



Percepção do apoio social pela pessoa com Diabetes *mellitus* e úlceras nos pés*

Perception of social support by individuals with diabetes mellitus and foot ulcers

Percepción del apoyo social de la persona con Diabetes mellitus y úlceras en los piés

Ana Laura Galhardo Figueira¹, Lílían Cristiane Gomes Villas Boas², Maria Cristina Foss de Freitas³, Milton César Foss⁴, Ana Emilia Pace⁵

RESUMO

Objetivo: Avaliar o apoio social percebido e sua relação com as variáveis sociodemográficas, clínicas e de controle metabólico em pessoas com Diabetes *mellitus* e úlceras nos pés, em seguimento ambulatorial. **Métodos:** Estudo de abordagem quantitativa, seccional, realizado por meio do Inventário da Rede de Suporte Social. **Resultados:** Houve elevada percepção de apoio social na amostra estudada, e as principais fontes de apoio foram os familiares e os profissionais da saúde. No estudo da relação entre o AS e as variáveis sociodemográficas, clínicas e de tratamento, não houve correlações estatisticamente significantes. Quanto às variáveis de controle metabólico, o valor da glicemia plasmática de jejum apresentou relação direta com o apoio social. **Conclusão:** A família foi a fonte de apoio mais apontada, reiterando sua importância no processo do cuidado à saúde.

Descritores: Diabetes mellitus; Pé diabético; Apoio social

ABSTRACT

Objective: To evaluate the perception of social support and the relationship of sociodemographic, clinical and metabolic control variables in individuals with diabetes mellitus and foot ulcers in an outpatient unit. **Methods:** A quantitative cross-sectional approach was carried out using a social support network inventory. **Results:** Participants had a high perception of social support; family and health professionals were identified as the main support sources. Fasting plasma glucose values were directly related with social support. **Conclusion:** Family members were identified as the main support source, which emphasizes their importance in the health care process.

Keywords: Diabetes mellitus; Diabetic Foot; Social Support

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el apoyo social percibido y su relación con las variables sociodemográficas, clínicas y de control metabólico de personas con Diabetes *mellitus* y úlceras en los piés, con seguimiento ambulatorio. **Métodos:** Estudio de abordaje cuantitativo, seccional, realizado por medio del Inventario de la Red de Soporte Social. **Resultados:** Hubo una elevada percepción de apoyo social en la muestra estudiada, siendo las principales fuentes de apoyo los familiares y los profesionales de la salud. En el estudio de la relación entre el AS y las variables sociodemográficas, clínicas y de tratamiento, no hubo correlaciones estadísticamente significativas. En cuanto a las variables de control metabólico, el valor de la glicemia plasmática en ayuno presentó relación directa con el apoyo social. **Conclusión:** La familia fue la fuente de apoyo más señalada, reiterando su importancia en el proceso del cuidado a la salud.

Descriptor: Diabetes mellitus; Pie diabético; Apoyo social

* Recorte do Projeto de Iniciação Científica PIBIC/CNPq – Processo nº 136927/2009-2

¹ Acadêmica do Curso de Graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – USP - Ribeirão Preto (SP), Brasil.

² Pós-graduanda (Doutorado) do Programa de Pós-graduação Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – USP – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

³ Pós-Doutor. Professor do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – USP – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

⁴ Professor Titular do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – USP – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

⁵ Professora Associada do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo - USP – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

INTRODUÇÃO

As alterações que ocorrem nos pés das pessoas com Diabetes Mellitus (DM), conseqüentes às complicações crônicas ou ao mau controle glicêmico, são responsáveis pelas úlceras e amputações em membros inferiores⁽¹⁾. Essas alterações requerem cuidados específicos e, na maioria das vezes, podem gerar maior demanda de Apoio Social (AS), seja relacionado à fonte (familiares, profissionais e outras) ou ao tipo, como emocional, instrumental e de informação^(2,3).

A presença de úlceras nos pés compromete a qualidade de vida da pessoa, visto que afeta sua autoimagem, autoestima, seu papel na família na sociedade; na presença de limitação física, pode ocorrer isolamento social e depressão^(4,5).

