normal	4,29			4,49			5,63		
alterada	4,35	-0,53	0,60	4,30	0,74	0,46	5,66	-0,37	0,71
Hemoglobina glicada (%)									
normal	4,32			4,22			5,77		
alterada	4,34	0,21	0,83	4,36	0,16	0,87	5,65	-1,64	0,10
Colesterol total (mg/dl)									
normal	4,32			4,45			5,67		
alterada	4,37	0,55	0,59	4,04	-1,67	0,10	5,60	-0,49	0,62
HDL colesterol (mg/dl)									
normal	4,34			4,39			5,61		
alterada	4,33	0,03	0,98	4,33	0,25	0,80	5,67	0,80	0,42
LDL colesterol (mg/dl)									
normal	4,31			4,47			5,73		
alterada	4,40	1,23	0,22	4,19	-1,25	0,21	5,55	-1,62	0,10
Triglicérides (mg/dl)									
normal	4,35			4,51			5,68		
alterada	4,32	0,36	0,72	4,21	1,40	0,16	5,64	1,07	0,28

[□] Escore de apoio social

[£] Escore de adesão ao autocuidado

[¥] Escore de adesão ao tratamento medicamentoso

[#] O valor da estatística corresponde aos testes t-Student ou Mann-Whitney, conforme classificação da amostra estudada.

* Significância estatística (p < 0,05)

Figura 6 - Distribuição dos escores de adesão medicamentosa, segundo a classificação dos participantes quanto à pressão arterial diastólica. Ribeirão Preto, SP, 2008

6. *DISCUSSÃO*

A discussão dos dados obedecerá à mesma sequência de apresentação dos resultados, com a finalidade de subsidiar as análises mediante os objetivos propostos.

6.1 Caracterização da amostra em relação às variáveis sociodemográficas, aos hábitos de vida, às variáveis clínicas, ao controle metabólico (dados laboratoriais) e ao tratamento

A amostra populacional constituiu-se por adultos de baixa escolaridade e renda, vivendo com companheiro(a) e inativos(as) no mercado de trabalho. Destacam-se a baixa referência de tabagismo e o consumo de bebida alcoólica.

Os participantes deste estudo possuem um tempo longo de diabetes mellitus tipo 2, o que os predispõe para outras comorbidades. Entre as comorbidades presentes, destacam-se a hipertensão arterial sistêmica e as dislipidemias.

Ao considerar as variáveis que compõem os parâmetros para o controle clínico, a amostra caracterizou-se por alterações na pressão arterial sistólica, IMC (sobrepeso e obeso) e circunferência abdominal, especialmente entre as mulheres. Para o controle metabólico, os valores alterados que se destacaram foram: glicemia plasmática de jejum, hemoglobina glicada, HDL colesterol e triglicérides, indicando mau controle metabólico.

Em relação ao tratamento, a maioria faz uso de terapia combinada de insulina com antidiabéticos orais, com tempo médio de uso referido de sete anos, o que sugere uma possível discrepância com o tempo de diagnóstico referido.

Finalmente, salienta-se que a maioria refere não participar de orientações em grupo, no entanto, apresenta alta frequência de comparecimento aos retornos médicos.

Esses resultados, de modo geral, assemelham-se aos de outras pesquisas realizadas no local de estudo, bem como em outras instituições de saúde do município de Ribeirão Preto (GUIMARÃES, 2001; CAZARINI et al., 2002; OTERO, 2005; PACE et al., 2006; OCHOA-VIGO et al., 2006; FARIA, 2008), podendo caracterizar o perfil das pessoas que procuram por atendimento médico da cidade e

região.

6.2 Rede e apoio social percebidos

A *rede social* compreende a rede de relacionamentos e elos sociais (KAPLAN; HARTWELL, 1987; van DAM et al., 2005) e pode ser mensurada pelo número de fontes de apoio social ou de indivíduos ao redor de uma pessoa (FLAHERTY; GAVIRIA; PATHAK, 1983; van DAM et al., 2005). Entretanto, a *rede de apoio social* é definida como aquele subconjunto de indivíduos, na totalidade da rede social de uma pessoa, no qual ela possa contar com auxílio socioemocional ou auxílio instrumental, ou ainda, ambos (THOITS, 1982; FLAHERTY; GAVIRIA; PATHAK, 1983).

O apoio social (AS), por sua vez, se refere às funções desempenhadas por grupos ou pessoas significativas (familiares, amigos ou vizinhos) em prol do indivíduo, nas mais variadas circunstâncias da vida. É um processo complexo e dinâmico que envolve as pessoas e suas redes sociais, com o intuito de satisfazer as suas necessidades, prover e complementar os recursos que possuem e, desta forma, as pessoas se tornam capazes de enfrentar novas situações (MARTINS, 2005).

Considerando esses três componentes das interações sociais, observou-se, no presente estudo, que dos 161 participantes que responderam ao “Inventário da Rede de Suporte Social” (IRSS), 61,5% mantinham uma rede social composta por seis pessoas ou mais, dentro de um intervalo possível de um a dez, limitado pelo instrumento IRSS. Quanto à rede de apoio social, esta foi constituída de quatro a cinco pessoas para a maioria dos participantes (82,6%), semelhante a um estudo que investigou o papel do apoio social no autocuidado de adultos de origem hispânica com DM2 (GLEESON-KREIG; BERNAL; WOOLLEY, 2002).

Os familiares representaram a principal fonte de apoio, corroborando com outros estudos de avaliação do apoio social de adultos com doenças crônicas, sendo um estudo realizado em uma amostra populacional de brasileiros com doenças cardíacas (MORAES; DANTAS, 2007), e o outro, realizado entre mulheres brasileiras com câncer de mama (LIMA; NORMAN; LIMA, 2005), mostrando um

comportamento de proximidade e apoio mútuo entre os membros das famílias brasileiras.

A família é, primordialmente, o apoio social do indivíduo, cabendo-lhe facilitar a satisfação de suas necessidades (RODRIGUES; SOBRINHO; SILVA, 2000). Constitui-se como o principal recurso de promoção da saúde, exercendo uma função protetora frente às adversidades cotidianas (BERNAL, 2003). Para as pessoas com DM, em especial, o apoio familiar é indispensável para que a pessoa enfrente os desafios impostos pela doença e seu tratamento (ARÁUZ et al., 2001; NUNES, 2005).

Verificou-se que os profissionais de saúde constituíram a segunda maior fonte de apoio referida pelos participantes, semelhante ao resultado encontrado no estudo de Glesson-Kreig, Bernal e Woolley (2002). Nessa perspectiva, enfatiza-se o papel do enfermeiro como o principal elo entre a equipe de saúde e as redes de apoio social, por estabelecer uma relação de proximidade com as pessoas e suas famílias e encontrar-se numa posição privilegiada para promover recursos de apoio disponíveis às pessoas, por meio de intervenções tanto na própria rede social quanto na equipe de saúde (HUTCHISON, 1999).

Referente ao AS, a média total obtida na amostra estudada foi de 4,34 (DP=0,49), mostrando uma elevada percepção de apoio social dos participantes, em uma escala pontuada de 1 a 5, onde escores mais altos indicam maior apoio. Embora Moraes e Dantas (2007) tenham utilizado outro instrumento para avaliar apoio social, porém com a mesma possibilidade de intervalo (1 a 5), as autoras encontraram uma média de AS de 4,2, muito próxima à média obtida no presente estudo, indicando também uma excelente percepção de apoio em outra amostra populacional brasileira.

A *percepção* de AS é uma avaliação cognitiva do indivíduo, na qual ele se vê seguramente conectado a outras pessoas (BARRERA, 1986) e se sente amado e estimado pelos outros (WETHINGTON; KESSLER, 1986). O apoio social percebido se refere ao impacto que a rede social tem sobre o indivíduo, ou seja, é a extensão na qual a pessoa acredita que suas necessidades de apoio, informação e aprovação são satisfeitas (PROCIDANO; HELLER, 1983).

Por resultar de uma variedade de fontes, como, por exemplo, cônjuges, familiares ou amigos, a importância do AS consiste na percepção das pessoas de que o apoio está *disponível*, sem isto realmente ser o caso (CALLAGHAN;

MORRISSEY, 1993). Tal fato poderia explicar outro resultado obtido no presente estudo, referente aos aspectos específicos do AS: disponibilidade, reciprocidade, apoio prático, apoio emocional e apoio relacionado à doença (FLAHERTY; GAVIRIA; PATHAK, 1983), no qual o domínio 'disponibilidade' foi o que mais explicou a variância (58%) do instrumento utilizado (GOMES-VILLAS BOAS et al., 2009)⁶.

A presença de uma doença crônica como o DM pode ser uma experiência difícil, visto que seu diagnóstico frequentemente vem acompanhado de considerável estresse e medo relacionados à natureza incurável da doença, bem como à ameaça de suas complicações (DUNNING; PETRIE, 1994).

Estudos postulam que o AS exerce um efeito “tampão” sobre o sistema imunológico, reduzindo os efeitos deletérios do estresse e aumentando a capacidade de as pessoas enfrentarem situações difíceis (KESSLER; PRICE; WORTMAN, 1985; CALLAGHAN; MORRISSEY, 1993; VALLA, 1999; ANDRADE; VAITSMAN, 2002; CORNMAM et al., 2002; STEPHANIE ROBERT, 2002; COSTA; LUDERMIR, 2005; RABELO; NÉRI, 2005). Sugere-se que tal mecanismo se desenvolva por meio de ações de apoio provenientes de outras pessoas, bem como pela crença de que o apoio está *disponível*. Desta forma, a percepção da disponibilidade de apoio pode levar a pessoa a avaliar situações potencialmente ameaçadoras como circunstâncias pouco estressantes (LAKEY; COHEN, 2000).

Há evidências de que a percepção do apoio social seja influenciada por fatores culturais (DRESSLER et al., 1986; PROCIDANO; SMITH, 1997). Portanto, é possível que a elevada percepção de AS, em amostras brasileiras, seja atribuída à maneira como se dão as relações sociais em nosso país. Para Holanda (2006), os valores culturais herdados dos povos ibéricos, bem como a miscigenação de raças, deram origem a uma sociedade híbrida, cujas relações sociais são pautadas na afetuosidade, no paternalismo e na valorização da família.

6.3 Adesão ao autocuidado:

O tratamento do DM visa à manutenção do controle metabólico e

⁶ Gomes-Villas Boas, L. C; Lima, E.; Flaherty, J. A.; Pace, A. E. *Revalidation of the Social Support Network Inventory in people with diabetes mellitus*. Manuscrito a ser encaminhado para publicação em 2009.

compreende, basicamente, a terapia não medicamentosa (autocuidado) e medicamentosa, sendo a primeira relacionada às mudanças de estilo de vida, em particular, à alimentação e à atividade física (LERMAN, 2005).

A terapia nutricional, baseada na orientação e no estabelecimento de um plano alimentar individualizado, associada à prática de exercício físico são consideradas terapias de primeira escolha para o controle do DM (SBD, 2007), e seus benefícios têm sido evidenciados na literatura (UKPDS, 1990; FRANZ et al., 1995; BOULÉ et al., 2001; BOULÉ et al., 2003). No entanto, a adesão a esses componentes do tratamento é, de modo geral, insatisfatória para o adequado manejo da doença (HERNÁNDEZ-RONQUILLO et al., 2003; Ó; LOUREIRO, 2007), constituindo-se em um desafio para os profissionais de saúde.

No presente estudo, os resultados obtidos em relação à adesão ao autocuidado condizem com a literatura. A média total da variável foi de 4,34 (DP=1,34), mostrando baixa adesão às recomendações de dieta e exercício físico, em uma escala pontuada de 0 a 8, onde os escores maiores ou iguais a cinco indicam adesão. O estudo de Torres (2004), em que um dos objetivos foi avaliar o efeito de um programa educativo na adesão ao autocuidado (dieta e atividade física) de 129 adultos brasileiros com DM2, encontrou uma média de 4,42 (DP=1,49) para o grupo experimental, e de 4,32 (DP=1,56) para o grupo controle, ambas no T₀ (pré-intervenção), indicando baixa adesão a esses aspectos do tratamento.

Observou-se, também, que dos 162 participantes, 112 (69,1%) foram considerados em não adesão ao autocuidado, quando a variável foi analisada sob a forma qualitativa dicotômica. Outros estudos também encontraram uma não adesão ou baixa adesão ao autocuidado entre pessoas com DM, embora tenham utilizado outros instrumentos para avaliar esta variável (JORGENSEN; POLLVKA; LENNIE, 2002; ASSUNÇÃO; SANTOS; COSTA, 2002; HERNÁNDEZ-RONQUILLO et al., 2003; HANKÓ et al., 2007; Ó; LOUREIRO, 2007; TAN et al., 2008).

Dalewitz, Khan e Hershey (2000) investigaram as barreiras para o bom controle glicêmico de adultos norte-americanos com DM, por meio de entrevista estruturada com 77 participantes. Não houve referência de dificuldade para o uso de insulina; no entanto, 41,6% referiram dificuldade em relação ao seguimento de dieta.

As mudanças de estilo de vida representam uma grande dificuldade para as pessoas (KOELEWIJN-VAN LOON et al., 2008), especialmente quando se trata de seguir uma dieta e praticar exercícios físicos (GOLIN; DIMATTEO; GELBERG,

1996). Em particular, as pessoas com DM devem, diariamente, tomar decisões para controlar sua doença, e estas decisões têm um maior impacto sobre seu bem-estar do que aquelas tomadas pelos profissionais de saúde (FUNNELL; ANDERSON, 2004). Dessa forma, os tratamentos que requerem decisões ou julgamentos por parte da pessoa estão mais fortemente associados à não adesão (DAVIS, 1968; MATTEWS; HINGSON, 1977; ANDERSON; KIRK, 1982).

Salienta-se que, apesar do instrumento utilizado no presente estudo não permitir a análise distinta entre a dieta e o exercício físico, observaram-se maiores valores na distribuição dos escores dos itens referentes à dieta, em relação aos do exercício físico (dados não mostrados), sugerindo que o exercício físico possa ter uma maior contribuição com a baixa adesão ao autocuidado no grupo estudado.

Ao investigar os hábitos de vida, 55,5% dos participantes referiram prática de atividade física, sendo 37% regularmente e 18,5%, de forma esporádica. Em relação ao seguimento da dieta recomendada (dados não apresentados), 114 (70,4%) referiram que sim, 36 (22,2%), às vezes e 12 (7,4%) não a seguem. Apesar de não ter sido realizada análise da associação entre estes resultados com o QAAD, principalmente porque este instrumento não permite a avaliação distinta entre as variáveis que o compõem, pode-se observar uma possível coerência entre os mesmos, ou seja, uma tendência de maior adesão à dieta e menor para a atividade física.

Sugere-se que outros estudos devam ser desenvolvidos, a fim de elucidar as barreiras percebidas pelas pessoas com DM para a prática de exercícios físicos e, de fato, se eles seguem a dieta recomendada, uma vez que os resultados mostram um pobre controle do DM.

Além disso, ressalta-se que a escassez de estudos avaliando simultaneamente dieta e exercício físico, por meio de um mesmo instrumento, dificultou a comparação desses resultados com outros estudos.

6.4 Adesão ao Tratamento Medicamentoso

No DM2, geralmente, existe a associação de comorbidades como a hipertensão arterial e a obesidade, tornando seu tratamento e controle ainda mais

complexos. Baixa adesão ao tratamento no DM resulta em sofrimento desnecessário à pessoa e custos excessivos ao sistema de saúde (WHO, 2003; CAVINATTO, 2003).

Estudos apontam baixa adesão para a maioria dos regimes terapêuticos específicos de doenças crônicas, cujas estimativas chegam a 50% ou mais (SACKETT; SNOW, 1979; TURK; SPEERS, 1983; ERACKER; KIRSCHT; BECKER, 1984; FOX, 1998; SIEBER; KAPLAN, 2000).

Na literatura referente à adesão ao tratamento medicamentoso, a porcentagem de pessoas em falência para tomar os medicamentos, conforme a prescrição médica, com poucas exceções, varia de 20% a 82% (STEWART; CLUFF, 1972). Estudos brasileiros de revisão da adesão medicamentosa em doenças crônicas, tais como transtorno bipolar (SANTIN; CERESÉR; ROSA, 2005) e esquizofrenia (ROSA; ÉLKIS, 2007), revelam um percentual de não adesão de 47% a 60%.

