

ATEMDIMEL - APOIO TELEFÔNICO PARA O MONITORAMENTO EM DIABETES MELLITUS TIPO 2: EXPECTATIVAS E SATISFAÇÃO DOS PACIENTES

ATEMDIMEL - TELEPHONE SUPPORT FOR MONITORING IN DIABETES MELLITUS TYPE 2: EXPECTATIONS AND PATIENT SATISFACTION

ATEMDIMEL - SOPORTE DE TELÉFONO PARA MONITOREO EN DIABETES MELLITUS TIPO 2: EXPECTATIVAS Y SATISFACCIÓN DEL PACIENTE

Gabriela Marsola Olivatto¹, Carla Regina de Souza Teixeira², Marta Cristiane Alves Pereira³, Tânia Alves Canata Becker⁴, Paula Parisi Hodniki⁵, Plínio Tadeu Istilli⁶

RESUMO

Estudo observacional, qualitativo, que teve como objetivo avaliar as expectativas e satisfação de pacientes que receberam suporte telefônico para o monitoramento do diabetes

mellitus(DM) e caracterizá-los quanto às variáveis sociodemográficas. A amostra foi de 45 diabéticos, sendo que 18 participaram do grupo intervenção e 27 do grupo controle. Os dados foram obtidos através da pesquisa intitulada “Suporte Telefônico para o auto monitoramento de pessoas com diabetes mellitus utilizando o Modelo de Cuidado Crônico” que fizeram parte do grupo ATEMDIMEL - Apoio Telefônico para o Monitoramento em Diabetes Mellitus da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto (EERP/USP). Utilizamos dados coletados do início e término da pesquisa através de questionários subdivididos em três partes. A primeira, contendo variáveis sócio demográficas; sendo em ambos os grupos com predomínio do sexo feminino; estado civil casado; escolaridade média foi em torno de 6 anos; aposentados e religião em sua maioria católica. Na segunda e

¹Graduanda do 10o semestre do Curso de Graduação em Enfermagem- Licenciatura e Bacharelado da EERP/USP, Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: ibagabi@hotmail.com

² Possui graduação em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto USP (1995), Mestrado em Enfermagem Fundamental pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto USP (1999) e Doutorado em Enfermagem Fundamental pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto USP (2003). E-mail: carlarst@eerp.usp.br

³ Graduação em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP em 1994. Mestre (1999) e Doutor (2009) pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto pela EERP-USP. E-mail: martacris@eerp.usp.br

⁴Graduada em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (2007). Mestre (2010) e Doutora (2014) em Ciências pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP (2010). E-mail: tania.becker@usp.br

⁵ Atualmente é Mestranda em Ciências pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CAPES 7) na linha de pesquisa: Processo de cuidar do adulto com doenças agudas e crônico-degenerativas. E-mail: paulaph@usp.br

⁶ Possui graduação em bacharelado em enfermagem pela Universidade de São Paulo (2009) , especialização em Auditoria em enfermagem pelo Centro Universitário São Camilo (2011) e especialização em Residência em Enfermagem pelo Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia (2013) . E-mail: ptistilli@usp.br

terceira parte coletamos somente no grupo intervenção. A segunda, entrevistas áudio gravadas antes das intervenções em seguida transcritas para avaliar as expectativas, onde destacamos que as entrevistas se basearam nos seguintes tópicos: “Contribuir para a pesquisa e serviço de saúde”, “Aprender sobre a doença e melhorar a saúde”, e “Não sei o que posso melhorar”. Na terceira parte, foi utilizado o instrumento que se refere à satisfação dos participantes quanto ao programa, no qual 77,8% das questões respondidas foram positivas. Conhecer as expectativas e satisfação de pacientes com DM constituem elementos que devem ser considerados no planejamento das atividades de acompanhamento para aprimoramento das intervenções em saúde.

Descritores: Diabetes mellitus; Telefone, Satisfação do Paciente.

ABSTRACT

Observational study, quali-quantitative, which aims to evaluate the expectations and satisfaction of patients who received telephone support monitoring the diabetes *mellitus* and characterize them as sociodemographic variables.