Estudo seccional que objetivou analisar os efeitos do AS na qualidade de vida, no controle glicêmico e nas complicações crônicas do DM, entre adultos portugueses, mostrou relação estatisticamente significativa entre maior satisfação com o AS e melhor qualidade de vida (p -valor $<0,05$)⁽⁶⁾.

Nesta perspectiva, outro estudo, também seccional, cujo objetivo foi comparar os níveis de ansiedade, depressão, bem-estar psicológico e estado de saúde percebido entre adultos noruegueses, acometidos pelo DM, com e sem história de úlcera nos pés, e adultos sem DM, mostrou que a história de úlcera nos pés foi significativamente associada à maior ocorrência de sintomas depressivos, menor bem-estar psicológico e menor percepção do estado de saúde (p -valor $=0,002$), em comparação às pessoas sem DM e àquelas com a doença, porém sem história de úlcera⁽⁷⁾.

O AS pode ser considerado um processo complexo e dinâmico que envolve os indivíduos e suas redes sociais, com o intuito de satisfazer suas necessidades, prover e complementar os recursos que possuem e, dessa forma, poder enfrentar novas situações⁽⁸⁾. Estudo seccional, realizado entre as pessoas com DM em seguimento ambulatorial em um Hospital Universitário do interior paulista, sem manifestações clínicas de complicações decorrentes da doença, cujo objetivo foi identificar a percepção de AS e analisar sua relação com as variáveis sociodemográficas, encontrou alta percepção de AS, sendo a família a principal fonte. Foram observadas as correlações estatisticamente significantes (p -valor $<0,05$) entre AS e idade, e entre AS e escolaridade, sendo esta última uma correlação inversa⁽⁹⁾.

Nas duas últimas décadas, tornou-se mais evidente o modo como as pessoas significativas e o apoio familiar repercutem na doença e em seu resultado⁽¹⁰⁾. A compreensão de fatores psicossociais, tais como o AS, é importante para a promoção de um cuidado integral às pessoas com DM. No entanto, a literatura apresenta

escassez de estudos que avaliem a percepção de AS pelas pessoas com DM e presença de úlceras nos pés⁽¹¹⁾.

Mediante a magnitude socioeconômica, emocional, física e, sobretudo a de cuidados, o presente estudo teve como objetivo avaliar a percepção de AS entre as pessoas com DM, com presença de úlcera nos pés e analisar a relação entre a percepção de AS e as variáveis sociodemográficas, clínicas e de controle metabólico no grupo estudado em seguimento ambulatorial.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo seccional, de abordagem quantitativa, desenvolvido no período entre novembro de 2009 e junho de 2010.

A amostra foi por conveniência, constituída por 30 pessoas acompanhadas no atendimento denominado “Pé Diabético” do Ambulatório de Endocrinologia e Metabologia do Hospital das Clínicas, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP).

A identificação dos participantes foi realizada por meio da agenda semanal de atendimentos. Após o aceite do convite, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi lido e assinado pelo participante e, a seguir, procederam-se – as entrevistas em salas reservadas para esse fim.

Na amostra foram incluídas, pessoas com DM tipos 1 e 2, idade mínima de 18 anos, que apresentavam úlceras nos pés e capazes de responder aos questionários. Dessa forma, a amostra compôs de 30 pessoas.

Para avaliar o AS, utilizou-se o Inventário da Rede de Suporte Social (IRSS)⁽¹²⁾, versão traduzida e adaptada à cultura brasileira do instrumento *The Social Support Network Inventory*⁽¹³⁾, que apresenta adequada consistência interna ($\alpha=0,95$)⁽¹³⁾. O IRSS é um instrumento que avalia tanto variáveis da rede social (fonte e tipo de contato) como componentes específicos de apoio social (disponibilidade, reciprocidade, apoio prático, apoio emocional e evento relacionado ao apoio). A rede social representa a estrutura dos relacionamentos sociais, e o AS, a interação social que ocorre entre as pessoas e suas respectivas redes sociais⁽¹⁴⁾.

Nesse instrumento, é necessário que o participante indique até dez pessoas ou grupos específicos (por exemplo, igreja, associações) com os quais possua (rede social global). Dessa lista inicial, o participante elege as pessoas de quem acredita receber maior apoio, podendo ser, no mínimo, uma e, no máximo, cinco, ou ainda um grupo específico (rede social parcial)^(12,13). Para cada pessoa identificada como fonte de AS, o participante indica o tipo de relacionamento que mantém com essa pessoa ou o grau de parentesco que tem com a mesma e, em seguida, responde a dez questões referentes à percepção do apoio recebido.