No entanto, estudos transversais realizados junto a adultos brasileiros com hipertensão arterial (SANTOS et al., 2005), infarto agudo do miocárdio (SILVA; RUIZ, 2006) e HIV/AIDS (LIGNANI JR.; GRECO; CARNEIRO, 2001; CARVALHO et al., 2003), mesmo com a utilização de diferentes instrumentos, encontraram um alto percentual de participantes com adesão: 72%, 90,5%, 74% e 76%, respectivamente.

Em relação ao DM, estudo de revisão sistemática (CRAMER, 2004) e estudos transversais e longitudinais, utilizando diversos instrumentos de avaliação indireta da adesão, tais como *self-report*, contagem de comprimidos e monitoramento eletrônico da abertura de embalagens, mostram um percentual entre 46% e 100% de pessoas em adesão (DURÁN-VARELA et al., 2001; WINKLER et al., 2002; GUILLAUSSÉAU, 2003; HERNÁNDEZ-ROQUILLO et al., 2003; PLADEVALL et al., 2004; RHEE et al., 2005; GRANT et al., 2007; Ó; LOUREIRO, 2007; ÁLVAREZ-GUISASOLA et al., 2008; ROZENFELD et al., 2008).

Na amostra estudada, a média obtida para a adesão ao tratamento medicamentoso foi de 5,66 (DP=0,42), em uma escala pontuada de 1 a 6, na qual escores mais altos indicam maior adesão. Dos 162 participantes, 155 (95,7%) foram considerados em “adesão” e como a média está próxima do valor máximo possível, pode-se dizer que a amostra estudada possui uma alta adesão medicamentosa.

Hill-Briggs et al. (2005) avaliaram a adesão medicamentosa de adultos afro-americanos com DM2, por meio de instrumento semelhante ao do presente

estudo, e encontraram 74,4% de participantes em adesão.

Entre os estudos brasileiros que utilizaram métodos similares, destacam-se o estudo de Faria (2008), em que um dos objetivos foi avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso de adultos com DM tipo 1 e 2 que obteve 78,3% de participantes com adesão, e o de Dewulf et al. (2006) que investigou a adesão ao tratamento medicamentoso entre adultos com doenças gastrintestinais crônicas, o qual mostrou baixa adesão em 58,2% dos participantes.

A presença da baixa adesão ao autocuidado concomitante a uma alta adesão ao regime medicamentoso na amostra estudada condiz com a literatura no que se refere a ser mais fácil tomar alguns comprimidos todos os dias do que mudar o estilo de vida (ANDERSON; KIRK, 1982). Destaca-se, ainda, no presente estudo que 104 (64,2%) administram insulina, fato este considerado dificultador para a adesão ao tratamento (CRAMER, 2004).

Salienta-se que a ausência de uma definição consensual de adesão, a variedade de métodos de avaliação e a escassez de estudos, utilizando o mesmo instrumento, especialmente em amostras brasileiras de pessoas com DM, dificultaram a ampliação da discussão dos dados do presente estudo.

6.5 Relação das variáveis sociodemográficas, clínicas e de tratamento com o apoio social, adesão ao autocuidado e adesão medicamentosa

Estudos têm investigado possíveis relações do apoio social (AS) com sexo (CANTY-MITCHELL, 2000; GALLANT, 2003; HELGESON, 2003; GÖZ et al., 2007), idade, estado civil e escolaridade (GÖZ et al., 2007) de pessoas com DM. De modo similar, outros estudos têm analisado as relações destas mesmas características sociodemográficas e variáveis clínicas com a adesão no DM (DURÁN-VARELLA et al., 2001; HERNÁNDEZ-ROQUILLO et al., 2003; SILVA; PAIS-RIBEIRO; CARDOSO, 2006; DONNELLY et al., 2007).

Na análise das características sociodemográficas com o AS, observaram-se, no presente estudo, correlações fracas, porém estatisticamente significantes entre AS e idade, e entre AS e escolaridade, sendo esta última uma correlação

inversa, assemelhando-se a outros estudos de avaliação do apoio social (MORAES; DANTAS, 2007; ALLEN; CIAMBRONE; WELCH, 2000; REZENDE; MENDES; SANTOS, 2007) que encontraram, nas pessoas de maior faixa etária, uma maior percepção da disponibilidade ou satisfação com o apoio, quando comparadas às pessoas mais jovens. Para Allen, Ciambrone e Welch (2000), as pessoas de maior faixa etária, quando acometidas por uma doença crônica, tendem a ter mais contatos com a família ou com os amigos do que os adultos jovens.

No entanto, em estudo de revisão bibliográfica (RAMOS, 2002), foi mostrado que a produtividade e a capacidade de retribuir são práticas muito valorizadas nas sociedades ocidentais, podendo desencadear no idoso uma situação de tensão emocional, à medida que ele se percebe numa relação de troca não balanceada, permeada pela possível incapacidade de retribuição. Essa condição pode gerar sentimentos de baixa autoestima e de perda de controle sobre o ambiente, na qual o idoso se vê como um fardo para a família (RAMOS, 2002). Assim, o idoso pode não perceber ou subestimar o apoio que lhe é fornecido (RAMOS, 2002; VINOKUR; SCHUL; CAPLAN, 1987).

Referente à correlação entre AS e escolaridade, os resultados do presente estudo indicam que quanto menor a escolaridade, maior a percepção de apoio. A literatura, porém, tem evidenciado resultados controversos a respeito da relação dos vínculos sociais e/ou apoio social com escolaridade e outros indicadores socioeconômicos. Se de um lado, pessoas com baixo nível educacional tendem a ter menor interação social e, conseqüentemente, menor percepção de apoio (RAMOS, 2002; WEYERS et al., 2008), por outro lado, elas podem desenvolver padrões mais coesos de apoio social ou de redes, como forma de ajustamento às adversidades (HOUSE; UMBERSON; LANDIS, 1988).

É possível, também, as pessoas com maior escolaridade não terem tantas oportunidades de interação social, devido aos compromissos de trabalho e às obrigações inerentes à função de provedores, o que favorece as ausências frequentes de casa, dificultando o desenvolvimento de relações estáveis (WEYERS et al., 2008).

Ao contrário do presente estudo, Göz et al. (2007), com o objetivo de avaliar a relação entre AS e qualidade de vida de adultos de origem turca com DM2, encontraram correlação direta entre AS e escolaridade, embora tenham utilizado outros instrumentos.

Quanto às variáveis sexo, estado civil e ocupação, não se observaram correlações estatisticamente significantes com o AS, assemelhando-se ao estudo de Moraes e Dantas (2007), mesmo com a utilização de um instrumento diferente para avaliar o AS.

Apesar de não ter sido identificada correlação estatisticamente significativa entre AS e sexo no grupo estudado, estudos de revisão indicam que as mulheres tendem a perceber menos AS do que os homens, pelo fato de serem provedoras mais eficazes de apoio, pois, culturalmente, cabem a elas os afazeres domésticos e a responsabilidade pelo cuidado primário dos filhos e dos pais na velhice, acarretando, por sua vez, maiores custos psicológicos como consequência do envolvimento social (KESSLER; PRICE; WORTMAN, 1985; HOUSE; UMBERSON; LANDIS, 1988).

Em estudo que avaliou o AS como um mediador do estado de humor entre pessoas com incapacidades, não foram encontradas evidências de que as pessoas casadas tenham maior disponibilidade de apoio do que aquelas que vivem só; ao contrário, se o relacionamento conjugal estiver em crise, é provável que a sua existência seja mais prejudicial à saúde da pessoa, do que a sua ausência (ALLEN; CIAMBRONE; WELCH, 2000).

Na análise das variáveis clínicas e de tratamento com AS, não foram observadas correlações estatisticamente significantes, resultados estes similares aos do estudo de Toljamo e Hentinen (2001) que objetivou analisar a relação entre apoio social, adesão ao tratamento e controle metabólico de adultos finlandeses com DM. Embora tenham utilizado outro instrumento para a avaliação do apoio social, as autoras também não identificaram relação entre AS e tempo de diagnóstico, bem como entre AS e complicações do DM.

No que se refere à relação das características sociodemográficas com a adesão ao autocuidado, verificou-se correlação estatisticamente significativa somente com a escolaridade, sendo esta uma correlação inversa, sugerindo que quanto menor a escolaridade, maior a adesão ao autocuidado com DM.

Estudos realizados para avaliar adesão ao tratamento não medicamento em adultos brasileiros com DM, utilizando outros tipos de instrumentos, tiveram resultados divergentes. O estudo de Assunção e Ursine (2008) investigou a associação de fatores sociodemográficos, clínicos e apoio social com adesão ao tratamento não farmacológico, e o de Assunção, Santos e Costa (2002) avaliou o

processo de atenção médica no que se refere à adequação do tratamento. Ambos encontraram que uma maior escolaridade e renda parecem predizer maior adesão à dieta e ao exercício físico, enquanto o avançar da idade parece predizer menor adesão a estas variáveis. Para esses últimos autores, as pessoas de maior faixa etária ou com menor escolaridade poderiam apresentar dificuldades para compreender as recomendações terapêuticas propostas, justificando uma menor adesão a esses componentes do tratamento.

Como discutido anteriormente, apesar de o instrumento utilizado no presente estudo não permitir a análise distinta entre a dieta e o exercício físico, é possível que o exercício físico possa ter uma maior contribuição com a baixa adesão observada no presente estudo, especialmente ao analisar os resultados de sua associação com a escolaridade.

Em estudos de adesão ao exercício físico, a alta escolaridade foi associada com um maior número de compromissos de trabalho (WEYERS et al., 2008), com a falta de tempo para a prática de exercícios (LIMA-COSTA et al. 2004) e com a falta de tempo para a atividade física de lazer (SÁVIO et al., 2008). Para estes últimos autores, as pessoas com alta escolaridade realizam atividades ocupacionais que demandam um menor esforço físico e se locomovem em meios de transporte requerendo pouco gasto energético. Em contrapartida, “o trabalho pesado é mais prevalente entre as pessoas com 40 anos ou mais, com menor escolaridade e menor renda familiar” (SÁVIO et al., 2008, p. 461).

Ao contrário do estudo de Assunção e Ursine (2008), não foi observada correlação estatisticamente significativa entre adesão ao autocuidado e renda.

Para as variáveis sexo, estado civil e ocupação também não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre os grupos com relação à adesão ao autocuidado. Esses resultados condizem com os dos estudos de Hernández-Ronquillo et al. (2003), e de Silva, Pais-Ribeiro e Cardoso (2006), ao investigarem adesão ao autocuidado e ao tratamento medicamentoso em adultos mexicanos e portugueses, respectivamente, com DM.

Referente às variáveis clínicas e de tratamento, não foram observadas correlações estatisticamente significantes entre estas variáveis e a adesão ao autocuidado, divergindo do estudo de Silva, Pais-Ribeiro e Cardoso (2006) que encontrou correlação estatisticamente significativa entre a presença de complicações do DM e a adesão às recomendações de dieta, bem como entre esta última e tempo

de diagnóstico.

Na análise da adesão ao tratamento medicamentoso, não se observaram correlações estatisticamente significantes com as variáveis sociodemográficas, corroborando com os estudos de Faria (2008) e Kurita e Pimenta (2003), sendo objetivo deste último analisar a relação das características demográficas, terapêuticas e psicossociais com a adesão medicamentosa de adultos brasileiros com dor crônica não oncológica.

Quanto às variáveis clínicas, não foram observadas correlações entre adesão medicamentosa e tempo de diagnóstico no presente estudo, para um valor de $p < 0,05$, diferentemente da investigação de Donnelly et al. (2007), em que um dos objetivos foi analisar a relação da adesão medicamentosa com controle glicêmico de adultos escoceses com DM2. Esse resultado também diverge do estudo de Uitewaal, Hoes e Thomas (2005) que avaliou os efeitos de uma intervenção educativa na adesão ao tratamento de imigrantes turcos com DM2, no qual foi identificado que os participantes com mais de cinco anos de diagnóstico apresentavam menor adesão.

Também não foram observadas correlações estatisticamente significantes entre adesão e presença de complicações crônicas do DM no grupo estudado, divergindo dos achados de Silva, Pais-Ribeiro e Cardoso (2006).

No que se refere às variáveis de tratamento, não se observaram correlações entre adesão e os tipos de tratamento medicamentoso (somente insulina, somente antidiabético oral e associações), para um valor de $p < 0,05$. Esse resultado é discrepante de um estudo de revisão sistemática sobre adesão medicamentosa no DM (CRAMER, 2004) que encontrou um menor percentual de adesão entre pessoas em insulino terapia do que aquelas em uso de antidiabéticos orais (73%; 86% respectivamente).

Ó e Loureiro (2007) também encontraram menor percentual de adesão ao uso de insulina (54,7% para DM1 e 36,1% para DM2) do que ao uso de antidiabéticos orais (84,1%, somente para DM2), ou à terapia combinada (32,5% para DM1 e 45,9% para DM2), ao avaliarem a adesão medicamentosa de adultos portugueses com DM. No entanto, as autoras não mencionam se as diferenças foram estatisticamente significantes.

Verificaram-se correlações diretas e estatisticamente significantes, porém de fraca magnitude, entre adesão e frequência diária de aplicação de insulina, bem

como entre adesão e frequência diária de tomada do antidiabético oral. Esses resultados parecem indicar que quanto maior a frequência das doses, maior a adesão, divergindo da literatura.

Ao contrário da presente investigação, estudos relacionados à adesão terapêutica em doenças crônicas têm mostrado uma correlação negativa entre a complexidade do regime medicamentoso e a adesão das pessoas, ou seja, à medida que o número de medicamentos e/ou de doses aumenta, a adesão diminui (ANDERSON; KIRK, 1982; CULOS-REED et al., 2000; MARTIN et al., 2000; GUILLEAUSSEAU, 2003; RUBIN, 2005; ODEGARD; CAPOCCIA, 2007). Para Anderson e Kirk (1982) e Rubin (2005), a frequência das doses parece ser um fator ainda mais importante para a não adesão do que a quantidade de diferentes fármacos a serem tomados diariamente.

Paes, Bakker e Soe-Agnie (1997), com o objetivo de avaliar a relação entre a frequência de dosagem de antidiabéticos orais e a adesão medicamentosa de adultos holandeses com DM, encontraram correlação inversa e estatisticamente significativa ($p < 0,01$) entre adesão e o número de doses. Outros estudos com objetivos semelhantes também verificaram correlações inversas entre adesão e a frequência de doses medicamentosas em adultos franceses (GUILLAUSSEAU, 2003) e escoceses (DONNELLY et al., 2007), ambos realizados entre pessoas com DM.

Contudo, estudo de revisão sistemática sobre a adesão medicamentosa no DM aponta que apesar de uma única dosagem diária favorecer a adesão, o risco de superdosagem torna-se maior devido ao esquecimento (ODEGARD; CAPOCCIA, 2007). Para Ellis et al. (2000), Clark (2004), e Moosa, Jeenah e Kazadi (2007), a superdosagem é considerada um tipo de não adesão.

6.6 Relação entre apoio social, adesão ao autocuidado e adesão medicamentosa:

Estudos de revisão sobre os fatores que influenciam a adesão ao regime terapêutico no DM apontam para a existência de uma relação direta entre adesão e AS (MORRIS, 2003; LERMAN, 2005).

Ao analisar as relações entre AS e adesão ao autocuidado e ao tratamento medicamentoso, verificaram-se correlações diretas e estatisticamente significantes, porém de fraca intensidade, entre AS e as variáveis de adesão. Esses achados são similares aos estudos de Wilson et al. (1986), Wang e Fenske (1996), Garay-Sevilla et al. (1995) e Toljamo e Hentinen (2001), ambos com objetivo de analisar a relação entre AS, adesão medicamentosa, adesão ao autocuidado e controle metabólico de adultos norte-americanos, mexicanos e finlandeses, respectivamente, com DM. Embora tenham utilizado outros instrumentos para avaliar as variáveis de interesse, os autores também identificaram correlações estatisticamente significantes entre AS, adesão ao autocuidado e adesão medicamentosa.

A relação entre adesão ao tratamento e AS também tem sido objeto de investigação de estudos relacionados a outras doenças crônicas. Faé et al. (2006), com o objetivo de identificar os fatores facilitadores e dificultadores para o tratamento da hipertensão arterial sistêmica em adultos brasileiros, verificaram que os participantes que apresentavam adesão ao tratamento percebiam um maior AS, especialmente de familiares e de amigos, e apresentavam uma melhor adaptação aos problemas do cotidiano, quando comparados aos participantes em não adesão.