The population was 45 diabetics, 18 people participated in the control group and 27 in the intervention group. The data were obtained by the survey entitled "Telephone Support for self-monitoring people with diabetes *mellitus*(DM) using the Chronic Care Model" that were part of the support group ATEMDIMEL - Telephone Support Monitoring in Diabetes Mellitus of the Nursing School of Ribeirão Preto from the University of São Paulo in Ribeirão Preto (EERP / USP). We collected data at the beginning and end of the study through questionnaires divided into three parts. The first, containing sociodemographic variables; and in both groups with female predominance; civil status married; average education was around 6 years; retirees and majority of Catholic religion. The second and third part data we collected only in the intervention group. The second, audio recorded interviews before interventions then transcribed evaluating expectations, where we emphasize that the interviews were based on the following topics: "To contribute to the research and health service", "Learning about the disease and improve health" and "I do not know what I can improve." In the third part, we used

aninstrument that refers to the satisfaction of the program entry, in which 77.8% of answered questions were positive. Knowing the patients expectations and satisfaction with DM constitute elements that should consider in planning monitoring activities to enhance health interventions.

Descriptors: Diabetes mellitus; Telephone, Patient Satisfaction.

RESUMEN

Estudio observacional, cualitativo y cuantitativo, cuyo objetivo era evaluar las expectativas y la satisfacción de los pacientes que recibieron asistencia telefónica para el monitoreo de la diabetes mellitus (DM) y caracterizarlos como variables sociodemográficas. La muestra de 45 diabéticos, de los cuales 18 participaron en el grupo de intervención y 27 en el grupo control. Los datos se obtuvieron de la encuesta titulada "Asistencia telefónica para las personas con las actividades de autocontrol de la diabetes mellitus mediante el modelo de atención crónica" que formaban parte del grupo ATEMDIMEL - Soporte telefónico para el Monitoreo de la Diabetes Mellitus en Ribeirão Preto Escuela de Enfermería Universidad de São Paulo en Ribeirão

Preto (EERP / USP). Utilizamos datos recogidos al inicio y al final del estudio por medio de cuestionarios divide en tres partes. La primera, que contiene variables sociodemográficas; y en ambos grupos con predominio del sexo femenino; estado matrimonial; educación media fue de alrededor de 6 años; jubilados y religión en su mayoría católica. En la segunda y tercera parte recoger sólo el grupo de intervención. El segundo, entrevistas de audio grabadas antes de esa fecha intervenciones transcribe evaluar las expectativas, donde destacamos que las entrevistas se basaron en los siguientes temas: "Contribuir al servicio de la investigación y la salud", "Aprender sobre la enfermedad y mejorar la salud" y "No sé lo que puedo mejorar." En la tercera parte, se utilizó el instrumento que se refiere a la satisfacción de los participantes en el programa, en el que el 77,8% de las preguntas contestadas fueron positivas. Conocer las expectativas y la satisfacción de los pacientes con DM son elementos que deben ser considerados en la planificación de las actividades de seguimiento para mejorar las intervenciones de salud.

Palabras clave: Diabetes mellitus; Teléfono, satisfacción del paciente.

INTRODUÇÃO

O diabetes *mellitus* (DM) tem sido considerado um importante problema de saúde na atualidade, tanto em prevalência e incidência, mortalidade prematura, como pelos custos envolvidos no seu controle e no tratamento de suas complicações. A prevalência mundial do DM tem aumentado nas últimas décadas, tornando-se uma das doenças crônicas mais prevalentes em todo o mundo. Estudos epidemiológicos indicam que o DM acometiamais de 346 milhões de pessoas em todo mundo, no ano de 2012. Mais de 80% das mortes por diabetes são registradas em países subdesenvolvidos. Dentre os fatores que explicariam esses dados, destacam-se o aumento das faixas populacionais mais idosas como consequência da maior expectativa de vida da população, além de mudanças nos padrões alimentares e no estilo de vida⁽¹⁾.

Sabe-se que o controle metabólico é obtido por meio da educação em diabetes, do monitoramento glicêmico, da terapia nutricional, da atividade física regular, dos esquemas terapêuticos farmacológicos, das informações sobre a prevenção e tratamento das complicações crônicas e

agudas, e do reforço dos objetivos do tratamento⁽²⁾.