Dos dez itens que compõem cada escala, sete apresentam como resposta “nunca”, “quase nunca”, “algumas vezes”, “com frequência” e “sempre”, com escores de um a cinco, respectivamente. Os três itens seguintes mostram um padrão de resposta com enunciados diferentes, porém, seguem a mesma pontuação dos demais⁽¹³⁾. O escore de valor cinco indica elevada percepção de AS, e o de valor um, nenhum apoio percebido⁽¹³⁾.

Para o cálculo do escore de cada escala, soma-se a pontuação obtida nos itens e divide-se pelo número de itens (dez). Esse escore médio corresponde à percepção de apoio, fornecido pela pessoa identificada pelo respondente, em cada escala. Para obter a percepção geral do apoio recebido, ou seja, de todos os membros da rede social parcial, os escores médios são somados e divididos pelo número de escalas (cinco)⁽¹²⁾.

Os dados sociodemográficos, antropométricos, clínicos, de tratamento e controle metabólico foram registrados em instrumento previamente estruturado.

Os dados antropométricos: peso, em quilogramas (kg), foi aferido em balança digital, com capacidade para 200 kg; e a altura, em centímetros (cm), foi feita por meio de estadiômetro adulto de madeira, fixado em parede sem rodapé, com escala de 40 a 220 cm. Aos participantes, foi solicitada a retirada dos calçados e dos adereços sobre a cabeça, eles deveriam manter-se somente com roupas leves. Ambas as variáveis foram aferidas com técnica padronizada. Posteriormente, a altura foi convertida em metros (m) para o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), obtido pela razão peso/altura ao quadrado e categorizado em normal ($< 25,0 \text{ kg/m}^2$), sobrepeso ($25,0 - 29,9 \text{ kg/m}^2$) e obeso ($\geq 30,0 \text{ kg/m}^2$)⁽¹⁵⁾.

Para os dados clínicos, considerou-se o tempo de diagnóstico de DM autodeclarado em anos. A pressão arterial foi aferida por meio de aparelho digital de braço, automático, modelo HEM 742-Omron, com manguito para braços de 22 a 32 cm, mediante técnica padronizada. Foram realizadas duas aferições, após repouso de 5 minutos⁽¹⁶⁾, no braço direito, com a pessoa na posição sentada, pés no chão e pernas descruzadas. O intervalo entre as duas aferições correspondeu ao tempo médio do preenchimento dos instrumentos, cerca de 25 minutos. O valor final foi a média das duas medidas. Para a categorização dessa variável, utilizaram-se as recomendações do *The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure*⁽¹⁷⁾. O valor da pressão arterial sistólica considerado normal foi $< 130 \text{ mmHg}$ e alterado $\geq 130 \text{ mmHg}$ e o da pressão arterial diastólica normal foi $< 80 \text{ mmHg}$ e alterado $\geq 80 \text{ mmHg}$.

Para os dados de tratamento, explorou-se o tipo de tratamento medicamentoso utilizado (insulina, antidiabéticos orais), o tempo médio de uso, a frequência diária de aplicação/tomada e o tipo/classe.

As variáveis relacionadas ao controle metabólico (dados laboratoriais) foram obtidas por meio de consulta ao sistema eletrônico interno, sendo 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 $< 7\%$ ⁽¹⁸⁾; glicemia plasmática de jejum, método enzimático automatizado, valor de referência $< 130 \text{ mg/dl}$ ⁽¹⁸⁾; colesterol total, método enzimático automatizado, valor de referência $< 200 \text{ mg/dl}$ ⁽¹⁹⁾; colesterol de alta densidade (HDL), método enzimático automatizado, valor de referência $> 45 \text{ mg/dl}$ ⁽¹⁹⁾; colesterol de baixa densidade (LDL), método enzimático automatizado, valor de referência $< 100 \text{ mg/dl}$ ⁽¹⁸⁻¹⁹⁾; triglicerídeos, método enzimático automatizado, valor de referência $< 150 \text{ mg/dl}$ ⁽¹⁹⁾.