Amberbir et al. (2008) investigaram a adesão à terapêutica antirretroviral e as variáveis preditoras de adesão em adultos africanos portadores de HIV e encontraram que o AS se constituiu um importante preditor da adesão.

O documento publicado pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2004) aponta a ausência de redes de apoio social como um dos fatores dificultadores da adesão ao regime terapêutico.

Estudo de meta-análise sobre as variáveis que interferem na adesão medicamentosa do DM mostra que baixo apoio social tem relação direta e estatisticamente significativa ($p < 0,01$) com baixa adesão ao tratamento medicamentoso (NAGASAWA et al., 1990).

Para Lerman (2005), o apoio social, em particular, o da família, representa um valioso recurso emocional e prático para a pessoa com DM, exercendo papel fundamental na adesão ao regime terapêutico e no manejo da doença. Contudo, ainda não está totalmente elucidado o mecanismo pelo qual o apoio social influencia a adesão ao tratamento (CULOS-REED et al., 2000).

Concorda-se com as autoras Toljamo e Hentinen (2001), ao relatarem que

embora AS e adesão ao tratamento tenham sido amplamente estudados, pouca atenção ainda é dirigida à relação entre adesão ao tratamento e apoio social percebido, bem como à necessidade desse apoio entre pessoas com DM. Observa-se, na literatura, escassez de estudos nacionais envolvendo pessoas com DM que tenham como foco de investigação a relação entre AS e adesão.

Ao analisar a relação entre adesão ao tratamento medicamentoso com a adesão ao autocuidado, observou-se correlação direta e estatisticamente significativa, porém de fraca magnitude, entre as variáveis. Esse resultado difere do que tem sido apontado por Johnson (1992) e McNabb (1997) de que os comportamentos de adesão, no DM, podem não estar relacionados entre si.

Em revisão da literatura, porém, não se identificaram estudos que reportassem a uma investigação das relações entre as variáveis de adesão medicamentosa e não medicamentosa entre as pessoas com DM.

6.7 Relação do apoio social, adesão ao autocuidado e adesão medicamentosa com o controle clínico/metabólico:

No estudo da relação entre AS e controle clínico/metabólico, não foram observadas correlações estatisticamente significantes. Tal resultado corrobora com os estudos de Wilson et al. (1986) e Westaway et al. (2005). Este último estudo investigou os efeitos do apoio social na saúde, no bem-estar e no controle metabólico de adultos africanos com DM2.

Salienta-se, no entanto, que correlações marginalmente significantes foram observadas entre AS e as seguintes variáveis: pressão arterial sistólica ($p=0,07$); índice de massa corporal (IMC) ($p=0,06$); circunferência abdominal ($p=0,06$); colesterol total ($p=0,07$) e LDL colesterol ($p=0,07$). Isso pode ser atribuído ao desenho do estudo, merecendo, portanto, o desenvolvimento de estudos com diferentes delineamentos para ampliar esta análise. O estudo de Westaway et al. (2005) mostrou que o AS é um 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.

Quanto à adesão ao autocuidado, verificou-se no presente estudo,

correlação inversa e estatisticamente significativa, porém de fraca magnitude, entre esta variável e o índice de massa corporal (IMC), indicando que quanto maior a adesão às recomendações de dieta e exercício físico, menor o IMC. Esse resultado é similar ao do estudo de Duff et al. (2006) que investigou a relação de adesão às práticas de autocuidado, incluindo medicações, com o controle do DM em adultos jamaicanos.

Em relação à adesão medicamentosa, foi observada correlação inversa e estatisticamente significativa, porém de fraca magnitude, entre esta variável e valores médios de pressão arterial diastólica, sugerindo que, quanto maior a adesão, menor a medida da pressão. Grant et al. (2003), 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 identificaram menor medida de pressão arterial diastólica entre os participantes com maior adesão medicamentosa no DM, embora tenha utilizado outro instrumento para avaliar a adesão.

Destaca-se que para o controle glicêmico, analisado por meio dos valores de hemoglobina glicada, não foram observadas correlações estatisticamente significantes com o AS, assemelhando-se ao estudo de Wilson et al. (1986). Também não foram observadas correlações entre controle glicêmico e as variáveis de adesão, condizendo com os estudos de Glasgow, McCaul e Schafer (1987), e de Uitewaal, Hoes e Thomas (2005), porém, divergindo do estudo de Toljamo e Hentinen (2001) que encontrou correlação entre estas variáveis.

Em síntese, ao analisar as relações entre o AS, adesão ao autocuidado e medicamentosa, 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 (GARAY-SEVILLA et al., 1995; WANG; FENSKE, 1996; TOLJAMO; HENTINEN, 2001), mas divergem desses mesmos estudos quanto às relações entre AS e controle glicêmico, bem como entre as variáveis de adesão e controle glicêmico. Salienta-se que esses estudos utilizaram outros instrumentos para avaliar as variáveis de interesse.

Em contrapartida, a ausência de associação entre as variáveis de adesão e controle glicêmico, no grupo estudado, corrobora com os estudos de Uitewaal, Hoes e Thomas (2005), Grant et al. (2003), e de Glasgow, McCaul e Schafer (1987), sendo o objetivo deste último investigar a relação entre adesão medicamentosa e

não medicamentosa, e controle glicêmico de jovens e adultos norte-americanos com DM.

Johnson (1992) enfatiza que, apesar de um 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. Dessa forma, é necessário avaliar a adesão e o controle metabólico tanto concomitantemente, quanto de forma independente.

Outro aspecto a ser considerado é que fatores socioeconômicos, culturais e ocupacionais podem influenciar tanto o controle metabólico quanto a adesão em si. Para Glasgow, McCaul e Schafer (1987), a adesão ao tratamento não leva, necessariamente, a um melhor estado metabólico. 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 uma medida da adesão tem valor limitado (GORDIS, 1979; GLASGOW; McCAUL, SCHAFER, 1986; JOHNSON, 1992).

Ressalta-se, também, como observado por Wilson et al. (1986) e Toljamo e Hentinen (2001), 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.

7. CONCLUSÃO

Na amostra estudada, constituída de 162 pessoas com DM2, os resultados apontam um perfil sociodemográfico e clínico caracterizado por baixo nível socioeconômico, tempo de diagnóstico relativamente longo, esquema complexo de tratamento medicamentoso, mau controle metabólico e presença de complicações, ainda que em estado incipiente.

No que se refere ao AS, observou-se elevada percepção de apoio entre os participantes, sendo a família a principal fonte de apoio referida, seguida pelos profissionais de saúde. Houve correlação direta e estatisticamente significativa entre AS e idade, e entre AS e escolaridade, sendo esta última, uma correlação inversa. Esses achados podem ser atribuídos a algumas particularidades da cultura brasileira, como, por exemplo, a valorização da família (HOLANDA, 2006), o fato de não reconhecer a ajuda recebida ser vista como uma atitude negativa (DANTAS; PELEGRINO; GARBIN, 2007), entre outras. Além disso, o avançar da idade e a baixa escolaridade são fatores que podem contribuir para uma avaliação menos crítica do AS.

Em relação à adesão ao regime terapêutico, observou-se baixa adesão ao autocuidado e alta adesão ao tratamento medicamentoso. Esses resultados podem indicar uma maior valorização do tratamento medicamentoso por parte das pessoas, reforçando a dificuldade das mudanças de comportamentos, fundamentais para o controle do DM.

Em contrapartida, observou-se no grupo estudado, correlação direta e estatisticamente significativa entre adesão ao autocuidado e adesão medicamentosa, dado este que, ao contrário da literatura, sugere uma estreita relação entre os diferentes aspectos da adesão. Isso pode ser relevante quando se trata de intervenções para melhorar a adesão, ou seja, se um comportamento tende a prever o outro, uma mesma intervenção pode ser eficaz para aumentar a adesão em mais de um aspecto do tratamento.

Outros dados interessantes do presente estudo que contradizem a literatura é a ausência de correlações entre as características sociodemográficas e as variáveis de adesão, exceto entre a escolaridade e a adesão ao autocuidado. A escolaridade é uma variável que deve ser considerada na educação em DM e pode ser uma barreira para o autocuidado. Da mesma forma, a ausência de correlações entre as variáveis de adesão e algumas características clínicas, especialmente o tempo de diagnóstico, referenciado pela OMS (2004) como um fator dificultador da

adesão quando de longa data, é outro achado divergente da literatura. Estudos também têm apontado correlação inversa entre adesão medicamentosa e complexidade do regime medicamentoso, ao contrário do presente estudo.

Por outro lado, verificou-se que o AS teve correlação direta e estatisticamente significativa com a adesão ao autocuidado e a adesão medicamentosa, corroborando com os achados da literatura. 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 uma maior adesão, tanto às atividades de autocuidado, quanto ao tratamento medicamentoso.

Observou-se ausência de correlações estatisticamente significantes entre AS e controle glicêmico, sendo este um elemento fundamental do controle metabólico. Contudo, correlações marginalmente significantes foram observadas entre AS e as seguintes variáveis: pressão arterial sistólica, índice de massa corporal (IMC), circunferência abdominal, colesterol total e LDL colesterol.

Diante desses achados, ainda que não tenha se correlacionado de forma estatisticamente significativa com o controle clínico/metabólico, é possível afirmar que o AS possui uma importante significância clínica, repercutindo de modo singular na saúde humana. Isso vem de encontro ao que a literatura tem enfatizado em relação à influência do AS no manejo do DM e na manutenção de comportamentos preventivos ou de proteção à saúde.

Ao analisar o controle glicêmico com as variáveis de adesão, não foram observadas correlações significativas para um valor de $p < 0,05$. 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 glicêmico e até mesmo o metabólico. Fatores psicológicos, tais como as crenças em saúde, podem exercer um efeito de interação e influenciar o controle do DM, seja de forma direta ou indireta. Outra possibilidade é o fato de as pessoas possuírem entendimentos diferentes do controle da doença, devido às desigualdades socioculturais que podem existir entre elas e os profissionais de saúde (LUTFEY; WISHNER, 1999; RUBIN, 2005).

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 sujeito às influências diretas do ambiente social em que vive a pessoa.

Conclui-se, portanto, que o AS é um valioso recurso, capaz de promover uma melhor adaptação da pessoa às demandas impostas pela doença, constituindo-se uma ferramenta importante para o profissional de saúde e, em especial, para o enfermeiro. Conhecer o processo e a estrutura do AS permite um 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.

Em particular, para as pessoas com DM, como mostrado no presente estudo, a família é apontada como a principal fonte de apoio. Dessa forma, quando os profissionais de saúde envolvem os familiares na assistência à pessoa acometida, pode-se favorecer um maior entendimento da família sobre a doença, e isso é fundamental para incentivá-la a ser uma fonte de apoio (WEN; SHEPHERD; PARCHMAN, 2004).

A compreensão dos elementos-chave do AS coloca o profissional de saúde em uma posição privilegiada para fornecer apoio à pessoa em suas necessidades de informação, educação, orientação, reconhecimento, respeito e valorização (GOMES et al., 2009)⁷.

⁷ GOMES, L. C.; SANTOS, C. B.; FOSS-FREITAS, M. C.; PACE, A. E. *A relação entre o apoio social e as características sociodemográficas das pessoas com diabetes mellitus*. Manuscrito encaminhado para a Revista Gaúcha de Enfermagem, 2009.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possibilitou conhecer o perfil das pessoas com DM2 em relação ao AS percebido, adesão e controle metabólico, compreender aspectos referentes a essas variáveis que poderão subsidiar intervenções de enfermagem que auxiliam mudanças comportamentais para a adesão ao tratamento.

Algumas limitações do presente estudo merecem ser consideradas. A primeira é que, nos estudos transversais, o apoio social é avaliado uma única vez, não sendo possível captar as influências de certos eventos vitais na percepção de apoio. De modo similar, uma única avaliação da adesão ao autocuidado, bem como da adesão ao tratamento medicamentoso, pode não captar as variações desses comportamentos no dia a dia.

Em segundo lugar, a avaliação do apoio social 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 (VINOKUR; SCHUL; CAPLAN, 1987). O mesmo se aplica para a adesão ao autocuidado e a adesão medicamentosa, 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 (JOHNSON, 1992; MOOSA; JEENAH; KAZADI, 2007).

Finalmente, pelo número de variáveis envolvidas no presente estudo, o tamanho amostral poderia ser ampliado para viabilizar análises estatísticas complementares que possibilitassem estudar os efeitos de todas as variáveis no desfecho final, ou seja, no controle metabólico. Outro fator a ser considerado, que possa ter contribuído para um menor número de correlações estatisticamente significantes, é a homogeneidade da amostra no que se refere às características sociodemográficas, variáveis relacionadas à doença e ao tratamento.

Portanto, pesquisas na área devem ser incentivadas, com amostras populacionais maiores, a fim de ampliar as análises das relações entre apoio social 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.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS⁸

⁸ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023.

ALLEN, S. M.; CIAMBRONE, D.; WELCH, L. C. Stage of life course and social support as a mediator of mood state among persons with disability. **Journal of Aging and Health**, Thousand Oaks, v. 12, n. 3, p. 318-41, Aug. 2000.

ALMEIDA, V; MATOS, A. P. A diabetes na adolescência: um estudo biopsicossocial. **International Journal of Clinical and Health Psychology**, Granada, v. 3, n. 1, p. 61-76, 2003.

ÁLVAREZ-GUISASOLA, F.; TOFÉ-POVEDANO, S.; KRISHNARAJAH, G.; LYU, R.; MAVROS, P.; YIN, D. Hypoglycaemic symptoms, treatment satisfaction, adherence and their associations with glycaemic goal in patients with type 2 diabetes mellitus: findings from the Real-Life Effectiveness and Care Patterns of Diabetes Management (RECAP-DM) Study. **Diabetes, Obesity and Metabolism**, Oxford, v. 10, p. 25-32, 2008. Supplement 1.

AMBERBIR, A; WOLDEMICHAEL, K.; GETACHEW, S.; GIRMA, B.; DERIBE, K. Predictors of adherence to antiretroviral therapy among HIV-infected persons: a prospective study in Southwest Ethiopia. **BMC Public Health**, London, v. 8, n. 265, July. 2008. Disponível em: < <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/8/265>>. Acesso em: 11 abr. 2009.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of Medical Care in Diabetes – 2007. **Diabetes Care**, Alexandria, v. 30, p. S4-S41, jan. 2007. Supplement 1.

ANDERSON, R. J.; KIRK, L. M. Methods of improving patient compliance in chronic disease states. **Archives of Internal Medicine**, Chicago, v. 142, p. 1673-1675, Sept. 1982.

ANDRADE, G. R. B.; VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 925-934, 2002.

ARÁUZ, A. G.; SÁNCHEZ, G.; PADILLA, G.; FERNÁNDEZ, M.; ROSELLÓ, M.; GUZMÁN, S. Intervención educativa comunitaria sobre la diabetes en el ámbito de la atención primaria. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 9, n. 3, p. 145-153, 2001.

ARY, D.V.; TOOBERT, D.; WILSON, W.; GLASGOW, R. E. Patient perspective on factors contributing to nonadherence to diabetes regimen. **Diabetes Care**, Alexandria, v. 9, n. 2, p. 168-72, Mar./Apr. 1986.

ASSUNÇÃO, M. C. F.; SANTOS, I. S.; COSTA, J. S. D. Avaliação do processo da

atenção médica: adequação do tratamento de pacientes com diabetes mellitus, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 205-11, jan./fev. 2002.

ASSUNÇÃO, T. S.; URSINE, P. G. S. Estudo de fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de diabetes mellitus assistidos pelo Programa Saúde da Família, Ventosa, Belo Horizonte. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 2189-197, 2008. Supplement 2.

BARRERA JR., M. Distinctions between social support concepts, measures, and models. **American Journal of Community Psychology**, New York, v. 14, n. 4, p. 413-45, Aug. 1986.

BECKER, M. H.; MAIMAN, L. A. Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. **Medical Care**, Philadelphia, v. 13, n. 1, p. 10-24, Jan. 1975.

BECKER, M. H.; MAIMAN, L. A.; KIRSCHT, J. P.; HAEFNER, D. P.; DRACHMAN, R. H.; TAYLOR, D. W. Patient perceptions and compliance: recent studies of the Health Belief Model. In: HAYNES, R. B.; TAYLOR, D. W.; SACKETT, D. L. **Compliance in Health Care**. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1979. p. 78-109.

BERNAL, I. L. La familia en la determinación de la salud. **Revista Cubana de Salud Pública**, Havana, v. 29, n. 1, p. 48-51, 2003.