Na educação em diabetes é importante relacionar os dados referentes ao atendimento clínico, à promoção de saúde, ao aconselhamento, ao manejo da doença e a pesquisa. Nessa vertente, a educação deve ter enfoque multidisciplinar, e a equipe conformada por enfermeiros, nutricionistas, educadores físicos, farmacêuticos, psicólogos e médicos qualificados para as atividades de ensino⁽³⁾.

Apesar de demonstrar que os programas de educação em diabetes são benéficos, estudo realizado no Ambulatório de Endocrinologia e Metabologia de um hospital universitário, em 2001, em Ribeirão Preto-SP, com pessoas com DM mostrou que apenas 21,2% participavam das atividades oferecidas nos programas. Os motivos apontados para a baixa adesão foram: desconhecimento dos programas educativos (40,9%); falta de interesse (3%); horário inadequado (9,1%) e; dificuldade de transporte (6,1%)⁽⁴⁾.

Diversos fatores podem estar relacionados a não adesão ao auto monitoramento, dentre eles os relativos à expectativa e satisfação com os

serviços de saúde. Satisfação do paciente pode ser definida como “as avaliações positivas individuais de distintas dimensões do cuidado à saúde”. Estas avaliações expressariam uma atitude, uma resposta afetiva baseada na crença de que o cuidado possui certos atributos que podem ser avaliados pelos pacientes⁽⁵⁾.

Vários estudos reforçam a necessidade de testar estratégias de assistência inovadoras que consigam abranger maior número de pacientes já que a educação é um dos elementos fundamentais para a adesão ao tratamento do DM⁽⁶⁾.

Uma estratégia viável e de baixo custo apontada na literatura é o uso do suporte telefônico como estratégia de intervenção⁽⁷⁾. Além de abranger maior número de pessoas, o suporte telefônico, ainda, colabora para minimizar algumas dificuldades relacionadas aos motivos de falta de adesão aos programas, tais como: a necessidade de deslocamento, evitando a utilização de transporte e flexibilidade de horário, podendo o contato telefônico ocorrer em horário previamente acordado com o paciente.

A respeito do DM, diversos recursos tecnológicos podem ser empregados no acompanhamento da

doença, tais como: videoconferência, mensagens de celular (*Short Messaging System* - SMS) e internet^(8,9), como também o uso de telefone.

Dessa maneira, por meio da vigilância em saúde e recursos de intervenções que acompanham o paciente e seu tratamento, é possível monitorar e analisar o perfil das doenças e de seus fatores determinantes e condicionantes, bem como detectar mudanças nas suas tendências no tempo, no espaço geográfico e em grupos populacionais, contribuindo também para o planejamento de ações na área de saúde.

OBJETIVOS

- Caracterizar os participantes da pesquisa quanto às variáveis sociodemográficas;
- Avaliar as expectativas e a satisfação da pessoa com diabetes *mellitus tipo 2* em relação ao apoio telefônico para o auto monitoramento.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo do tipo observacional, de natureza quali-quantitativa. O estudo foi com pacientes diabéticos cadastrados no sistema de

informação da farmácia da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto - SP. A população-base foi constituída por 98 pessoas da pesquisa intitulada “Suporte Telefônico para o automonitoramento de pessoas com diabetes *mellitus* utilizando o Modelo de Cuidado Crônico” que fizeram parte do grupo ATEM DIMEL - Apoio Telefônico para o Monitoramento em Diabetes *Mellitus* da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto (EERP/USP)⁽¹⁰⁾. Das 98 pessoas do projeto, para homogeneização da amostra, foram selecionadas, 18 pessoas que participaram do grupo intervenção e 27 pessoas do grupo controle, de acordo com os seguintes critérios: ter o diagnóstico médico de DM tipo 2; maior de 18 anos; ambos os sexos; capacidade para ouvir e responder perguntas e possuir telefone celular e/ou residencial. O estudo piloto foi realizado com seis sujeitos, no mês de abril de 2013, a fim de obter informações sobre recusas, perdas, e tempo gasto para o preenchimento dos instrumentos. Foram realizadas alterações na ordem de aplicação dos instrumentos de coleta de dados.