Os dados coletados foram armazenados no programa *Excel*, com dupla digitação e validação dos mesmos. Posteriormente, o banco de dados foi exportado para o programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 11.5, para análise exploratória uni e bivariada, com medidas de tendência central (média e mediana) e de variabilidade (desvio-padrão). A relação entre os escores de AS e as variáveis contínuas foi analisada por meio do coeficiente de correlação de Pearson. A força das correlações foi verificada de acordo com a seguinte classificação: fraca ($r < 0,3$), moderada ($0,3 < r < 0,6$) e forte ($r > 0,6$)⁽²⁰⁾. Para analisar a relação entre os escores de AS e as variáveis categóricas, utilizaram-se os testes T de Student e o de análise de variância (ANOVA). O nível de significância adotado foi de 0,05.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do HCFMRP-USP, Processo nº 6787/2009.

O tempo de duração das entrevistas variou de 15 a 40 minutos, com média de 24 minutos.

RESULTADOS

Caracterização sociodemográfica, clínica, de tratamento e controle metabólico

Destaca-se que, na caracterização sociodemográfica da amostra, a idade que variou entre 34 e 85 anos (média de 57 anos; DP=12,2). Dos 30 participantes, 17 (56,7%) eram do gênero masculino, 20 (66,7%) casados/amasiados, e todos (100%) tinham baixa escolaridade (média de 3,5 anos de estudo; DP=1,4), indicando baixo nível educacional e socioeconômico do grupo estudado. Em relação às características clínicas, o tempo de diagnóstico foi, em média, de 16,7 anos (DP=7,0). Aproximadamente, 84% dos participantes encontravam-se nas categorias “sobrepeso” e “obeso”; 63,3% e 83,3% apresentavam,

respectivamente, valores normais de pressão arterial sistólica e diastólica.

Referente às variáveis relacionadas ao tratamento, o uso de insulina foi o tratamento medicamentoso de maior frequência (60% dos participantes), cujo tempo médio de uso foi de 9,8 anos; a frequência diária de aplicação foi, em média, 2,3 vezes ao dia; e o tipo de insulina utilizada pela maioria dos participantes (57,1%) foi a mistura de NPH com Regular. Em relação aos antidiabéticos orais, o tempo médio de uso foi de 8,3 anos; a frequência diária de tomada foi, em média, de 2,5 vezes ao dia; e a classe terapêutica mais utilizada foi a das Biguanidas (83,4%).

Quanto ao controle metabólico (dados laboratoriais), com exceção do colesterol total, a média dos resultados, referente ao HDL e LDL colesterol e triglicérides, encontrou-se acima dos valores de normalidade para a maioria dos participantes (dados não mostrados), indicando um controle metabólico inadequado. Ao analisar somente o controle glicêmico, observou-se que a média do valor da glicemia plasmática de jejum foi de 145 mg/dl (DP=61,3), e a da hemoglobina glicada, 9,5% (DP=2,3). Sendo assim, dos 30 participantes, 19 (63,3%) apresentaram glicemia plasmática de jejum maior ou igual a 130 mg/dl, e 28 (93,3%), hemoglobina glicada maior ou igual a 7%.

Rede social e apoio social percebido

No presente estudo, tanto as redes social global como a social parcial dos participantes foram compostas, em média, por três pessoas, dentro de um intervalo possível de um a dez, limitado pelo instrumento IRSS. Os familiares representaram a principal fonte de apoio referida por 26 (86,7%) participantes, seguida dos profissionais da saúde referida por oito (26,7%) participantes (Tabela 1).

Tabela 1. Fontes de apoio referidas pela amostra estudada. Ribeirão Preto, SP, 2010

Fontes de apoio (n=30)	n(%)
Familiares	26(86,7)
Profissionais da saúde	8(26,7)
Amigos	3(10)
Igreja/Associações	2(6,7)
Chefia/Colegas de Trabalho	1(3,3)

Em relação ao AS, a média total obtida neste estudo foi de 4,3 (DP=0,5), mostrando uma elevada pontuação na percepção de apoio social dos participantes, em uma escala pontuada de 1 a 5, na qual escores mais altos significavam mais apoio. Os dados da Tabela 2 forneceram a avaliação do AS.