BOEHM, S.; SCHLENK, E. A.; FUNNELL, M. M.; POWERS, H.; RONIS, D. L. Predictors of adherence to nutrition recommendations in people with non-insulin-dependent diabetes mellitus. **The Diabetes Educator**, Thousand Oaks, v. 23, n. 2, p. 157-65, Mar./Apr. 1997.

BOND, W. S.; HUSSAR, D. A. Detection methods and strategies for improving medication compliance. **American Journal of Hospital Pharmacy**, Bethesda, v. 48, n.9, p. 1978-1988, Sept.1991.

BOULÉ, N. G.; HADDAD, E.; KENNY, G. P.; WELLS, G. A.; SIGAL, R. J. Effects of exercise on glycemic control and body mass in type 2 diabetes mellitus: a meta-analysis of controlled clinical trials. **JAMA: the journal of American Medical Association**, Chicago, v. 286, n. 10, p. 1218-27, Sept. 2001.

BOULÉ, N. G.; KENNY, G. P.; HADDAD, E.; WELLS, G. A.; SIGAL, R. J. Meta-

analysis of the effect of structured exercise training on cardiorespiratory fitness in type 2 diabetes mellitus. **Diabetologia**, Heidelberg, v. 46, n. 8, p. 1071-81, Aug. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis**: DCNT no contexto do sistema Único de saúde brasileiro. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 80 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento para pessoas que vivem com HIV e AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 32 p.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria da Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis**: Brasil, 15 capitais e distrito federal, 2002-2003. Rio de Janeiro: INCA, 2004, 186 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). 2008. Disponível em:
<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obtuf.def>>. Acesso em: 04 fev. 2008.

BRAWLEY, L. R.; CULOS-REED, S. N. Studying adherence to therapeutic regimens: overview, theories, recommendations. **Controlled Clinical Trials**, New York, v. 21, p. 156S-163S, Oct. 2000. Supplement 5.

BRITO, A. M.; SZWARCOWALD, C. L.; CASTILHO, E. A. Fatores associados à interrupção de tratamento anti-retroviral em adultos com AIDS: Rio Grande do Norte, Brasil, 1999 - 2002. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 52, n. 2, p. 86-92, mar./abr. 2006.

BROWNLEE-DUFFECK, M.; PETERSON, L.; SIMONS, J. F.; GOLDSTEIN, D.; KILO, C.; HOETTE, S. The role of health beliefs in the regimen adherence and metabolic control of adolescents and adults with diabetes mellitus. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, Washington, v. 55, n. 2, p. 139-44, 1987.

CALLAGHAN, P.; MORRISSEY, J. Social support and health: a review. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 18, n. 2, p. 203-10, 1993.

CANTY-MITCHELL, J.; ZIMET, G. D. Psychometric properties of the

Multidimensional Scale of Perceived Social Support in urban adolescents. **American Journal of Community Psychology**, New York, v. 28, n. 3, p. 391-400, Jun. 2000.

CARVALHO, C. V.; DUARTE, D. B.; MERCHÁN-HAMANN, E.; BICUDO, E.; LAGUARDIA, J. Determinantes da aderência à terapia anti-retroviral combinada em Brasília, Distrito Federal, Brasil, 1999-2000. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 593-604, mar./abr. 2003.

CASSEL, J. Psychosocial processes and "stress": theoretical formulation. **International Journal of Health Services**, Amityville, v. 4, n. 3, p. 471-82, 1974.

CASSEL, J. The contribution of the social environment to host resistance: the fourth Wade Hampton Frost lecture. **American Journal of Epidemiology**, Cary, v. 104, n. 2, p. 107-23, Aug. 1976.

CAVINATTO, S. M. **Doença crônica, autocuidado e autonomia**: estudo de um processo educativo junto a pacientes com diabetes melito tipo 2. 2003. 121 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

CAZARINI, R. P.; ZANETTI, M. L.; RIBEIRO, K. P.; PACE, A. E.; FOSS, M. C. Adesão a um grupo educativo de pessoas portadoras de diabetes mellitus: porcentagem e causas. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 35, n. 2, p. 142-50, abr./jun. 2002.

CHOBANIAN, A. V. BAKRIS, G. L.; BLACK, H. R.; CUSHMAN, W. C.; GREEN, L. A.; IZZO Jr, J. L.; JONES, D. W.; MATERSON, B. J.; OPARIL, S.; WRIGHT Jr, J. T.; ROCCELLA, E. J.; NATIONAL HEART, LUNG, AND BLOOD INSTITUTE JOINT NATIONAL COMMITTEE ON PREVENTION, DETECTION, EVALUATION, AND TREATMENT OF HIGH BLOOD PRESSURE; NATIONAL HIGH BLOOD PRESSURE EDUCATION PROGRAM COORDINATING COMMITTEE. The Seventh Report of Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. **JAMA: the journal of American Medical Association**, Chicago, v. 289, n.19, p. 2560-72, May. 2003.

CLARK, C. M. **Relation between social support and physical health**. New York, USA, 2005. Disponível em: < <http://www.personalityresearch.org/papers/clarck.html> >. Acesso em: 23 ago. 2006.

CLARK, M. Adherence to treatment in patients with type 2 diabetes. **Journal of Diabetes Nursing**, London, v. 8, n. 10, p. 135-40, nov. 2004.

COBB, S. Social support as a moderator of life stress. **Psychosomatic Medicine**, Philadelphia, v. 38, n. 5, p. 300-12, Sept./Oct. 1976.

COHEN, S.; WILLS, T. A. Stress, social support, and the buffering hypothesis. **Psychological Bulletin**, Washington, v. 98, n. 2, p. 310-57, 1985.

CORNMAN, J. C.; GOLDMAN, N. GLEI, D. A.; WEINSTEIN, M.; CHANG, M. Social ties and perceived support: two dimensions of social relationships and health among the elderly in Taiwan. **Journal of Aging and Health**, Princeton, v. 15, n.4, p. 616-644, 2002. Disponível em: <<http://www.opr.princeton.edu/>>. Acesso em: 21 jun. 2006.

COSTA, A. G.; LUDERMIR, A. B. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 73-9, jan./fev. 2005.

CRAMER, J. A. A systematic review of adherence with medications for diabetes. **Diabetes Care**, Alexandria, v. 27, n. 5, p. 1218-24, May. 2004.

CULOS-REED, N.; REJESKI, J.; McAULEY, E.; OCKENE, J. K.; ROTER, D. L. Predictors of adherence to behavior change interventions in the elderly. **Controlled Clinical Trials**, New York, v. 21, p. 200S-05S, June. 2000.

DALEWITZ, J.; KHAN, N.; HERSHEY, C. O. Barriers to control of blood glucose in diabetes mellitus. **American Journal of Medical Quality**, Thousand Oaks, v. 15, n. 1, p. 16-25, Jan./Feb. 2000.

DANTAS, R. A. S.; PELEGRINO, V. M.; GARBIN, L. M. Avaliação do apoio social e sua relação com variáveis sociodemográficas de pacientes com insuficiência cardíaca em seguimento ambulatorial. **Ciência, Cuidado & Saúde**, Maringá, v. 6, n. 4, p. 456-62, out./dez. 2007.

DAVIDSON, M. B. **Diabetes mellitus: diagnóstico e tratamento**. 4. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2001. 389 p.

DAVIS, M. S. Variations in patients' compliance with doctors' advice: an empirical analysis of patterns of communication. **American Journal of Public Health**, Washington, v. 58, n. 2, p. 274-88, Feb. 1968.

DEAN, A.; LIN, N. The stress-buffering role of social support. **Journal of Nervous**

and Mental Disease, Philadelphia, v. 165, n. 6, p. 403-17, 1977.

DE JONG, J. G.; VAN DER VEGT, B. J.; BUWALDA, B.; KOOLHAAS, J. M. Social environment determines the long-term effects of social defeat. **Physiology & Behavior**, New York, v. 84, p. 87-95, 2005.

DELAMATER, A. M. Improving patient adherence. **Clinical Diabetes**, Alexandria, v. 24, n. 2, p. 71-77, 2006.

DELGADO, A. B.; LIMA, M. L. Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 2, n. 2, p. 81-100, 2001.

DEWULF, N. L. S.; MONTEIRO, R. A.; PASSOS, A. D. C.; VIEIRA, E. M.; TRONCON, L. E. A. Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes com doenças gastrintestinais crônicas acompanhadas no ambulatório de um hospital universitário. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 575-584, out./dez. 2006.

DIABETES CONTROL AND COMPLICATIONS TRIAL. RESEARCH GROUP (DCCT). The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. **New England Journal of Medicine**, Waltham, v. 329, p. 977-986, 1993.

DONNELLY, L. A.; MORRIS, A. D.; EVANS, J. M. M. Adherence to insulin and its association with glycaemic control in patients with type 2 diabetes. **Quarterly Journal of Medicine**, Oxford, v. 100, n. 6, p. 345-50, 2007.

DRACUP, K. A.; MELEIS, A. I. Compliance: an interactionist approach. **Nursing Research**, Philadelphia, v. 31, n. 1, p. 31-36, Jan./Feb. 1982.

DRESSLER, W. W.; MATA, A.; CHAVEZ, A.; VITERI, F. E.; GALLAGHER, P. Social support and arterial pressure in a central mexican community. **Psychosomatic Medicine**, Hagerstown, v. 48, n. 5, p. 338-50, May/June. 1986.

DUFF, E. M.; O'CONNOR, A.; MCFARLANE-ANDERSON, N.; WINT, Y. B.; BAILEY, E. Y.; WRIGHT-PASCOE, R. A. Self-care, compliance and glycaemic control in jamaican adults with diabetes mellitus. **West Indian Medical Journal**, Kingston, v. 55, n. 4, p. 232-36, 2006.

DUNNING, P. L.; PETRIE, R. Exploring the psychosocial aspects of diabetes: the yellow ball. **The Diabetes Educator**, Thousand Oaks, v. 20, n. 1, p. 64-65, Jan./Feb. 1994.

DURÁN-VARELA, B. R.; RIVERA-CHAVIRA, B.; FRANCO-GALLEGOS, E. Apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. **Salud Pública de México**, Cuernavaca, v. 43, n. 3, p. 233-36, mayo/jun. 2001.

ELLIS, S.; SHUMAKER, S.; SIEBER, W.; RAND, C.; THE PHARMACOLOGICAL INTERVENTION WORKING GROUP. Adherence to pharmacological interventions: current trends and future directions. **Controlled Clinical Trials**, New York, v. 28, p. 218S-25S, 2000.

ERACKER, S. A.; KIRSCHT, J. P.; BECKER, M. H. Understanding and improving patient compliance. **Annals of Internal Medicine**, Boston, v. 100, n. 2, p. 258-68, 1984.

FAÉ, A. B.; OLIVEIRA, E. R. A.; SILVA, L. T.; CADE, N. V.; MEZADRI, V. A. Facilitadores e dificultadores da adesão ao tratamento da hipertensão arterial. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n.1, p. 32-36, jan./mar. 2006.

FARIA, H. T. G. **Fatores associados à adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa**. 2008. 146 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

FLAHERTY, J. A.; GAVIRIA, F. M.; PATHAK, D. S. The measurement of social support: The Social Support Network Inventory. **Comprehensive Psychiatry**, Chicago, v. 24, n. 6, p. 521-29, Nov./Dec. 1983.

FOX, R. Compliance, adherence , concordance. **Circulation**, Dallas, v. 97, n. 2, p. 127, 1998.

FRANZ, M. J.; MONK, A.; BARRY, B.; McCLAIN, K.; WEAVER, T.; COOPER, N.; UPHAM, P.; BERGENSTAL, R.; MAZZE, R. S. Effectiveness of medical nutrition therapy provided by dietitians in the management of non-insulin-dependent diabetes mellitus: a randomized, controlled clinical trial. **Journal of American Dietetic Association**, Philadelphia, v. 95, n. 9, p. 1009-17, Sep. 1995.

FUNNELL, M. M.; ANDERSON, R. M. Empowerment and self-management of diabetes. **Clinical Diabetes**, Alexandria, v. 22, n. 3, p. 123-27, 2004.

GALLANT, M. P. The influence of social support on chronic illness self-management: a review and directions for research. **Health Education & Behavior**, Washington, v. 30, n. 2, p.170-95, Apr. 2003.

GARAY-SEVILLA, M. E.; NAVA, L. E.; MALACARA, J. M.; HUERTA, R.; LÉON, J. D.; MENA, A.; FAJARDO, M. E. Adherence to treatment and social support in patients with non-insulin dependent diabetes mellitus. **Journal of Diabetes and its Complications**, New York, v. 9, n. 2, p. 81-86, 1995.

GLASGOW, R. E.; McCAUL, K. D.; SCHAFER, L. C. Self-care behaviors and glycemic control in type I diabetes. **Journal of Chronic Diseases**, Ottawa, v. 40, n. 5, p. 399-412, 1987.

GLEESON-KREIG, J.; BERNAL, H.; WOOLLEY, S. The role of social support in the self-management of diabetes mellitus among a African population. **Public Health Nursing**, Oxford, v. 19, n. 3, p. 215-22, May/Jun. 2002.

GOLIN, C. E.; DIMATTEO, M. R.; GELBERG, L. The role of patient participation in the doctor visit: implications for adherence to diabetes care. **Diabetes Care**, Alexandria, v. 19, n. 10, p. 1153-164, Oct. 1996.

GORDIS, L. Conceptual and methodologic problems in measuring patient compliance. In: HAYNES, R. B.; TAYLOR, D. W.; SACKETT, D. L. **Compliance in Health Care**. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1979. p. 23-45.

GÖZ, F.; KARAOZ, S.; GOZ, M.; EKIZ, S.; CETIN, I. Effects of the diabetic patients' perceived social support on their quality-of-life. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 16, p. 1353-60, 2007.

GRANT, R. W.; DEVITA, N. G.; SINGER, D. E.; MEIGS, J. B. Polypharmacy and medication adherence in patients with type 2 diabetes. **Diabetes Care**, Alexandria, v. 26, n. 5, p. 1408-12, May 2003.

GRIFFITH, L. S.; FIELD, B. J.; LUSTMAN, P. J. Life stress and social support in diabetes: association with glycemic control. **Internation Journal of Psychiatry in Medicine**, San Francisco, v. 20, n. 4, p. 365-72, 1990.

GUILLAUSSEAU, P. J. Influence of oral antidiabetic drugs compliance on metabolic control in type 2 diabetes: a survey in general practice. **Diabetes Metabolism**, Paris, v. 29, p. 79-81, 2003.

GUIMARÃES, F. P. M. **Indivíduos com diabetes melito tipo 2: perfil e prática adotada em relação ao tratamento não medicamentoso**. 2001. 122 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem de Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

GUSMÃO, J. L.; MION JR., D. Adesão ao tratamento: conceitos. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, p. 23-25, 2006.

GUTIÉRREZ, M. G. R.; BRAVO, M. M.; CHANES, D. C.; DE VIVO, M. C. R.; SOUZA, G. O. Adesão de mulheres mastectomizadas ao início precoce de um programa de reabilitação. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 249-54, 2007.

HANNA, K. M.; GUTHRIE, D. Parents' and adolescents' perceptions of helpful and nonhelpful support for adolescents' assumption of diabetes management responsibility. **Issues in Comprehensive Pediatric Nursing**, London, v. 24, p. 209-23, 2001.

HANKÓ, B.; KÁSMÉR, M.; KUMLI, P.; HRÁGYEL, Z.; SAMU, A.; VINCZE, Z.; ZELKÓ, R. Self-reported medication and lifestyle adherence in Hungarian patients with Type 2 diabetes. **Pharmacy World & Science**, Zuidlaren, v. 29, n. 2, p. 58-66, 2007.

HAYNES, R. B. Introduction: the definition of compliance. In: HAYNES, R. B.; TAYLOR, D. W.; SACKETT, D. L. **Compliance in Health Care**. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1979. p. 1-6.

HELGESON, V. S. Social support and quality of life. **Quality of Life Research**, Amsterdam, v. 12, p. 25–31, 2003. Suppl. 1.

HERNÁNDEZ-RONQUILLO, L.; TÉLLEZ-ZENTENO, J. F.; GARDUÑO-ESPINOSA, J.; GONZÁLEZ-ACEVEZ, E. Factors associated with therapy noncompliance in type-2 diabetes patients. **Salud Pública de México**, Cuernavaca v. 45, n. 3, p. 191-97, may./jun. 2003.