Os pacientes foram convidados por telefone, com três tentativas de

ligações cada, para participarem da pesquisa, os contatos dos pacientes foram adquiridos da lista da farmácia do Centro de Saúde Escola Prof. Dr. Joel Domingues Machado (CSE), vinculado a Faculdade de Medicina e de outras Unidades do Campus da USP de Ribeirão Preto (Escola de Enfermagem, Faculdade de Odontologia, Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Faculdade de Filosofia Ciências e Letras, Faculdade de Economia e Administração). Os telefonemas foram realizados por apoios técnicos, bolsistas, mestrandos e doutorandos da pesquisa, a partir de ligações feitas na EERP/USP.

Após aceitarem o convite, os pacientes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e foram feitas as coletas dos instrumentos, dados antropométricos e laboratoriais, isso no momento inicial e final da pesquisa.

Durante a pesquisa, foi realizada uma ligação de intervenção por semana para cada paciente, durante quatro meses, no horário que o paciente achar mais conveniente, totalizaram 16 ligações para cada paciente. Os pesquisadores seguiam um script e onde as ligações duravam 10 minutos, e constavam de informações

multiprofissionais a respeito do tratamento do DM, divididas em quatro partes: 1º mês foram abordados temas a respeito dos conhecimentos do paciente sobre o DM, sobre definições e tipos de tratamentos; no 2º mês sobre o uso de insulina e antidiabéticos orais; no 3º mês sobre o planejamento alimentar e no 4º mês sobre atividade física. Após as intervenções foram marcados com os pacientes os retornos para a coleta de dados no término da pesquisa.

Obtivemos os dados referentes às variáveis sociodemográficas de ambos os grupos: sexo, idade, estado civil, religião, escolaridade, renda familiar, ocupação dos sujeitos.

A segunda parte constou de um questionário para avaliar as expectativas dos usuários do estudo⁽¹²⁾, somente do grupo intervenção. Utilizou-se um formulário contendo a questão aberta: *Quais são suas expectativas em relação ao programa educativo por telefone de que o Sr.(a) irá participar?* Os participantes foram esclarecidos para que descrevessem, em primeiro lugar, a expectativa principal em relação ao programa educativo, os sujeitos foram entrevistados, audiogravados, e depois transcritas as falas. Somente o grupo intervenção respondeu às questões antes do programa. As entrevistas foram

realizadas por uma mesma bolsista, pessoalmente no dia e local da coleta de dados conforme protocolo de pesquisa do ATEMDIMEL.

Para a terceira parte da coleta de dados, realizada após as intervenções do ATEMDIMEL, foi utilizado o instrumento que se refere à satisfação dos participantes quanto ao Programa: Escala de Satisfação para Manejo da Doença Automatizado por Telefone (MDAT), por meio de entrevista, coletado do grupo intervenção. A escala constitui-se de 11 itens. Para cada item deste instrumento são oferecidas cinco alternativas de resposta, com escore(s) sobre variação de 1-5. Essa escala foi traduzida e adaptada para nossa cultura em Ribeirão Preto-SP⁽¹³⁾. As entrevistas foram realizadas pela mesma bolsista que entrevistou a respeito das expectativas, foi pessoalmente no dia e local da coleta de dados conforme protocolo de pesquisa do ATEMDIMEL.

Para a análise da primeira parte referente às variáveis sociodemográficas, os dados coletados foram, inicialmente, organizados e digitados e foram submetidos à dupla validação no programas Microsoft Excel, versão XP (Microsoft Co, USA). Logo após, os dados foram importados

para o programa SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) for Windows módulo base e *exact test* versão 17.0, onde foram submetidos à análise estatística descritiva.

Para a análise da segunda parte referente às expectativas dos usuários do estudo. A duração média das entrevistas foi de 10 minutos. No momento da entrevista, os pacientes foram questionados individualmente sobre sua expectativa com suporte por telefone. Após, as entrevistas foram transcritas e submetidas à análise de conteúdo. Nessa análise das entrevistas realizadas podem ser apreendidos quatro temas: “Contribuir para a pesquisa e serviço de saúde”; “Aprender sobre a doença e melhorar a saúde”; “Não sei o que posso melhorar” e “novas descobertas”.