Tabela 2. Avaliação da percepção do apoio social na amostra estudada. Ribeirão Preto, SP, 2010

Dimensões	IRSS
Número de itens por fonte de apoio indicada	10
Número total de itens do instrumento	50
Intervalo possível	1 – 5
Intervalo obtido	3 – 5
Média (DP)	4,3 (0,5)
Mediana	4,4
Alfa de Cronbach (α)	0,91

A avaliação da percepção de apoio social pelo IRSS poderia alcançar um valor de 1 a 5. Na Tabela 2, observa-se um intervalo de 3 a 5 na amostra estudada. Mesmo não sendo objetivo do presente estudo, a confiabilidade do IRSS foi estimada pelo coeficiente alfa de Cronbach que indicou adequada consistência interna ($\alpha=0,91$).

Relação de Apoio Social com variáveis sociodemográficas, clínicas, de tratamento e controle metabólico

No estudo da relação entre o AS e as variáveis sociodemográficas, não foram observadas correlações estatisticamente significantes entre AS e idade ($r= -0,03$; p -valor= 0,99) e entre AS e escolaridade ($r= 0,12$; p -valor= 0,53). De modo similar, não foram observadas diferenças estatisticamente significantes nas médias dos escores de AS, em relação às variáveis gênero ($t= -1,236$; $p= 0,23$) e estado civil ($t= -0,206$; $p= 0,84$).

Quanto às variáveis clínicas, não foram observadas correlações estatisticamente significantes entre AS e tempo de diagnóstico ($r= -0,27$; $p= 0,14$), AS e pressão arterial sistólica ($r= 0,24$; $p= 0,19$), AS e pressão arterial diastólica ($r= 0,27$; $p= 0,15$) e entre AS e índice de massa corporal ($r= 0,18$; $p= 0,34$).

No que se refere às variáveis de tratamento, não foram verificadas diferenças estatisticamente significantes nas médias dos escores de AS em relação ao tipo de tratamento medicamentoso, bem como não foram percebidas correlações estatisticamente significantes entre AS, tempo de uso de insulina/antidiabético oral e frequência diária de aplicação/tomada desses medicamentos (dados não mostrados).

Destaca-se que, para os parâmetros de controle metabólico, foi verificada correlação direta e estatisticamente significativa ($r= 0,48$; $p=0,02$) entre AS e glicemia plasmática de jejum, sugerindo que quanto maior a percepção de AS maior será o valor daquela variável.

DISCUSSÃO

Conforme a caracterização sociodemográfica da amostra estudada, verificou-se que esta foi constituída

por adultos com média de 57 anos de idade, baixa escolaridade, casados/amasiados em relação ao estado marital, sendo a maioria dos participantes do gênero masculino. Com exceção da variável gênero, esses resultados assemelham-se aos do estudo realizado em uma amostra da mesma população da presente investigação, porém, sem manifestações de complicações da doença⁽⁹⁾. Pelo fato de o presente estudo ser direcionado às pessoas com DM apresentando complicações nos pés, era esperada uma frequência maior do gênero masculino, visto que, embora a literatura apresente controvérsias, estudos apontam maior ocorrência de pé diabético em homens⁽²¹⁾.

Em relação às variáveis clínicas, salienta-se que os participantes do presente estudo possuíam um tempo longo com DM, o que os predisponha a desenvolver complicações crônicas, destacando-se as relacionadas com os pés. Estudo brasileiro de prevalência municipal do pé diabético, desenvolvido na cidade de Recife (PE) em 2005, apontou uma prevalência de 9%⁽²²⁾.

Referente à composição da rede social, os resultados do presente estudo mostraram que a rede social global e a parcial dos participantes foram compostas, em média por três pessoas, diferindo do estudo desenvolvido em amostra do mesmo grupo populacional, porém sem complicações da doença em estágio avançado, cuja rede social global foi composta em média por seis pessoas e a parcial de quatro a cinco pessoas. No entanto, a família constituiu a principal fonte de apoio, sugerindo um comportamento de proximidade e apoio mútuo entre os membros das famílias brasileiras, o que corrobora o estudo anterior⁽⁹⁾. Os profissionais da saúde foram a segunda fonte mais citada, aspecto este que pode estar associado à ida frequente às clínicas ou aos hospitais para realização de curativos, percebida por muitos doentes, como uma ruptura do extremo isolamento em que vivem e como uma excepcional fonte de AS que eles temem vir a perder⁽²³⁾.