HERSHEY, J. C.; MORTON, B. G.; DAVIS, J. B.; REICHGOTT, M. J. Patient compliance with antihypertensive medication. **American Journal of Public Health**, New York, v. 70, n. 10, p. 1081-89, 1980.

HILL-BRIGGS, F.; GARY, T. L.; BONE, L. R.; HILL, M. N.; LEVINE, D. M.; BRANCATI, F. L. Medication adherence and diabetes control in urban african

americans with type 2 diabetes. **Health Psychology**, Washington, v. 24, n. 4, p. 349-57, 2005.

HOLANDA, S. B. **Raízes do Brasil**: edição comemorativa 70 anos. São Paulo: Companhia das Letras, 2006. 448 p.

HOUSE, J. S. Social support and social structure. **Sociological Forum**, New York, v. 2, n. 1, p. 135-146, 1987.

HOUSE, J. S.; UMBERSON, D.; LANDIS, K. R. Structures and processes of social support. **Annual Review of Sociology**, Princeton, v. 14, p. 293-318, 1988.

HSAIO, L. D.; SALMON, J. W. Predicting adherence to prescription medication purchase among HMO enrollees with diabetes. **Journal of Managed Care Pharmacy**, Alexandria, v. 5, n. 4, Jul./Aug. 1999.

HURLEY, A. C. The Health Belief Model: evaluation of a diabetes scale. **The Diabetes Educator**, Thousand Oaks, v. 16, n. 1, p. 44-48, 1990.

HUTCHISON, C. Social support: factors to consider when designing studies that measure social support. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 29, n. 6, p. 1520-526, 1999.

JARDIM, P. C. B. V.; JARDIM, T. S. V. Modelos de estudos de adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, p. 26-29, 2006.

JOHNSON, S. B. Methodological issues in diabetes research. **Diabetes Care**, Alexandria, v. 15, n. 11, p. 1658-67, Nov. 1992.

JORGENSEN, W.A.; POLLVKA, B. J.; LENNIE, T. A. Perceived adherence to prescribed or recommended standards of care among adults with diabetes. **The Diabetes Educator**, Alexandria, v. 28, n. 6, p. 989-98, Nov./Dec. 2002.

KAPLAN, B. H.; CASSEL, J. C.; GORE, S. Social support and health. **Medical Care**, Philadelphia, v. 15, n. 5, p. 47-58, May 1977.

KAPLAN, R. M.; HARTWELL, S. L. Differential effects of social support and social network on physiological and social outcomes in men and women with type II

diabetes mellitus. **Health Psychology**, Washington, v. 6, n. 5, p. 387-98, 1987.

KESSLER, R. C.; PRICE, R. H.; WORTMAN, C. B. The study of vulnerability factors: social support and coping processes. In: KESSLER, R. C.; PRICE, R. H.; WORTMAN, C. B. Social factors in psychopathology: stress, social support, and coping processes. **Annual Review of Psychology**, Princeton, v. 36, p. 540-50, 1985.

KIDD, K. E.; ALTMAN, D. G. Adherence in social context. **Controlled Clinical Trials**, New York, v. 21, p. 184S-87S, Jun. 2000.

KOELEWIJN-VAN LOON, M. S.; VAN STEENKISTE, B.; RONDA, G.; WENSING, M.; STOFFERS, H. E.; ELWYN, G.; GROL, R.; VAN DER WEIJDEN, T. Improving patient adherence to lifestyle advice (IMPALA): a cluster-randomised controlled trial on the implementation of a nurse-led intervention for cardiovascular risk management in primary care (protocol). **BMC Health Services Research**, London, v. 8, n. 9, Jan. 2008. Disponível em: < <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/8/265>>. Acesso em: 11 abr. 2009.

KONTZ, M. M. Compliance redefined and implications for home care. **Holistic Nursing Practice**, Philadelphia, v. 3, n. 2, p. 54-64, Feb. 1989.

KRAUSE, N.; LIANG, J.; YATOMI, N. Satisfaction with social support and depressive symptoms : a panel analysis. **Psychology and Aging**, Washington, v. 4, n. 1, p. 88-97, 1989.

KURITA, G. P.; PIMENTA, C. A. M. Adesão ao tratamento da dor crônica: estudo de variáveis demográficas, terapêuticas e psicossociais. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v. 61, n. 2-B, p. 416-25, 2003.

KYNGÄS, H.; DUFFY, M. E.; KROLL, T. Conceptual analysis of compliance. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 9, p. 5-12, 2000.

KYNGÄS, H.; RISSANEN, M. Support as a crucial predictor of good compliance of adolescents with chronic disease. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 10, p. 767-74, 2001.

LA GRECA, A. M. ; AUSLANDER, W. F. ; GRECO, P. ; SPETTER, D. ; FISHER Jr., E. B. ; SANTIAGO, J. V. I get by with a little help from my family and friends : adolescent's support for diabetes care. **Journal of Pediatric Psychology**, Cincinnati, v. 20, n. 4, p. 449-76, 1995.

LAKEY, B.; COHEN, S. Social support theory and measurement. In: COHEN, S.; UNDERWOOD, L. G.; GOTTLIEB, B. H. (Ed.). **Social support measurement and intervention: a guide for health and social scientists**. New York: Oxford University Press, 2000. p. 29-52.

LANGFORD, C. P. H.; BOWSHER, J.; MALONEY, J. P.; LILLIS, P. P. Social support : a conceptual analysis. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 25, n. 1, p. 95-100, 1997.

LaROCCO, J. M.; HOUSE, J. S.; FRENCH JR., J. R. P. Social support, occupational stress, and health. **Journal of Health and Social Behavior**, Washington, v. 21, n. 3, p. 202-18, sep. 1980.

LERMAN, I. Adherence to treatment: a key for avoiding long-term complications of diabetes. **Archives of Medical Research**, México City, v. 36, p. 300-06, 2005.

LEWANDOWSKI, A.; DROTAR, D. The relationship between parent-reported social support and adherence to medical treatment in families of adolescents with type 1 diabetes. **Journal of Pediatric Psychology**, Cincinnati, v. 32, n. 4, p. 427-36, 2007.

LIEM, R.; LIEM, J. Social class and mental illness reconsidered: the role of the economic stress and social support. **Journal of Health and Social Behavior**, Washington, v. 19, n. 2, p. 139-56, jun. 1978.

LIGNANI JR., L.; GRECO, D. B.; CARNEIRO, M. Avaliação da aderência aos anti-retrovirais em pacientes com infecção pelo HIV/AIDS. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 6, p. 495-501, 2001.

LIMA, E. D. R. P.; NORMAN, E. M.; LIMA, A. P. Translation and adaptation of the Social Support Network Inventory in Brazil. **Journal of Nursing Scholarship**, Indianápolis, v. 37, n. 3, p. 258-60, 2005.

LIMA-COSTA, M. F. A escolaridade afeta, igualmente, comportamentos prejudiciais à saúde de idosos e adultos mais jovens? – Inquérito de Saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 13, n. 4, p. 201-208, out./dez. 2004.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. cap. 8, p. 110-21.

LÓPEZ, D. M. M.; LÓPEZ, V. M. G.; RUIZ, M. E. G.; LÓPEZ, J. H. P.; ESCOBAR, A. N. Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2. **Revista Médica del IMSS**, Mexico City, v. 42, n. 4, p. 281-84, 2004.

LUTFEY, K. E.; WISHNER, W. J. Beyond “compliance” is “adherence”: improving the prospect of diabetes care. **Diabetes Care**, Alexandria, v. 22, n. 4, p. 635-39, apr. 1999.

MALERBI, D. A.; FRANCO, L. J. Multicenter study of the prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban Brazilian population aged 30-69 Yr. **Diabetes Care**, Alexandria, v. 15, n.11, p. 1509-516, Nov. 1992.

MARTIN, K. A.; BOWEN, D. J. DUNBAR-JACOB, J.; PERRI, M. G. Who will adhere? Key issues in the study and prediction of adherence in randomized controlled trials. **Controlled Clinical Trials**, New York, v. 21, p. 195S-99S, Jun. 2000.

MARTINS, R. M. L. A relevância do apoio social na velhice. **Millenium**, Viseu, n. 31, p. 128-34, maio 2005.

MATTHEWS, D.; HINGSON, R. Improving patient compliance: a guide for physicians. **Medical Clinics of North America**, Philadelphia, v. 61, n. 4, p. 879-89, jul. 1977.

McNABB, W. L. Adherence in diabetes: can we define it and can we measure it? **Diabetes Care**, Alexandria, v. 20, n. 2, p. 215-18, feb. 1997.

MEICHENBAUM, D.; TURK, D. C. **Facilitating treatment adherence**. New York: Plenun Press, 1987. 310 p.

MILLER, C. K.; DAVIS, M. S. The influential role of social support in diabetes management. **Topic in Clinical Nutrition**, New York, v. 20, n. 2, p. 157-165, Apr./Jun. 2005.

MOOSA, M. Y. H.; JEENAH, F. Y.; KAZADI, N. Treatment adherence. **South African Journal of Psychiatry**, Centurion, v. 13, n. 2, jun. 2007.

MORAES, T. P. R.; DANTAS, R. A. S. Avaliação do suporte social entre pacientes cardíacos cirúrgicos: subsídio para o planejamento da assistência de enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 2, p. 323-29, 2007.

MORISKY, D. E.; GREEN, L. W.; LEVINE, D. M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. **Medical Care**, Philadelphia, v. 24, n. 1, p. 67-74, Jan. 1986.

MORRIS, A. D. Addressing dosing frequency in diabetes: a simple approach to improving adherence to therapy and clinical outcomes. **The Diabetes Educator**, Thousand Oaks, v. 29, n. 3, p. 441-53, May./Jun. 2003.

MOTA, D. D. C. F.; PIMENTA, C. A. M. Avaliação e mensuração de variáveis psicossociais: desafio para pesquisa e clínica de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 28, n. 3, p. 309-14, 2007.

NATIONAL CHOLESTEROL EDUCATION PROGRAM (NCEP). Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). **JAMA: the journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 285, n. 19, p. 2486-2497, May. 2001.

NAGASAWA, M.; SMITH, M. C.; BARNES, J. H.; FINCHAM, J. E. Meta-analysis of correlates of diabetes patients' compliance with prescribed medications. **The Diabetes Educator**, Thousand Oaks, v. 16, n. 3, p. 192-200, 1990.

NUNES, M. Apoio social na diabetes. **Millenium**, Viseu, n. 31, p. 135-149, maio 2005.

Ó, D. N. do; LOUREIRO, I. Adesão ao regime terapêutico da diabetes. **Revista Portuguesa de Diabetes**, Lisboa, v. 2, n. 2, p. 18-21, jun. 2007.

OCHOA-VIGO, K.; TORQUATO, M. T. C. G.; SILVÉRIO, I. A. S.; QUEIROZ, F. A.; DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO, M. C.; PACE, A. E. Caracterização de pessoas com diabetes em unidades de atenção primária e secundária em relação a fatores desencadeantes do pé diabético. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 296-303, 2006.

O'CONNOR, P. J.; ASCHE, S. E.; CRAIN, A. L.; RUSH, W. A.; WHITEBIRD, R. R.; SOLBERG, L. I.; SPERL-HILLEN, J. M. Is patient readiness to change a predictor of improved glycemic control? **Diabetes Care**, Alexandria, v. 27, n. 10, p. 2325-329, Oct. 2004.

ODEGARD, P. S.; CAPOCCIA, K. Medication taking and diabetes: a systematic review of the literature. **The Diabetes Educator**, Thousand Oaks, v. 33, n. 6, p. 1014-29, nov./dec. 2007.

O'HANRAHAN, M.; O'MALLEY, K. Compliance with drug treatment. **British Medical Journal**, London, v. 283, p. 298-300, Jul. 1981.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação. Brasília: OMS, 2003. 105 p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **CARMEN**: prevenção integrada de doenças não-transmissíveis nas Américas. Havana: OPAS, 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **The CARMEN Network**: report from the Biennial Meeting. Bahamas: OPAS, 2007.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción**. Washington, D.C.: OPAS, 2004. 199 p.

OTERO, L. M. **Implementação e avaliação de atendimento ao paciente diabético utilizando o protocolo Staged Diabetes Management**. 2005. 169 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

PACE, A. E.; FOSS, M. C.; OCHOA-VIGO, K.; HAYASHIDA, M. Fatores de risco para complicações em extremidades inferiores de pessoas com diabetes Mellitus. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 55, n. 5, p. 514-21, 2002.

PACE, A. E.; NUNES, P. D.; OCHOA-VIGO, K. O conhecimento dos familiares acerca da problemática do portador de diabetes mellitus. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, p. 312-19, 2003.

PACE, A. E.; OCHOA-VIGO, K.; CALIRI, M. H. L.; FERNANDES, A. P. M. O conhecimento sobre diabetes mellitus no processo de autocuidado. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 5, p. 728-34, set./out. 2006.

PAES, A. H. P.; BAKKER, A.; SOE-AGNIE, C. J. Impact of dosage frequency on patient compliance. **Diabetes Care**, Alexandria, v. 20, n. 10, p. 1512-17, Oct. 1997.

PÉRES, D. S.; FRANCO, L. J.; SANTOS, M. A. Comportamento alimentar em mulheres portadoras de diabetes tipo 2. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 310-17, 2006.

PLADEVALL, M.; WILLIAMS, L. K.; POTTS, L. A.; DIVINE, G.; XI, H.; LAFATA, J. E. Clinical outcomes and adherence to medications measured by claims data in patients with diabetes. **Diabetes Care**, Alexandria, v. 27, n. 12, p. 2800-805, dec. 2004.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. Métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004. cap. 8, 163-98.

PROCIDANO, M. E.; HELLER, K. Measures of perceived social support from friends and from family: three validation studies. **American Journal of Community Psychology**, New York, v. 11, n. 1, p. 1-24, 1983.

PROCIDANO, M. E.; SMITH, W. W. Assessing perceived social support: the importance of context. In: PIERCE, G. R.; LAKEY, B.; SARASON, I. G.; SARASON, B. R. (Eds.). **Sourcebook of social support and personality**. New York: Plenum Press, 1997. cap. 5, p. 93-106.

RABELO, D. F.; NÉRI, A. L. Recursos psicológicos e ajustamento pessoal frente à incapacidade funcional na velhice. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 10, n. 3, p. 403-12, set./out. 2005.

RAMALHINHO, I. M. P. S. **Adesão à terapêutica medicamentosa anti-hipertensiva**: contributo para o seu estudo. 1994. 82 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 1994.

RAMOS, M. P. Apoio social e saúde entre idosos. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 4, n. 7, p. 156-75, jan./jun. 2002.

REID, E. L.; MORGAN, R. W. Exercise prescription: a clinical trial. **American Journal of Public Health**, New York, v. 69, n. 6, p. 591-95, Jun. 1979.

REZENDE, L. K.; MENDES, I. J. M.; SANTOS, B. M. O. Suporte social para idosos portadores de insuficiência cardíaca. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, Araraquara, v. 28, n.1, p. 107-11, 2007.

RHEE, M. K.; SLOCUM, W.; ZIEMER, D. C.; CULLER, S. D.; COOK, C. B.; EL-KEBBI, I. M.; GALLINA, D. L.; BARNES, C.; PHILLIPS, L. S. Patient adherence improves glycemic control. **The Diabetes Educator**, Thousand Oaks, v. 31, n. 2, p. 240-50, Mar./Apr. 2005.

RODRIGUES, M. S. P.; SOBRINHO, E. H. G.; SILVA, R. M. A família e sua importância na formação do cidadão. **Família, Saúde e Desenvolvimento**, Londrina, v. 2, n. 2, p. 40-48, jul./dez. 2000.

ROOK, K. S. The negative side of social interaction: impact on psychological well-being. **Journal of Personality and Social Psychology**, Washington, v. 46, n. 5, p. 1097-108, 1984.

ROSA, A. R.; KAPCZINSKI, F.; OLIVA, R.; STEIN, A.; BARROS, H. M. T. Monitoramento da adesão ao tratamento com lítio. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 33, n. 5, p. 249-61, 2006.

ROSA, M. A.; ELKIS, H. Adesão em esquizofrenia. **Revista Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 34, p. 189-92, 2007. Supl. 2.

ROSENFELD, S.; WENZEL, S. Social networks and chronic mental illness: a test of four perspectives. **Social Problems**, Berkeley, v. 44, n. 2, p. 200-16, May 1997.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. 708 p.