Os sujeitos foram identificados por S, seguido do número de ordem de participação no estudo. Exemplo: S1, S2, S3⁽¹²⁾.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, sob Protocolo de nº 324.098 e base de

dados de pesquisas clínicas em seres humanos denominada ClinicalTrials.gov, sob Protocolo de nº NCT01972412. Ressalta-se que este estudo está de acordo com as normas do Conselho Nacional de Saúde, obedecendo ao que preceitua a Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012, atendendo às exigências éticas e científicas fundamentais da pesquisa envolvendo seres humanos.

RESULTADOS

Variáveis sociodemográficas

Participaram do estudo 18 sujeitos do grupo intervenção, com idade média de 63,1 (DP=9,4)anos e 27 do grupo controle, com média de 62,8 (DP=11) anos. Ambos os grupos com predomínio do sexo feminino, 72,2% no grupo intervenção e 63,0% no grupo controle; estado civil predominante foi o casado; escolaridade média foi em torno de 6 anos; em sua maioria aposentados; com renda familiar predominates entre 1 e 3 salários e religião em sua maioria católica (tabela 1).

TABELA 1– Distribuição dos pacientes com diabetes mellitus tipo 2 participantes do ATEMDIMEL, segundo as variáveis sociodemográficas, Ribeirão Preto – SP, 2013.

Variáveis Sociodemográficas	Intervenção			Controle		
	n	%	Média (DP)	n	%	Média (DP)
Idade (anos)	18	100,0	63,1 (9,4)	27	100,0	62,8 (11,0)
<65 anos	12	66,7		13	48,1	
≤65 anos	6	33,3		14	51,9	
Sexo						
Feminino	13	72,2		17	63,0	
Masculino	5	27,8		10	37,0	
Estado civil						
Solteiro				1	3,7	
Casado	12	66,7		19	70,4	
Viúvo	5	27,8		6	22,2	
Separado	1	5,6		1	3,7	
Escolaridade (anos)			6,2 (4,9)			6,1 (3,2)
1 a 4 anos	10	55,6		13	48,1	
5 a 8 anos	4	22,2		7	25,9	
≥9 anos	4	22,2		7	25,9	
Ocupação/Profissão						
Carteira assinada				3	11,1	
Emprego informal	3	16,7		2	7,4	
Aposentado	9	50,0		11	40,7	
Do lar	6	33,3		9	33,3	
Outros				2	7,4	
Renda familiar (R\$)						
1 a 3 salários	9	50,0		15	55,6	
4 a 9 salários	8	44,4		11	40,7	
Mais de 10 salários	1	5,6		1	3,7	
Religião						
Católica	9	50,0		14	51,9	
Evangélica	6	33,3		6	22,2	
Espirita				3	11,1	
Sem religião	3	16,7		1	3,7	
Outras				3	11,1	

Avaliação da expectativa e satisfação

No primeiro tema “**Contribuir para a pesquisa e serviço de saúde**”, podemos identificar nas seguintes falas:

“A princípio em minha opinião o tratamento seria, claro seria de interesse para o paciente, mas interesse para vocês, para o estudo de vocês.” S2

“Eu estou esperando o seguinte, o país gasta muito com diabetes, e eu fico contente quando encontro pessoas assim, fazendo pesquisas, que essa pesquisa pode até melhorar nosso estado de saúde, ou diminuir a insulina, ou aumentar, e afinal pesquisar é muito bom, até para o governo que gasta muito com diabetes.” S16

Quanto ao segundo tema “**Aprender sobre a doença e melhorar a saúde**” pode ser exemplificado com as falas:

“...minha expectativa é que eu acho que vai ser muito bom, porque às vezes a gente nem sabe direito como fazer e a importância que tem, então eu estou muito otimista que vai dar certo, até pra mim, que eu vou melhorar também.” S1