A presença de complicações associadas ao DM poderia, tanto colocar as pessoas em uma situação de maior dependência em relação aos outros e, por essa razão, apresentarem maior percepção de AS como limitar o convívio social e contribuir para subestimar o apoio recebido⁽²⁴⁾. Na análise da percepção de AS, os escores médios desta variável na amostra estudada foram semelhantes aos do estudo anteriormente realizado no mesmo grupo populacional, cuja amostra não apresentava complicações da doença em estágio avançado⁽⁹⁾. Isso parece sugerir não haver relação entre a presença de úlceras nos pés e a percepção de AS. Estudo seccional, realizado entre pessoas com DM de origem portuguesa, cujo objetivo foi avaliar os efeitos do AS na qualidade de vida, controle metabólico e desenvolvimento de complicações, mostrou que não houve diferenças estatisticamente significantes na percepção de AS entre as pessoas com e sem complicações crônicas da doença⁽⁶⁾.

A relação entre o AS e as variáveis sociodemográficas gênero e estado civil do presente estudo assemelham-se aos resultados de um estudo anterior⁽⁹⁾ e, diferem quanto as variáveis idade e escolaridade do mesmo estudo. A literatura tem evidenciado resultados controversos a respeito da relação do AS com escolaridade e outros indicadores socioeconômicos⁽²⁵⁾. Quanto à variável gênero, embora não tenham sido identificadas diferenças estatisticamente significantes nas médias de AS entre os gêneros no grupo estudado, estudos de revisão indicam que as mulheres tendem a perceber menos AS 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⁽²⁶⁾.

Em relação ao estado civil, no 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 sua existência seja mais prejudicial à saúde da pessoa do que à sua ausência⁽²⁷⁾. Por outro lado, estudo seccional cujo objetivo foi analisar as causas referidas na etiologia das úlceras em pés de adultos brasileiros com DM, sugere que as pessoas solteiras e/ou viúvas podem apresentar maior dificuldade para a prevenção dos problemas nos pés, visto que a presença de alguma limitação física, cognitiva ou sensorial, somada à idade avançada, pode se constituir em barreira para o autocuidado⁽²⁸⁾. Nessa perspectiva, o apoio familiar torna-se fundamental para a prevenção dos problemas com os pés⁽²⁹⁾.

Destaca-se que a ausência de relações entre o AS e as variáveis sociodemográficas pode ser atribuída ao tamanho amostral, o que indica a necessidade de ampliar a amostra estudada.

Na análise das variáveis clínicas e de tratamento com AS, não foram observadas correlações estatisticamente significantes, resultados estes similares aos do estudo 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 AS, as autoras também não identificaram relação entre esta variável e o tempo de diagnóstico⁽³⁰⁾.

Quanto à relação entre o AS e o controle metabólico, os resultados deste estudo foram condizentes com o estudo que objetivou analisar a interação entre gênero e AS, no controle metabólico de adultos com DM tipo 2, no qual foi observado que pessoas do gênero masculino com boa percepção de AS apresentaram pior controle metabólico e, em contrapartida, a satisfação com o AS esteve associada

a um melhor controle da doença entre as mulheres⁽³¹⁾. Embora haja similaridades entre ambos os estudos no que se refere à relação de AS e controle glicêmico, na presente investigação, não se realizou análise multivariada para investigar a relação das variáveis gênero e controle metabólico com AS, em razão do número de participantes.

Estudo descritivo realizado entre adultos acima de 20 anos e com DM tipo 2, mostrou que o escore de apoio familiar foi mais alto em um grupo com excelente controle glicêmico, que nos grupos com satisfatório e pobre controle⁽³²⁾. Mas, outro estudo realizado entre pacientes com DM tipo 2 acima de 60 anos de idade, não mostrou associação entre estas variáveis⁽³³⁾.