ROYAL PHARMACEUTICAL SOCIETY OF GREAT BRITAIN. **From compliance to concordance**: achieving shared goals in medicine taking. London: RPS, 1997. 55 p.

ROZENFELD, Y.; HUNT, J. S.; PLAUSCHINAT, C.; WONG, K. S. Oral antidiabetic medication adherence and glycemic control in managed care. **American Journal of Managed Care**, Boston, v. 14, n. 2, p. 71-5, Feb. 2008.

RUBIN, R. R. Adherence to pharmacologic therapy in patients with type 2 diabetes mellitus. **The American Journal of Medicine**, Tucson, v. 118, n. 5A, p. 27S-34S, May 2005.

RUSH, M. M. Perceived social support: dimensions of social interaction among sober female participants in Alcoholics Anonymous. **Journal of the American Psychiatric Nurses Association**, Arlington, v. 8, n. 4, p. 114-19, Aug. 2002.

SABORIT, A. R. **Apoyo social y funcionamiento familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis**. 2003. 57 f. Trabajo para optar por el título de Master en Psicología de la Salud – Escuela Nacional de Salud Pública, Ciudad Habana, Cuba, 2003.

SACKETT, D. L.; SNOW, J. C. The magnitude of compliance and noncompliance. In: HAYNES, R. B.; TAYLOR, D. W.; SACKETT, D. L. **Compliance in Health Care**. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1979. p. 11-22.

SANTIN, A.; CERESÉR, K.; ROSA, A. Adesão ao tratamento no transtorno bipolar. **Revista Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 32, p. 105-09, 2005. Supl. 1.

SANTOS, M. C. Adesão em pediatria – do modelo biomédico ao modelo transacional : contribuições para a intervenção dos profissionais de saúde. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 6, n. 2, p. 145-56, 2005.

SANTOS, Z. M. S. A.; FROTA, M. A.; CRUZ, D. M.; HOLANDA, S. D. O. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 3, p.332-40, jul./set. 2005.

SARASON, I. G.; LEVINE, H. M.; BASHAM, R. B.; SARASON, B. R. Assessing social support: the social support questionnaire. **Journal of Personality and Social Psychology**, Washington, v. 44, n. 1, p. 127-39, 1983.

SÁVIO, K. E. O.; COSTA, T. H. M.; SCHMITZ, B. A. S.; SILVA, E. F. Sexo, renda e escolaridade associados ao nível de atividade física de trabalhadores. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 457-63, jun. 2008.

SCHAFER, L. C.; McCAUL, K. D.; GLASGOW, R. E. Supportive and non-supportive family behaviors: relationships to adherence and metabolic control in persons with type I diabetes. **Diabetes Care**, Alexandria, v. 9, n. 2, p. 179-85, Mar./Apr. 1986.

SELEY, J. J.; WEINGER, K. The state of the science on nursing best practices for diabetes self-management. **The Diabetes Educator**, Thousand Oaks, v. 33, n. 4, p. 616-26, 2007.

SERAPIONI, M. O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 243-53, 2005. Supl.

SHEA, S.; MISRA, D.; EHRLICH, M. H.; FIELD, L.; FRANCIS, C. K. Correlates of nonadherence to hypertension treatment in a inner-city minority population. **American Journal of Public Health**, New York, v. 82, n. 12, p. 1607-612, Dec. 1992.

SHERBOURNE, C. D.; HAYS, R. D. Marital status, social support, and health transitions in chronic disease patients. **Journal of Health and Social Behavior**, Washington, v. 31, n. 4, p. 328-43, dec. 1990.

SHERBOURNE, C. D.; STEWART, A. L. The MOS Social Support Survey. **Social Science and Medicine**, Leicester, v. 32, n. 6, p. 705-14, 1991.

SHERBOURNE, C. D.; MEREDITH, L. S.; ROGERS, W.; WARE Jr., J. E. Social support and stressful life events: age differences in their effects on health-related quality of life among the chronically ill. **Quality of Life Research**, Amsterdam, v. 1, n. 4, p. 235-46, aug. 1992.

SIEBER, W. J.; KAPLAN, R. M. Informed adherence: the need for shared medical decision making. **Controlled Clinical Trials**, New York, v. 21, p. 233S-40S, jun. 2000.

SILVA, I.; PAIS-RIBEIRO, J.; CARDOSO, H. Adesão ao tratamento da diabetes mellitus: a importância das características demográficas e clínicas. **Referência**, Porto, v. 2, n. 2, 34-41, jun. 2006.

SILVA, R. C.; RUIZ, T. Os pacientes infartados seguem as recomendações e prescrições no momento da alta hospitalar? Estudo de 74 casos. **Jornal Brasileiro de Medicina**, Rio de Janeiro, v. 91, n. 4, p. 49-54, out. 2006.

SKINNER, T. C.; JOHN, M.; HAMPSON, S. E. Social support and personal models of diabetes as predictors of self-care and well-being: a longitudinal study of adolescents with diabetes. **Journal of Pediatric Psychology**, Cincinnati, v. 25, n. 4, p. 257-67, 2000.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Tratamento e acompanhamento do diabetes mellitus**: diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2007. 163 p.

STEPHANIE ROBERT, M. S. W. **Health priority**: social and economic factors that influence health. Madison: **University of Wisconsin-Madison**, 2002. 19 p.

STEWART, M. J.; TILDEN, V. P. The contributions of nursing science to social support. **International Journal of Nursing Studies**, London, v. 32, n. 6, p. 535-44, 1995.

STEWART, R. B.; CLUFF, L. E. A review of medication errors and compliance in ambulant patients. **Clinical Pharmacology and Therapeutics**, Alexandria, v. 13, n. 4, p. 463-68, Jul./Aug. 1972.

STEWART, R. B.; CARANASOS, G. J. Medication compliance in the elderly. **Medical Clinics of North America**, Saint Louis, v. 73, n. 6, p. 1551-63, nov. 1989.

TAN, M. Y.; MAGAREY, J. Self-care practices of Malaysian adults with diabetes and sub-optimal glycaemic control. **Patient Education and Counseling**, Oslo, v. 72, n. 2, p. 252-67, 2008.

TAYLOR, D. W.; SACKETT, D. L.; HAYNES, R. B.; JOHNSON, A. L.; GIBSON, E. S.; ROBERTS, R. S. Compliance with antihypertensive drug therapy. **Annals New York Academic of Science**, v. 304, p. 390-403, 1978.

THOITS, P. A. Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. **Journal of Health and Social Behavior**, Washington, v. 23, n. 2, p. 145-59, Jun. 1982.

THOITS, P. A. Stress, coping, and social support processes: where are we? What next? **Journal of Health and Social Behavior**, Washington, p. 53-79, 1995. Extra issue.

TILLOTSON, L. M.; SMITH, S. Locus of control, social support, and adherence to the diabetes regimen. **The Diabetes Educator**, Thousand Oaks, v. 22, n. 2, p. 133-39, mar./apr. 1996.

TOLJAMO, M.; HENTINEN, M. Adherence to self-care and social support. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 10, p. 618-27, 2001.

TOOBERT, D. J.; GLASGOW, R. E. Assessing diabetes self-management: the summary of Diabetes Self-care Activities Questionnaire. In _____ **Handbook of Psychology and Diabetes**. Clare Bradley: Harwood Academic Publishers, 1994.

TORQUATO, M. T. C. G.; MONTENEGRO, R. M. J.; VIANA, L. A. I.; SOUZA, R. A.H. G.; LANNA, C. M. M.; LUCAS, J. C. B.; BIDURIN, C.; FOSS, M. C. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban population aged 30-69 years in Ribeirão Preto (São Paulo), Brazil. **São Paulo Medical Journal**, São Paulo, v. 121, p. 224-230, 2003.

TORRES, H. C. **Avaliação de um programa educativo para controle de diabetes mellitus tipo 2 em Belo Horizonte, MG.** 2004. 126 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

TURK, D. C.; SPEERS, M. A. Diabetes mellitus: a cognitive-functional analysis of stress. In: BURISH, T. G.; BRADLEY, L. A. **Coping with chronic disease: research and applications.** New York: Academic Press, 1983. p. 191-213.

UCHINO, B. N.; CACIOPPO, J. T.; KIECOLT-GLASER, J. The relationship between social support and physiological process: a review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. **Psychological Bulletin**, Washington, v. 119, n. 3, p. 488-531, 1996.

UITEWAAL, P.; HOES, A.; THOMAS, S. Diabetes education on Turkish immigrant diabetics: predictors of compliance. **Patient Education and Counseling**, Oslo, v. 57, n. 2, p. 158-61, 2005.

UNDERWOOD, P. W. Social support: the promise and the reality. In: RICE, V. H. (Ed.). **Handbook of stress, coping and health: implications for nursing, research, theory, and practice.** Thousand Oaks: Sage Publication, 2000. p. 367-91.

UNITED KINGDOM PROSPECTIVE DIABETES STUDY. Response of fasting plasma glucose to diet therapy in newly presenting type II diabetic patients: UKPDS 7. **Metabolism: Clinical and Experimental**, Hampton, v. 39, n. 9, p. 905-12, Sep. 1990.

UNITED KINGDOM PROSPECTIVE DIABETES STUDY. Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes: UKPDS 38. **British Medical Journal**, London, v. 317, p. 703-13, Sep. 1998.

VALLA, V. V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 7-14, 1999. Supl. 2.

Van DAM, H. A.; van der HORST, F. G.; KNOOPS, L.; RYCKMAN, R. M.; CREBOLDER, H. F. J. M.; van den BORNE, B. H. W. Social support in diabetes: a systematic review of controlled intervention studies. **Patient Education and Counseling**, Oslo, v. 59, p. 1-12, 2005.

VINCZE, G.; BARNER, J. C.; LOPEZ, D. Factors associated with adherence to self-

monitoring of blood glucose among persons with diabetes. **The Diabetes Educator**, Thousand Oaks, v. 30, n.1, p. 112-25, Jan./Feb. 2004.

VINOKUR, A.; SCHUL, Y.; CAPLAN, R. D. Determinants of perceived social support: interpersonal transactions, personal outlook, and transient affective states. **Journal of Personality and Social Psychology**, Washington, v. 53, n. 6, p. 1137-145, 1987.

WAGNER, E.H.; AUSTIN, B.T.; DAVIS, C.; HINDMARSH, M.; SCHAEFER, J.; BONOMI, A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. Interventions that encourage people to acquire self-management skills are essential in chronic illness care. **Health Affairs**, Bethesda, v. 20, n. 6, p. 64-78, nov./dec. 2001.

WANG, C. Y.; FENSKE, M. M. Self-care of adults with non-insulin-dependent-diabetes mellitus: influence of family and friends. **The Diabetes Educator**, Thousand Oaks, v. 22, n. 5, p. 465-70, Sep./Oct. 1996.

WATKINS, J. D.; WILLIAMS, T. F.; MARTIN, D. A.; HOGAN, M. D.; ANDERSON, E. A study of diabetics patients at home. **American Journal of Public Health**, New York, v. 57, n. 3, p. 452-58, Mar. 1967.

WEN, L. K.; SHEPHERD, M. D.; PARCHMAN, M. L. Family support, diet, and exercise among older mexican americans with type 2 diabetes. **The Diabetes Educator**, Thousand Oaks, v. 30, n. 6, p. 980-93, Nov./Dec. 2004.

WESTAWAY, M. S.; 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. **Ethnicity and Health**, Amsterdam, v. 10, n. 1, p. 73-89, Feb. 2005.

WESTENBROEK, C.; TER HORST, G. J.; ROOS, M. H.; KUIPERS, S. D.; TRENTANI, A.; DEN BOER, J. A. Gender-specific effects of social housing in rats after chronic mild stress exposure. **Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry**, Québec, v. 27, p. 21-30, 2003.

WESTENBROEK, C.; DEN BOER, J. A.; VEENHUIS, M.; TER HORST, G. J. Chronic stress and social housing differentially affect neurogenesis in male and female rats. **Brain Research Bulletin**, Cardiff, v. 64, p. 303-08, 2004.

WETHINGTON, E.; KESSLER, R. C. Perceived support, received support, and adjustment to stressful life events. **Journal of Health and Social Behavior**,

Washington, v. 27, n. 1, p. 78-89, mar. 1986.

WEYERS, S.; DRAGANO, N.; MÖBUS, S.; BECK, E. M.; STANG, A.; MÖHLENKAMP, S.; JÖCKEL, K. H.; ERBEL, R.; SIEGRIST, J. Low socio-economic position is associated with poor social networks and social support: results from the Heinz Nixdorf Recall Study. **International Journal for Equity in Health**, London, v. 7, n. 13, p. 1-7, 2008.

WHITTEMORE, R.; MELKUS, G. D. Designing a research study. **The Diabetes Educator**, Thousand Oaks, v. 34, n. 2, p. 201-16, Mar./Apr. 2008.

WILSON, W.; ARY, D. V.; BIGLAN, A.; GLASGOW, R. E.; TOOBERT, D. J.; CAMPBELL, D. R. Psychosocial predictors of self-care behaviors (compliance) and glycemic control in non-insulin-dependent diabetes mellitus. **Diabetes Care**, Alexandria, v. 9, n. 6, p. 614-22, Nov./Dec. 1986.

WINKLER, A.; TEUSCHER, A. U.; MUELLER, B.; DIEM, P. Monitoring adherence to prescribed medication in type 2 diabetic patients treated with sulfonylureas. **Swiss Medical Weekly**, Basel, v. 132, p. 379-85, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Adherence to long-term therapies**: evidence for action. Geneva, Switzerland: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Physical status**: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: WHO, 1995. Report of a WHO Expert Committee.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing chronic diseases-a vital investment**. Geneva, Switzerland: WHO, 2005, 31p.

ZOU, K. H.; TUNCALI, K.; SILVERMAN, S. G. Correlation and Simple Linear Regression. **Radiology**, Easton, v. 227, n. 3, p. 617-22, jun. 2003.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Dados Sócio-Demográficos, Clínicos e Hábitos de Vida

--	--	--

I- IDENTIFICAÇÃO

Iniciais: _____ Registro: _____

Endereço: _____ Tel: _____

Data: _____ Início da entrevista: _____ Término: _____

Nome do entrevistador: _____

Peso (em Kg):

 1ª P.A.S (em mmHg) – sentada:

Altura (em cm):

 1ª P.A.D. (em mmHg) – sentada:

IMC (kg/cm2):

 2ª P.A.S (em mmHg)- sentada:

2ª P.A.D. (em mmHg) – sentada:

Média P.A.S. (em mmHg):

 Média P.A.D. (em mmHg):

1ª Circ. Abdom. (em cm):

 2ª Circ. Abdom. (em cm):

Média Circ. Abdom. (em cm):

1) **Sexo:** 1- Masculino 2- Feminino

2) **DN (dd/mm/aaaa):** _____ **Idade (anos completos):**

Procedência (onde reside):

- 1- Ribeirão Preto
2- Região de Ribeirão Preto
3- Outros municípios do Estado de São Paulo
4- Outros Estados: _____

3) **Estado civil:**

- 1- Solteiro (a) 2- Casado (a) / Amasiado (a)
3- Divorciado (a) / Separado (a) 4- Viuvo

4) **Escolaridade:**

- 1- analfabeto 2- sem escolaridade/ alfabetizado
3- primeiro grau incompleto 4- primeiro grau completo
5- segundo grau incompleto 6- segundo grau completo
7- terceiro grau incompleto 8- terceiro grau completo

5) **Ocupação:** _____

7) **Qual o número de membros residentes na casa onde o(a) Sr(a) mora:**

8) **Qual é aproximadamente a renda mensal familiar, (em reais):**

II- DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

9) Tempo de diagnóstico (anos completos)

Para as questões 10 a 12: 1- sim 2- às vezes 3- não

O(a) Sr(a) está tratando o diabetes com:

10) Dieta 11) Atividade física

12) Remédio Caseiro / chá (qual) :

Uso de insulina:

13) Tempo (em anos) 14) Freq. Diária de aplicação

15) Tipos de insulina que utiliza: 1- LISPRO 2- Regular 3- NPH/lenta
4- Ultra lenta 5- Pré-mistura 6- NPH+R 7- Outra resposta 9- NSA

Uso de antidiabético oral:

16) Tempo (em anos) 17) Freq. Diária de tomada

18) Tipo de antidiabético oral que utiliza: 1- Sulfoniluréias 2- Biguanidas
3- Toglitzzone 4- Acarbose 5- Associações 9- NSA

Para as questões de 19 e 20: 1- sim 2- às vezes 3- não

19) Participa de algum grupo de orientação sobre o diabetes?