“Ah eu acho bom para dar uma orientação ao paciente, ter um acompanhamento, eu acho bom, estou achando legal. Eu gostaria de saber

mais sobre alimentação, porque medicamento eu já sei como deve ser orientado.” S8

“Eu acho que eu vou ter oportunidade de conhecer mais coisas que eu não conheço, ficar mais alerta, saber coisas para a gente se cuidar melhor.” S9

“Espero que seja uma coisa boa pra gente, não fiz isso ainda. Talvez tenha necessidade de aprender alguma coisa, não tenho experiência de nada” S10

“Eu preciso muito de ajuda tá, porque eu não to conseguindo controlar, não eh que eu não esteja conseguindo na alimentação, não sei se é no sistema nervoso, não sei explicar. Espero uma orientação, preciso melhorar. Nunca participei de nenhum grupo.” S12

“Então, eu estou esperando que a gente tenha um bom resultado, não só pra gente como pros demais. Eu espero mais sobre o controle do diabetes, porque eu não consigo ficar sem comer alguma coisa, sou muito ansiosa na alimentação.” S13

“Ah estou com bastante expectativa. Nunca participei de nenhum grupo, então eu estou bem esperançosa, e eu quero saber também como toma insulina, eu tomei na perna, porque no braço estava me dando muita

coceira, e agora eu estou tendo uma dor na perna muito forte, e eu queria saber se é isso, se é a insulina, eu não sei se eu to tomando direito e falaram que vocês vão explicar tudo né, então eu acho que eu vou evoluir muito nessa pesquisa.” S15

Para S7, participar do grupo a ajudará a controlar seus níveis glicêmicos, uma vez que a mesma refere ser descontrolada e não sabe o que fazer para manter controlada.

Os sujeitos S5 e S6, referem ter dúvidas quanto ao tratamento e acreditam que o apoio telefônico irá ajudá-los perante essas dúvidas.

No terceiro tema, **“Não sei o que posso melhorar”** chama a atenção às expressões abaixo:

“...eu não sei uma expectativa, porque eu não sei o quanto vocês vão me ajudar, porque eu sou diabético há muito tempo, há mais de 20 anos, quer dizer, eu acho que já estou mais ou menos, mas a gente espera aprender alguma coisa sim, claro, assim, uma expectativa? Não. Pra ser sincero não me vem nada em minha mente não.” S2

Este sujeito acredita que o suporte telefônico beneficiará apenas nosso estudo, pois, como ele relata, possui

diabetes há mais de 20 anos, então não consegue identificar benefícios para si.

“Espero que descubra um remédio melhor que a insulina porque a insulina não é bom, é bom e não é bom pra gente tomar, que tenha uma descoberta melhor pros diabéticos.” S18

No que se refere à Escala de Satisfação para MDAT, aplicada no grupo em que houve a intervenção, encontramos que 94,4% dos sujeitos acharam as ligações fáceis de compreender, 100% acharam que o som era suficiente para ouvir sem dificuldade, 77,8% não acharam que as informações eram passadas rápidas demais e apenas 5,6% teve dificuldade de responder as perguntas, 100% tinham confiança em quem realizava as ligações, 88,9% aprenderam algo novo, e 94,4% responderam que as ligações ajudaram a lembrar os sujeitos de alguma coisa do tratamento. Nas últimas questões, encontramos que 100% dos sujeitos gostaram de receber as ligações, acharam as durações adequadas e interessantes, e 100% dos sujeitos não acharam que as ligações incomodavam (tabela 2).

TABELA 2 – Avaliação dos pacientes com diabetes mellitus participantes do ATEMDIMEL, segundo satisfação através da Escala de Satisfação para Manejo da Doença Automatizado por Telefone (MDAT), Ribeirão Preto – SP, 2013.