Em estudo com abordagem qualitativa e quantitativa sobre a percepção de comportamentos familiares de apoio e não apoio ao cuidado da pessoa com DM tipo 2, mostrou associação entre comportamentos de não apoio com relato de menor adesão ao tratamento medicamentoso do DM, que foi associado com pior controle glicêmico, sugerindo que, ao melhorar a adesão, indiretamente melhora o controle glicêmico. No entanto, este mesmo estudo não mostrou associação destas variáveis com comportamentos de apoio familiar⁽³⁴⁾.

Diante do exposto, os membros da família podem ter um impacto positivo ou negativo na saúde das pessoas com DM, interferindo ou facilitando nas atividades de autocuidado e, conseqüentemente, contribuir para amenizar os efeitos deletérios do estresse do controle glicêmico⁽³⁵⁾.

Algumas limitações do presente estudo merecem ser destacadas. A primeira refere-se aos estudos seccionais, nos quais o AS é avaliado uma única vez, o que impossibilita captar as influências dos eventos vitais na percepção de apoio. Em segundo lugar, a avaliação do AS por métodos indiretos (questionário) não revela a extensão em

que o apoio percebido reflete os reais comportamentos de apoio, visto que as características individuais também podem influenciar sua percepção.

Outro fator a ser considerado, que possa ter contribuído para um menor número de correlações estatisticamente significantes, foi a homogeneidade da amostra no que se refere às características sociodemográficas, clínicas e de tratamento. Portanto, pesquisas na área devem ser incentivadas, com amostras populacionais maiores, a fim de ampliar as análises das relações entre o AS e as demais variáveis.

CONCLUSÃO

Na amostra estudada observou-se elevada pontuação do AS. Não houve correlação estatisticamente significativa entre AS e as variáveis sociodemográficas e clínicas. Encontrou-se uma correlação estatisticamente significativa entre AS e glicemia plasmática de jejum, sendo este elemento fundamental no controle metabólico.

O número de pessoas que compõe a rede social foi menor no presente estudo, porém não houve diferença no que se refere à fonte e à percepção do AS, sendo a família a principal fonte de apoio.

Outras questões de pesquisa foram geradas, ou seja, a diferença entre os estudos, em relação à densidade da rede social, pode ser atribuída a uma questão de gênero ou às possíveis dificuldades relacionadas ao comprometimento de locomoção pela presença de úlcera nos pés.

Reitera-se que conhecer o processo e a estrutura do AS permite melhor entendimento do modo pela qual ocorrem as relações sociais das pessoas, no grupo estudado, e como essas relações podem facilitar ou promover comportamentos promotores e/ou protetores de saúde.

REFERÊNCIAS

- Boulton AJ, Vileikyte L, Ragnarson-Tennvall G, Apelqvist J. The global burden of diabetic foot disease. *Lancet*. 2005;366(9498):1719-24.
- House JS. Social support and social structure. *Sociol Forum (Randolph N J)*. 1987; 2 (1):135-6.
- Langford CP, Bowsler J, Maloney JP, Lillis PP. Social support: a conceptual analysis. *J Adv Nurs*. 1997; 25(1): 95-100.
- Fox A. Innocent beginnings, uncertain futures: exploring the challenges of living with diabetic foot ulcers. *Can J Diabetes*. 2005;29(2):105-10.
- Coelho MS, Silva DM, Padilha MI. Social representations of diabetic foot for people with type 2 diabetes mellitus. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(1):65-71.
- Silva I, Pais-Ribeiro J, Cardoso H, Ramos H, Carvalhosa SF, Dias S, et al. Impact of social support on quality of life, glycaemic control and disease chronic complications in diabetic patients. *Psicol Saúde Doenças*. 2003; 4(1):21-32.
- Iversen MM, Midtjell K, Tell GS, Moum T, Østbye T, Nortvedt MW, et al. The association between history of diabetic foot ulcer, perceived health and psychological distress: the Nord-Trøndelag Health Study. *BMC Endocr Disord*. 2009; 9(18):1-7.
- Martins RM. A relevância do apoio social na velhice. *Millenium [Internet]*. 2005 [citado 2005 Maio 07];31:128-34. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millenium/millenium31/9.pdf>.
- Gomes-Villas Boas LC, Santos CB, Foss-Freitas MC, Pace AE. A relação entre o apoio social e as características sociodemográficas das pessoas com diabetes mellitus. *Rev Gaúcha Enferm*. 2009;30(3):390-6.
- Franks P, Campbell TL, Shields CG. Social relationships and health: the relative roles of family functioning and social support. *Soc Sci Med*. 1992;34(7):779-88.
- Bishop A. Stress, social support and coping with a diabetic foot ulcer. *Diabet Foot J*. 2007;10(2):76-82.
- Dias Ribeiro de Paula Lima E, Norman EM, de Paula Lima A. Translation and adaptation of the Social Support Network Inventory in Brazil. *J Nurs Scholarsh*. 2005;37(3):258-60.
- Flaherty JA, Gaviria FM, Pathak DS. The measurement of social support: The Social Support Network Inventory. *Compr Psychiatry*. 1983;24(6):521-9.
- Stewart MJ, Tilden VP. The contributions of nursing science to social support. *Int J Nurs Stud*. 1995;32(6):535-44.