20) Comparece aos retornos marcados?

III- HÁBITOS DE VIDA

21) O(a) Sr (a) fuma ?

- 1 - um maço ou mais por dia 2- menos de um maço por dia
3- apenas cig de palha/cach. 4- não/ parou há menos de 1 ano
5- não/ parou há 1 ano ou mais 6- nunca fumou

22) Por quanto tempo o(a) Sr (a) fumou/fuma (em anos)?
(zero = nunca fumou / meses = 1 ano)

23) Alguém na sua residência/trabalho fuma ? 1- sim 2 - não

Para as questões 24 a 29:

Quais dessas bebidas alcoólicas o(a) Sr(a) costuma beber ? E com que frequência ?

- 1- 4 a 7 vezes por semana (diariamente ou quase)
2- até 3 vezes por semana (fins de semana)
3- eventualmente / raramente
4- não bebe

24) Cerveja 25) Vinho 26) Destilados (Whisky/pinga/cognac)

27) Licores 28) Vermutes 29) Outro tipo de bebida

30) O(a) Sr(a) pratica alguma atividade física?

- 1- regularmente 2- esporadicamente 3- não

--	--	--

APÊNDICE B - Diagnósticos / Resultados De Exames Laboratoriais

Iniciais: _____ Nº Registro: _____

Diagnósticos :

[illegible]

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Estamos realizando o estudo intitulado “Apoio social, adesão ao tratamento e controle metabólico de pessoas com diabetes mellitus tipo 2”, ligado à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo. A finalidade deste estudo é avaliar como as pessoas com diabetes mellitus percebem o apoio social que recebem para auxiliar no seu tratamento. Entende-se por apoio social toda ajuda vinda de outras pessoas para o cuidado do diabetes. O presente estudo poderá ajudar o profissional da saúde a conhecer melhor as formas que as pessoas possuem para ajustar-se no seu tratamento e, desta maneira, melhorar a sua saúde.

As pessoas que participarão do estudo serão selecionadas a partir da listagem de atendimento do Ambulatório de Diabetes do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, e serão atendidas conforme a rotina da unidade. Está prevista a participação de 160 (cento e sessenta) pessoas no estudo.

A participação de cada pessoa consistirá em responder a três questionários: um referente ao apoio que recebem de outras pessoas no cuidado do diabetes; outro relacionado ao seguimento do tratamento com medicamentos; e outro, relacionado ao seguimento das recomendações de dieta e exercícios. A finalidade destes questionários é identificar como as pessoas percebem o apoio que estão recebendo e como as pessoas estão seguindo o tratamento do diabetes. Estes questionários serão aplicados pela própria pesquisadora, às segundas-feiras, no período da tarde (das 12:00 às 16:00 horas), em sala privativa, no mesmo dia da consulta com a equipe de saúde ou, se a pessoa preferir, em outra data a ser agendada em comum acordo. Também serão coletadas, no prontuário, informações a respeito do diabetes (tempo de diagnóstico, tipo de tratamento e resultado de exames laboratoriais).

Portanto estamos convidando o(a) senhor(a) para participar do presente estudo e esclarecemos que:

- A participação é voluntária, ou seja, não há obrigatoriedade em participar;
- A participação não será remunerada e nem acarretará em prejuízos financeiros;
- Os participantes terão assegurado o anonimato, ou seja, não será divulgado o nome em nenhum momento, principalmente se o estudo for publicado em revista científica;
- A pessoa terá o direito de recusar a participar em qualquer momento do estudo, mesmo tendo concordado inicialmente;
- Caso a pessoa não concorde em participar do presente estudo, não acarretará em prejuízos no atendimento nesse Hospital;
- A pessoa terá o direito de receber toda e qualquer informação sobre o estudo, bem

como sobre sua participação;

- Não haverá qualquer tipo de risco em participar do estudo.

Eu,, portador(a) do RG n°
....., recebi todas as informações sobre os objetivos e procedimentos
do estudo, bem como em relação a forma de minha participação, e concordo em participar.

Assinatura: Data:

Pesquisadoras Responsáveis: Lilian Cristiane Gomes - RG n°: M- 7.671.121 SSP/MG;
Ana Emilia Pace – RG n°: 8.637.133-2 SSP/SP

Assinatura: Data:

Endereço:

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Avenida Bandeirantes, 3.900 – Campus
Universitário. Bairro Monte Alegre – Ribeirão Preto (SP)

Telefone para contato: (16) 3602-3401

ANEXOS

ANEXO 1 – Autorização para uso do Instrumento IRSS (versão original)**UNIVERSITY OF ILLINOIS
AT CHICAGO**

College of Medicine
Office of the Dean (MC 784)
1853 West Polk Street, Room 131
Chicago, Illinois 60612-7332

Joseph A. Flaherty, MD
Dean

December 6, 2007

Lilian Cristiane Gomes
Pos-graduate student of Nursing College at Ribeirão Preto
São Paulo University

Dear Ms. Gomes,

Thanks for your email. Yes, you have my permission to use the SSNI as is or with modifications. Please refer me in the published work and good luck.

I am enclosing a few papers should you need for reference.

Cordially,

Joseph Flaherty, M.D.
Dean, College of Medicine
Professor and Head

Enclosures:

Chicago

Peoria

UIC

Rockford

Urbana-Champaign

Phone (312) 996-3500 • Fax (312) 996-9006 • <http://www.uic.edu/depts/mcam>

ANEXO 2 - Autorização para uso do Instrumento IRSS (versão traduzida e adaptada)

Re: INventário da Rede de Suporte Social

Arquivo Editar Exibir Ferramentas Mensagem Ajuda

Responder Responde... Encaminhar Imprimir Excluir Anterior Avançar Endereços

De: Elenice D r p Lima
Data: quarta-feira, 13 de setembro de 2006 17:29
Para: Ana Emilia Pace
Assunto: Re: INventário da Rede de Suporte Social

Prezada Ana Emilia

Nao ha'nenhum problema na utilizacao da Escala na dissertação. Pode utilizar aonde quiser.

Quando os autores fizeram a pesquisa para desenvolver a Escala, eles perceberam que é importante a pessoa também sentir que seu apoio é bem recebido pelos que lhe cercam (para ela perceber que tem suporte neste meio social). Por isso incluíram os itens que investigam este aspecto.

A pontuação é a mesma.

Sinta-se 'a vontade para me escrever sempre que precisar.

Elenice

----- Original Message -----

From: Ana Emilia Pace <aepace@eerp.usp.br>

Date: Tuesday, September 12, 2006 3:13 pm

Subject: INventário da Rede de Suporte Social

ANEXO 3 – Autorização para uso do Instrumento QAAD (versão traduzida e adaptada)

The screenshot displays the OpenWebMail web interface. At the top, there is a menu bar with options: Arquivo, Editar, Exibir, Ferramentas, Mensagem, and Ajuda. Below this is a toolbar with icons for Responding, Replying, Forwarding, Printing, Deleting, Previous, Next, and Address Book. The email header shows the following details:

- De:** Salvo pelo Microsoft Internet Explorer 7
- Data:** segunda-feira, 11 de maio de 2009 17:04
- Para:** Nenhum
- Assunto:** Entrada: 53 mensagens não lidas - aepace@eerp.usp.br - 05/11/2009 06:02:53 pm -0200 - pt_BR.ISO8859-1 - OpenWebMail (z)

The main content area shows the email body, which includes a header section with the following information:

- Entrada (53/74)** (50KB)
- Mapa de Caracteres:** iso-8859-1 *
- De:** Mon, 11 May 2009 17:03:58 -0300
- De:** <http://www.google.com/search?q=aepace%40eerp.usp.br>
- Para:** "Ana Emilia Pace" <aepace@eerp.usp.br>
- Assunto:** Fw: questionário

The body text of the email is as follows:

----- Original Message -----
From: Heloisa de Carvalho Torres
To: aepace@eerp.usp.br
Sent: Friday, March 30, 2007 5:59 PM
Subject: questionário

Olá Ana Emilia,

Anexo envio o questionario e me coloco a sua disposição para maiores esclarecimentos, e quanto a autorização para usa-lo o autor original autoriza aplica-los em outros idiomas inclusive coloca os passos para o backtranslation.

Boa sorte,

Abracos carinhosos,

Heloisa

At the bottom of the email body, there is a section for attachments:

- Anexo 2: Questionário de Atividades do Autogerenciamento dos Cuidadosv.1.rtf (46KB)** Apagar Disco Web
- Tipo:** application/msword
- Codificação:** quoted-printable
- Baixar**

The footer of the interface shows "OpenWebMail version 2.53" and a link for "Ajuda?".

ANEXO 4 - Autorização para uso do Instrumento MAT (versão original)

Responder	Responde...	Encaminhar	Imprimir	Excluir	Anterior	Avançar	Endereços

De: lpl@iscte.pt
Data: quinta-feira, 11 de janeiro de 2007 10:50
Para: Ana Emilia Pace
Assunto: Re: Medida de Adesão aos Tratamentos

> Prezada Dra Maria Luísa Lima
 >
 > Sou professora da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
 > e trabalho na Área de Cuidado à pessoa com Diabetes Mellitus. Li seu
 > artigo onde apresenta o instrumento "Medida de Adesão aos
 > Tratamentos". Gostaria de obter informações sobre a possibilidade de
 > uma aluna de pós graduação, Lilian Cristiane Gomes, sob minha
 > orientação utilizá-lo no estudo que desenvolveremos " Suporte Social
 > e o controle metabólico das pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2 em
 > seguimento ambulatorial".
 >
 > Obrigada pela atenção
 > Aguardando vossa resposta, apresento os meus cumprimentos.
 > Atenciosamente
 >
 > Ana Emilia Pace
 >
 > Profa. Dra. da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da
 > Universidade de São Paulo
 > Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o
 > desenvolvimeto da Pesquisa em Enfermagem.
 > Av. Bandeirantes 3900
 > 14040-902 Ribeirão Preto SP Brasil. e-mail aepace@eerp.usp.br. fone
 > (55) 16 3602-3401

Re: Medida de Adesão aos Tratamentos - Unicode (UTF-8)							
Arquivo	Editar	Exibir	Ferramentas	Mensagem	Ajuda		

Responder	Responde...	Encaminhar	Imprimir	Excluir	Anterior	Avançar	Endereços

De: lpl@iscte.pt
Data: quinta-feira, 11 de janeiro de 2007 10:50
Para: Ana Emilia Pace
Assunto: Re: Medida de Adesão aos Tratamentos

Prof. Emília Pace,

 Tenho todo o gosto que utilize a escala. Desejo-lhe os maiores
 sucessis na vossa investigação.
 Luisa
 Citando Ana Emilia Pace <aepace@eerp.usp.br>:

 >
 >

ANEXO 5 - Inventário Da Rede De Suporte Social⁹**(SOCIAL SUPPORT NETWORK INVENTORY)¹⁰**

Liste abaixo todas as pessoas próximas a você, ou que têm provido algum suporte/apoio durante a sua experiência de enfermidade. Por exemplo, membros da família, amigos, vizinhos, médicos, terapeutas, enfermeiros e colegas de trabalho. Qualquer pessoa que fizer parte importante de sua vida neste momento deve entrar na lista, mesmo que você não a veja sempre.

Liste, ainda, grupos aos quais você pertence e que lhe têm fornecido algum suporte/apoio neste momento de enfermidade. Por exemplo, igreja, associações.

Coloque apenas o primeiro nome de cada pessoa em sua lista. Indique o relacionamento desta pessoa para com você no espaço após cada nome. Por exemplo: João, primo; Maria, terapeuta; Brenda, amiga; William, vizinho; Carolina, mãe, William, tio.

LISTA DA REDE SOCIAL**PRIMEIRO NOME****RELACIONAMENTO**

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Da lista acima, por favor, escolha 5 pessoas que lhe dão mais suporte/apoio. Se você preferir, pode escolher 4 pessoas e 1 grupo. Se o apoio que você recebe é de menos de 5 pessoas, liste apenas estas pessoas.

PESSOA

1. _____

⁹ Tradução 2005, Elenice D.R.P. Lima

¹⁰ Copyright 1981, 2006, Joseph A. Flaherty and F. Moises Gaviria

2. _____

PESSOA ou GRUPO

3. _____

5. _____

4. _____

(por favor , mencione o nome do grupo)

Responda agora uma série de 10 questões sobre o suporte que você recebe destas 5 pessoas (ou 4 pessoas e 1 grupo). Escreva o nome da pessoa no espaço providenciado, e o relacionamento desta pessoa com você. Se você escolheu 4 pessoas e 1 grupo, use a série de questões nº 5 para indicar o suporte do grupo.

PESSOA # 1 _____ RELACIONAMENTO _____

Leia cada questão e circule a letra que melhor a responde:.

1. Com qual frequência você fala ou encontra com esta pessoa?

A. Uma vez por ano ou menos B. Poucas vezes por ano C. Uma vez por mês D. Uma vez por semana E. Quase todo dia

2. Quanto esta pessoa é disponível para você?

A. Quase nunca B. Muito pouco C. Algumas vezes D. Muitas vezes E. Sempre

3. Quanto você é chegada a esta pessoa?

A. Me sinto desconfortável em discutir qualquer coisa com esta pessoa.

B. Me sinto desconfortável em discutir a maioria das coisas com esta pessoa.

C. Posso discutir algumas coisas com esta pessoa.

D. Me sinto confortável em discutir a maioria das coisas com esta pessoa, mas não tudo.

E. Posso discutir qualquer coisa com esta pessoa, inclusive meus pensamentos, medos e ambições

4. Com qual frequência você recebe assistência prática desta pessoa? Assistência prática se refere a coisas como empréstimo de dinheiro, caronas, ajuda para conseguir um trabalho ou lugar para morar, roupas, ou qualquer outra ajuda a um problema prático.

A. Nunca B. Quase nunca C. Algumas vezes D. Com frequência E. Sempre

5. Com qual frequência você tem oportunidade de dar alguma assistência prática a esta pessoa?

A. Nunca B. Quase nunca C. Algumas vezes D. Com frequência E. Sempre

6. Com qual frequência você recebe apoio emocional desta pessoa? Apoio emocional se refere a ser ouvido, conversar, ser confortado, ou apenas estar com a pessoa.

A. Nunca B. Quase nunca C. Algumas vezes D. Com frequência E. Sempre

7. Com qual frequência você tem oportunidade de dar apoio emocional para esta pessoa?

A. Nunca B. Quase nunca C. Algumas vezes D. Com frequência E. Sempre

8. Com qual frequência esta pessoa faz você se sentir apreciado ou valorizado?

A. Nunca B. Quase nunca C. Algumas vezes D. Com frequência E. Sempre

9. Com qual frequência esta pessoa o ajuda a esclarecer seus alvos ou direção na vida, ou com qual frequência você espera receber este tipo de ajuda desta pessoa, se precisar?

A. Nunca B. Quase nunca C. Algumas vezes D. Com frequência E. Sempre

10. Quanto apoio você recebe desta pessoa nesta atual enfermidade e nas situações relacionadas com ela?

A. Não entrei em contato com esta pessoa. B. O apoio não ajudou C. Não senti apoio
D. Senti um pouco de apoio E. Senti um bom apoio F. Senti muito apoio

Por favor, comente:

PESSOA # 2 _____ RELACIONAMENTO _____

Leia cada questão e circule a letra que melhor a responde:.

1. Com qual frequência você fala ou encontra com esta pessoa?

A. Uma vez por ano ou menos B. Poucas vezes por ano C. Uma vez por mês D. Uma vez por semana E. Quase todo dia

2. Quanto esta pessoa é disponível para você?

A. Quase nunca B. Muito pouco C. Algumas vezes D. Muitas vezes E. Sempre

3. Quanto você é chegada a esta pessoa?

A. Me sinto desconfortável em discutir qualquer coisa com esta pessoa.

B. Me sinto desconfortável em discutir a maioria das coisas com esta pessoa.

C. Posso discutir algumas coisas com esta pessoa.

D. Me sinto confortável em discutir a maioria das coisas com esta pessoa, mas não tudo.

E. Posso discutir qualquer coisa com esta pessoa, inclusive meus pensamentos, medos e ambições

4. Com qual frequência você recebe assistência prática desta pessoa? Assistência prática se refere a coisas como empréstimo de dinheiro, caronas, ajuda para conseguir um trabalho ou lugar para morar, roupas, ou qualquer outra ajuda a um problema prático.