Questões	Sempre	Quase Sempre	Às Vezes	Raramente	Nunca
1- A linguagem usada nas ligações foi fácil de compreender?	17 (94,4%)	1 (5,6%)			
2- O volume do som nas ligações era suficiente para que o(a) Sr(a) pudesse ouvir sem dificuldade?	18 (100%)				
3- As informações eram passadas rápido demais?	4 (22,2%)				14 (77,8%)
4- O (a) Sr (a) teve dificuldade de responder às perguntas utilizando um telefone?	1 (5,6%)		1 (5,6%)		16 (88,9%)
5- As ligações fizeram o (a) Sr (a) ter confiança de que a enfermeira sabia como você estava?	18 (100%)				
6- O (a) Sr (a) aprendeu algo novo, nessas ligações, sobre como cuidar de você mesmo?	16 (88,9%)	1 (5,6%)			1 (5,6%)
7- As ligações lembraram o (a) Sr (a) de fazer alguma coisa, como verificar sua glicemia ou comer alimentos saudáveis?	17 (94,4%)	1 (5,6%)			
8- O (a) Sr (a) achou as ligações interessantes?	18 (100%)				
9- O (a) Sr (a) gostou de receber as ligações?	18 (100%)				
10- O (a) Sr (a) achou que as ligações foram um incômodo?					18 (100%)
11- A duração das ligações lhe pareceu adequada?	18 (100%)				

DISCUSSÃO

A família pode fornecer um ambiente mais apropriado como apoio ao cuidado da pessoa com DM, influenciando o comportamento desta diante da sua colaboração para a obtenção de um bom controle metabólico ⁽¹⁴⁾, assim como fatores socioeconômicos e culturais constituem elementos que facilitam ou dificultam para a aquisição de atividades de autocuidado, aos quais estão associados também aos aspectos pessoais e o acesso aos serviços de saúde ⁽¹⁵⁾.

Sabemos que a terapia de primeira escolha para o diabetes tipo 2 é a

combinação da orientação nutricional e prescrição de dieta com aumento do nível de atividade física. Essa associação de tratamentos provoca melhora significativa na sensibilidade à insulina, diminui os níveis plasmáticos de glicose, reduz a circunferência abdominal e a gordura visceral, melhorando o perfil metabólico dos pacientes ⁽¹⁵⁾. No entanto, percebe-se que é uma das maiores dificuldades relatadas pelos pacientes e que eles desejam aprender o manejo rumo ao controle metabólico, como foi relatado em algumas falas dos participantes, e com isso, nota-se que o conhecimento

da doença e sua aceitação para a vida é uma ferramenta essencial para os diabéticos.

Nesse contexto, são apontados diversos benefícios do uso do telefone, a saber: a velocidade de acesso do paciente ao profissional de saúde, a diminuição do tempo de espera para a consulta, a redução do tempo e do custo na locomoção dos pacientes, bem como a possibilidade de aumentar a frequência dos contatos e de facilitar o retorno do paciente ⁽¹⁶⁾. Através da satisfação dos sujeitos, que demonstrou ser alta, os profissionais de saúde obtém um retorno para aperfeiçoamento das técnicas e práticas das intervenções propostas, por meio do apoio telefônico, ganhando tempo e qualidade nas ações educativas ⁽⁶⁾.

Em um estudo semelhante, com grupo controle e intervenção, demonstrou que os pacientes de intervenção tiveram melhor controle glicêmico e relataram menos sintomas de hiperglicemia e hipoglicemia. Além disso, os pacientes que receberam a intervenção estavam mais satisfeitos com os cuidados de saúde prestados que os de controle, especialmente com a qualidade técnica e a continuidade do seu cuidado, sua comunicação com os

fornecedores, bem como a qualidade dos seus resultados de saúde ⁽¹⁶⁾.

É importante que se identifique as expectativas e satisfações dos sujeitos participantes antes e após o processo educativo, para que se possa fazer uma abordagem voltada para sua necessidade, individualizada, minimizando possíveis desistências, portanto, conhecer essas expectativas podem orientar os profissionais da saúde e permitir a atenção às necessidades do indivíduo, testando o uso do telefone, visto que a satisfação do paciente tem sido sugerida como um indicador de qualidade do cuidado nos países desenvolvidos ⁽¹⁷⁾.