15. World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. Geneva: WHO; 1995.
16. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Rev Bras Hipertens*. 2010;17(1):11-7.
17. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL Jr, et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. *JAMA*. 2003;289(19):2560-72.
18. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes -- 2007. *Diabetes Care*. 2007;30 Suppl 1:S4-S41.
19. Sociedade Brasileira de Diabetes. Tratamento e acompanhamento do diabetes mellitus: diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2007. 163 p.
20. Zou KH, Tuncali K, Silverman SG. Correlation and simple linear regression. *Radiology*. 2003;227(3):617-22.
21. Tavares DM, Dias FA, Araújo LR, Pereira GA. [Profile of patients submitted to amputation related to diabetes mellitus. *Rev Bras Enferm*. 2009;62(6):825-30.
22. Vieira-Santos IC, Souza WV, Carvalho EF, Medeiros MC, Nóbrega MG, Lima PM. [Prevalence of diabetic foot and associated factors in the family health units of the city of Recife, Pernambuco State, Brazil, in 2005]. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(12):2861-70. Portuguese.
23. Hanestad BR. Self-reported quality of life and the effect of different clinical and demographic characteristics in people with type 1 diabetes. *Diabetes Res Clin Pract*. 1993;19(2):139-49.
24. Cheng TY, Boey KW. Coping, social support, and depressive symptoms of older adults with Type II diabetes mellitus. *Clin Gerontol*. 2000;22(1):15-30.
25. Ramos MP. Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologias*. 2002;4(7):156-75.
26. House JS, Umberson D, Landis KR. Structures and processes of social support. *Annu Rev Sociol*. 1988;14:293-318.
27. Allen SM, Ciambrone D, Welch LC. Stage of life course and social support as a mediator of mood state among persons with disability. *J Aging Health*. 2000;12(3):318-41.
28. Martin IS, Beraldo AA, Passeri SM, Freitas MC, Pace AE. Root causes for the development of foot ulcers of people with diabetes mellitus. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(2):218-24.
29. Cisneros LL, Goncalves LA. [Therapeutic education for diabetics: foot care in the reality of patients and family members]. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16 Suppl 1:1505-14. Portuguese.
30. Toljamo M, Hentinen M. Adherence to self-care and social support. *J Clin Nurs*. 2001;10(5):618-27.
31. Heitzmann CA, Kaplan RM. Interaction between sex and social support in the control of type II diabetes mellitus. *J Consult Clin Psychol*. 1984;52(6):1087-9.
32. Yun JO, Kim KN. Relationships of family support, diet therapy practice and blood glucose control in type II diabetic patients. *Nutr Res Pract*. 2009;3(2):141-8.
33. Kim ES, Lee SJ, Ryu OH, Lee JY, Yun HS, Choi MG. The relationship of family support with blood glucose control in elderly type 2 diabetic patients. *J Korean Diabetes Assoc*. 2007;31(5):435-43.
34. Mayberry LS, Osborn CY. Family support, medication adherence, and glycemic control among adults with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2012;35(6):1239-45.
35. Fisher L, Chesla CA, Skaff MM, Gilliss C, Mullan JT, Bartz RJ, et al. The family and disease management in Hispanic and European-American patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2000;23(3):267-72.