A. Nunca B. Quase nunca C. Algumas vezes D. Com frequência E. Sempre

5. Com qual frequência você tem oportunidade de dar alguma assistência prática a esta pessoa?

A. Nunca B. Quase nunca C. Algumas vezes D. Com frequência E. Sempre

6. Com qual frequência você recebe apoio emocional desta pessoa? Apoio emocional se refere a ser ouvido, conversar, ser confortado, ou apenas estar com a pessoa.

A. Nunca B. Quase nunca C. Algumas vezes D. Com frequência E. Sempre

7. Com qual frequência você tem oportunidade de dar apoio emocional para esta pessoa?

A. Nunca B. Quase nunca C. Algumas vezes D. Com frequência E. Sempre

8. Com qual frequência esta pessoa faz você se sentir apreciado ou valorizado?

A. Nunca B. Quase nunca C. Algumas vezes D. Com frequência E. Sempre

9. Com qual frequência esta pessoa o ajuda a esclarecer seus alvos ou direção na vida, ou com qual frequência você espera receber este tipo de ajuda desta pessoa, se precisar?

A. Nunca B. Quase nunca C. Algumas vezes D. Com frequência E. Sempre

10. Quanto apoio você recebe desta pessoa nesta atual enfermidade e nas situações relacionadas com ela?

A. Não entrei em contato com esta pessoa. B. O apoio não ajudou C. Não senti apoio
D. Senti um pouco de apoio E. Senti um bom apoio F. Senti muito apoio

Por favor, comente:

PESSOA # 3 _____ RELACIONAMENTO _____

Leia cada questão e circule a letra que melhor a responde:.

1. Com qual frequência você fala ou encontra com esta pessoa?

A. Uma vez por ano ou menos B. Poucas vezes por ano C. Uma vez por mês D. Uma vez por semana E. Quase todo dia

2. Quanto esta pessoa é disponível para você?

A. Quase nunca B. Muito pouco C. Algumas vezes D. Muitas vezes E. Sempre

3. Quanto você é chegada a esta pessoa?

A. Me sinto desconfortável em discutir qualquer coisa com esta pessoa.

B. Me sinto desconfortável em discutir a maioria das coisas com esta pessoa.

C. Posso discutir algumas coisas com esta pessoa.

D. Me sinto confortável em discutir a maioria das coisas com esta pessoa, mas não tudo.

E. Posso discutir qualquer coisa com esta pessoa, inclusive meus pensamentos, medos e ambições

4. Com qual frequência você recebe assistência prática desta pessoa? Assistência prática se refere a coisas como empréstimo de dinheiro, caronas, ajuda para conseguir um trabalho ou lugar para morar, roupas, ou qualquer outra ajuda a um problema prático.

A. Nunca B. Quase nunca C. Algumas vezes D. Com frequência E. Sempre

5. Com qual frequência você tem oportunidade de dar alguma assistência prática a esta pessoa?

A. Nunca B. Quase nunca C. Algumas vezes D. Com frequência E. Sempre

6. Com qual frequência você recebe apoio emocional desta pessoa? Apoio emocional se refere a ser ouvido, conversar, ser confortado, ou apenas estar com a pessoa.

A. Nunca B. Quase nunca C. Algumas vezes D. Com frequência E. Sempre

7. Com qual frequência você tem oportunidade de dar apoio emocional para esta pessoa?

A. Nunca B. Quase nunca C. Algumas vezes D. Com frequência E. Sempre

8. Com qual frequência esta pessoa faz você se sentir apreciado ou valorizado?

A. Nunca B. Quase nunca C. Algumas vezes D. Com frequência E. Sempre

9. Com qual frequência esta pessoa o ajuda a esclarecer seus alvos ou direção na vida, ou com qual frequência você espera receber este tipo de ajuda desta pessoa, se precisar?

A. Nunca B. Quase nunca C. Algumas vezes D. Com frequência E. Sempre

10. Quanto apoio você recebe desta pessoa nesta atual enfermidade e nas situações relacionadas com ela?

A. Não entrei em contato com esta pessoa. B. O apoio não ajudou C. Não senti apoio
D. Senti um pouco de apoio E. Senti um bom apoio F. Senti muito apoio

Por favor, comente:

PESSOA # 4 _____ RELACIONAMENTO _____

Leia cada questão e circule a letra que melhor a responde:.

1. Com qual frequência você fala ou encontra com esta pessoa?

A. Uma vez por ano ou menos B. Poucas vezes por ano C. Uma vez por mês D. Uma vez por semana E. Quase todo dia

2. Quanto esta pessoa é disponível para você?

A. Quase nunca B. Muito pouco C. Algumas vezes D. Muitas vezes E. Sempre

3. Quanto você é chegada a esta pessoa?

A. Me sinto desconfortável em discutir qualquer coisa com esta pessoa.

B. Me sinto desconfortável em discutir a maioria das coisas com esta pessoa.

C. Posso discutir algumas coisas com esta pessoa.

D. Me sinto confortável em discutir a maioria das coisas com esta pessoa, mas não tudo.

E. Posso discutir qualquer coisa com esta pessoa, inclusive meus pensamentos, medos e ambições

4. Com qual frequência você recebe assistência prática desta pessoa? Assistência prática se refere a coisas como empréstimo de dinheiro, caronas, ajuda para conseguir um trabalho ou lugar para morar, roupas, ou qualquer outra ajuda a um problema prático.

A. Nunca B. Quase nunca C. Algumas vezes D. Com frequência E. Sempre

5. Com qual frequência você tem oportunidade de dar alguma assistência prática a esta pessoa?

A. Nunca B. Quase nunca C. Algumas vezes D. Com frequência E. Sempre

6. Com qual frequência você recebe apoio emocional desta pessoa? Apoio emocional se refere a ser ouvido, conversar, ser confortado, ou apenas estar com a pessoa.

A. Nunca B. Quase nunca C. Algumas vezes D. Com frequência E. Sempre

7. Com qual frequência você tem oportunidade de dar apoio emocional para esta pessoa?

A. Nunca B. Quase nunca C. Algumas vezes D. Com frequência E. Sempre

8. Com qual frequência esta pessoa faz você se sentir apreciado ou valorizado?

A. Nunca B. Quase nunca C. Algumas vezes D. Com frequência E. Sempre

9. Com qual frequência esta pessoa o ajuda a esclarecer seus alvos ou direção na vida, ou com qual frequência você espera receber este tipo de ajuda desta pessoa, se precisar?

A. Nunca B. Quase nunca C. Algumas vezes D. Com frequência E. Sempre

10. Quanto apoio você recebe desta pessoa nesta atual enfermidade e nas situações relacionadas com ela?

A. Não entrei em contato com esta pessoa. B. O apoio não ajudou C. Não senti apoio
D. Senti um pouco de apoio E. Senti um bom apoio F. Senti muito apoio

Por favor, comente:

PESSOA # 5 ou GRUPO _____ RELACIONAMENTO _____

Leia cada questão e circule a letra que melhor a responde:.

1. Com qual frequência você fala ou encontra com esta pessoa?

- A. Uma vez por ano ou menos B. Poucas vezes por ano C. Uma vez por mês D. Uma vez por semana E. Quase todo dia

2. Quanto esta pessoa é disponível para você?

- A. Quase nunca B. Muito pouco C. Algumas vezes D. Muitas vezes E. Sempre

3. Quanto você é chegada a esta pessoa?

- A. Me sinto desconfortável em discutir qualquer coisa com esta pessoa.
B. Me sinto desconfortável em discutir a maioria das coisas com esta pessoa.
C. Posso discutir algumas coisas com esta pessoa.
D. Me sinto confortável em discutir a maioria das coisas com esta pessoa, mas não tudo.
E. Posso discutir qualquer coisa com esta pessoa, inclusive meus pensamentos, medos e ambições

4. Com qual frequência você recebe assistência prática desta pessoa? Assistência prática se refere a coisas como empréstimo de dinheiro, caronas, ajuda para conseguir um trabalho ou lugar para morar, roupas, ou qualquer outra ajuda a um problema prático.

- A. Nunca B. Quase nunca C. Algumas vezes D. Com frequência E. Sempre

5. Com qual frequência você tem oportunidade de dar alguma assistência prática a esta pessoa?

- A. Nunca B. Quase nunca C. Algumas vezes D. Com frequência E. Sempre

6. Com qual frequência você recebe apoio emocional desta pessoa? Apoio emocional se refere a ser ouvido, conversar, ser confortado, ou apenas estar com a pessoa.

- A. Nunca B. Quase nunca C. Algumas vezes D. Com frequência E. Sempre

7. Com qual frequência você tem oportunidade de dar apoio emocional para esta pessoa?

- A. Nunca B. Quase nunca C. Algumas vezes D. Com frequência E. Sempre

8. Com qual frequência esta pessoa faz você se sentir apreciado ou valorizado?

- A. Nunca B. Quase nunca C. Algumas vezes D. Com frequência E. Sempre

9. Com qual frequência esta pessoa o ajuda a esclarecer seus alvos ou direção na vida, ou com qual frequência você espera receber este tipo de ajuda desta pessoa, se precisar?

A. Nunca B. Quase nunca C. Algumas vezes D. Com frequência E. Sempre

10. Quanto apoio você recebe desta pessoa nesta atual enfermidade e nas situações relacionadas com ela?

A. Não entrei em contato com esta pessoa. B. O apoio não ajudou C. Não senti apoio
D. Senti um pouco de apoio E. Senti um bom apoio F. Senti muito apoio

Por favor, comente:

ANEXO 6 – Questionário das Atividades de Autocuidado com a Diabetes¹¹

Diabetes Self-Care Activities Questionnaire¹²

INSTRUÇÕES: Obrigado por preencher este formulário. As perguntas abaixo dizem respeito suas atividades de autocuidado com a diabetes *nos últimos 7 dias*. Por favor, responda as perguntas com o máximo de cuidado e honestidade possível. Suas respostas não serão divulgadas.

Iniciais: _____

Registro: _____

--	--	--

DIETA

As primeiras perguntas são sobre seus hábitos alimentares nos últimos 7 dias.

1. **Com qual frequência** você seguiu a dieta recomendada nos últimos 7 dias?
☐ Sempre ☐ Geralmente ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca

2. **Com qual frequência** você conseguiu limitar suas calorias (diminuindo alimentos que contém açúcar e massas) como recomendado para uma alimentação saudável no controle da Diabetes?
☐ Sempre ☐ Geralmente ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca

3. **Na última semana**, quantas vezes você incluiu nas suas refeições **alimentos saudáveis ricos em fibras**, tais como: FRUTAS FRESCAS, LEGUMES FRESCOS, PÃO INTEGRAL e FEIJÃO?
☐ Nenhuma ☐ 1 – 2 vezes ☐ 3 – 4 vezes ☐ 5 – 6 vezes ☐ 7 vezes ou mais

4. **Na última semana**, quantas vezes você incluiu nas suas refeições **alimentos ricos em gorduras**, tais como: MANTEIGA, ÓLEO, MAIONESE, FRITURAS, MOLHO DE SALADA, BACON, OUTRAS CARNES COM GORDURA OU PELE?
☐ Nenhuma ☐ 1 – 2 vezes ☐ 3 – 4 vezes ☐ 5 – 6 vezes ☐ 7 vezes ou mais

5. **Na última semana**, quantas vezes você incluiu doces e sobremesas, tais como tortas, bolos, gelatina, refrigerantes (comuns e não diet), biscoitos?
☐ Nenhuma ☐ 1 – 2 vezes ☐ 3 – 4 vezes ☐ 5 – 6 vezes ☐ 7 vezes ou mais

EXERCÍCIOS

¹¹ Validação transcultural por TORRES, H. C. (2004)

¹² Instrumento originalmente desenvolvido por TOOBERT e GLASGOW (1994)

6. **Em quanto dos últimos sete (7) dias da semana você** fez pelo menos 20 minutos de exercícios físicos?

() 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7

7. Com qual **freqüência nos últimos sete (7) dias** você fez os exercícios físicos recomendados para o controle da DIABETE, como por exemplo: (30 minutos de caminhada, natação, hidroginástica ou outros)?

() Sempre () Geralmente () Algumas vezes () Raramente () Nunca

8. **Em quantos dos últimos 7 dias** você fez os exercícios físicos recomendados para o controle da Diabetes, além das atividades domésticas ou daquelas que fazem parte do seu cotidiano de trabalho?

() 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7

ANEXO 7 - Medida de Adesão aos Tratamentos¹³
Adesão ao Tratamento Medicamentoso no Diabetes¹⁴

Iniciais: _____ Registro: _____

--	--	--

1) Alguma vez o(a) Sr(a) esqueceu de tomar os medicamentos para o diabetes?

() Sempre () Quase sempre () Com freqüência () Às vezes () Raramente () Nunca

2) Alguma vez o(a) Sr(a) foi descuidado(a) com o horário de tomada dos medicamentos para o diabetes?

() Sempre () Quase sempre () Com freqüência () Às vezes () Raramente () Nunca

3) Alguma vez o(a) Sr(a) deixou de tomar os medicamentos para o diabetes por ter se sentido melhor?

() Sempre () Quase sempre () Com freqüência () Às vezes () Raramente () Nunca

4) Alguma vez o(a) Sr(a) deixou de tomar os medicamentos para o diabetes, por sua iniciativa, por ter se sentido pior?

() Sempre () Quase sempre () Com freqüência () Às vezes () Raramente () Nunca

5) Alguma vez o(a) Sr(a) tomou um ou mais comprimidos para o diabetes, por sua iniciativa, por ter se sentido pior?

() Sempre () Quase sempre () Com freqüência () Às vezes () Raramente () Nunca

6) Alguma vez o(a) Sr(a) interrompeu o tratamento para o diabetes por ter deixado acabar os medicamentos?

() Sempre () Quase sempre () Com freqüência () Às vezes () Raramente () Nunca

7) Alguma vez o(a) Sr(a) deixou de tomar os medicamentos para o diabetes por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?

() Sempre () Quase sempre () Com freqüência () Às vezes () Raramente () Nunca

¹³ Instrumento originalmente desenvolvido por Delgado e Lima (2001)

¹⁴ Adaptado para as pessoas com DM por Faria (2008)

ANEXO 8 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa – Parte 1

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

www.hcrp.fmrp.usp.br

Ribeirão Preto, 30 de abril de 2008

Ofício nº 1522/2008
CEP/SPC

Prezada Senhora,

O trabalho intitulado **“SUPORTE SOCIAL, ADESAO AO TRATAMENTO E CONTROLE METABÓLICO DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2”**, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 265ª Reunião Ordinária realizada em 28/04/2008, e enquadrado na categoria: **APROVADO, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, de acordo com o Processo HCRP nº 2049/2008.

Este Comitê segue integralmente a Conferência Internacional de Harmonização de Boas Práticas Clínicas (IGH-GCP), bem como a Resolução nº 196/96 CNS/MS.

Lembramos que devem ser apresentados a este CEP, o Relatório Parcial e o Relatório Final da pesquisa.

Atenciosamente.

PROF. DR. SÉRGIO PEREIRA DA CUNHA
Coordenador do Comitê de Ética em
Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssima Senhora
LILIAN CRISTIANE GOMES
PROFª DRª ANA EMÍLIA PACE (Orientadora)
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP

Comitê de Ética em Pesquisa HCRP e FMRP-USP - Campus Universitário
FWA - 0000 2733; IRB - 0000 2186 e Registro SISNEP/CONEP nº 4
Fone (16) 3602-2228 - E-mail : cep@hcrp.fmrp.usp.br
Monte Alegre 14048-900 Ribeirão Preto SP

ANEXO 9 - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa – Parte 2

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

www.hcrp.fmrp.usp.br

Ribeirão Preto, 11 de dezembro de 2008.

Ofício Nº. 4434/2008.
CEP/MGV

PROCESSO HCRP Nº. 2049/2008.

Prezadas Senhoras,

O Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 278ª Reunião Ordinária, realizada em 08/12/2008, analisou e aprovou a solicitação de inclusão de um objetivo para a pesquisa: "SUPORTE SOCIAL, ADESÃO AO TRATAMENTO E CONTROLE METABÓLICO DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2". **O CEP aprovou a continuidade da pesquisa.**

Atenciosamente,

DRª. MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
Vice-Coordenadora do Comitê de Ética em
Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssimas Senhoras
LILIAN CRISTIANE GOMES
PROFª DRª ANA EMÍLIA PACE (ORIENTADORA)
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO-USP