Sabe-se que os enfermeiros podem ser considerados agentes de informação, por isso muitos desafios e oportunidades surgem na promoção do cuidado nos dias de hoje. À medida que os enfermeiros respondem às tendências sociais, econômicas, éticas e políticas no cuidado em saúde, o principal desafio é ser capaz de demonstrar, por meio de pesquisa e da ação, que existem laços definitivos entre a educação e os resultados comportamentais positivos do aprendiz. É também por meio de técnicas educativas que se dá a edificação de novos conhecimentos e atitudes de comportamentos preventivos

ou de promoção a saúde, com ampliação das possibilidades de reabilitação e tomada de decisão que favoreçam a qualidade de vida do indivíduo⁽¹⁸⁾.

CONCLUSÃO

A satisfação dos pacientes com o serviço prestado no início da pesquisa, atenderam as expectativas que eles apresentaram após o término da mesma. Assim como demonstrou que conhecer os fatores sociodemográficos e culturais de pessoas que buscam alternativas de cuidado do DM constituem elementos que devem ser considerados no planejamento das atividades de acompanhamento, a fim de que se tornem condizentes com as expectativas e satisfação dos mesmos para aprimoramento das intervenções em saúde.

Avaliar as expectativas e satisfação dos usuários antes e após um processo educativo, como em atividades de grupo, ou mesmo por telefone como estratégia de intervenção, condiz em evidências e conseqüentemente melhorias para que os profissionais de saúde possam refletir tanto no serviço prestado, quanto para a continuidade do mesmo, uma vez que a mudança de comportamento necessita ser enfrentada

no cotidiano das pessoas com DM, além do que, avaliar a satisfação do paciente produz um retorno vantajoso para confirmar se as estratégias e conteúdos utilizados durante o processo educativo foi efetivo.

No entanto, quando há o desejo de metas que são de difícil alcance podem dificultar a aquisição de atividades de autocuidado, aos quais estão associados também aos aspectos pessoais e o acesso aos serviços de saúde e do próprio tratamento do diabetes, como por exemplo, o manejo da alimentação e a prática de exercícios físicos.

Sendo assim, as evidências aqui encontradas ao se compreender as expectativas e satisfações dos pacientes do ATEMDIMEL, podem contribuir para um planejamento de intervenção em DM.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Global status report on non communicable diseases, 2011.
2. American Diabetes Association (ADA). Standards of Medical Care in Diabetes 2014. Diabetes Care. Diabetes Care January 2014 vol. 37 no. Supplement 1 S14-S80
3. Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). Diretrizes da Sociedade

- Brasileira de Diabetes: métodos para avaliação do controle glicêmico. São Paulo, 2014.
4. Cazarini RP, Zanetti ML, Ribiero KP, Pace AE, Foss MC. Adesão a um grupo educativo de pessoas portadoras de diabetes mellitus: porcentagem e causas. *Medicina*. 2002; 35(2):142-150.
 5. Vaitsman J, Andrade GRB. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciência e saúde coletiva*. 2005july/sept; 10(3):599- 613.
 6. Faria HTG, Zanetti ML, Santos MA, Teixeira CRS. Conhecimento sobre terapêutica medicamentosa em diabetes: um desafio na atenção à saúde. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2009; 22(5):612-617.
 7. Becker TAC, Teixeira CRS, Zanetti ML. Nursing intervention in insulin administration: telephone follow-up. *Actapaul.enferm*.2012; 25(1).
 8. Van Olmen et al. The effectiveness of text messages support for diabetes self-management: protocol of the TEXT4DSM study in the democratic Republic of Congo, Cambodia and the Philippines. *BMC Public Health* 2013, 13:423
 9. Piette JD, Rosland AM, Marinec Ns, Striplin D, Bernstein Sj, et al. Engagement with automated patient monitoring and self-management support calls: experience with a thousand chronically ill patients. *Med Care*. 2013; 51(3):216-223.
 10. Becker, T. A. C. Suporte Telefônico para o automonitoramento de pessoas com diabetes mellitus utilizando o Modelo de Cuidado Crônico. 2014. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.
 11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 162 p. : il. Cadernos de Atenção Básica, n. 35. ISBN 978-85-334-2114-1
 12. Teixeira CRS, Santos MA, Peres DS, Zanetti ML, Otero LM. Programa de educação em saúde: expectativas e benefícios percebidos por pacientes diabéticos. *Rev enferm. UERJ*. 2009; 17(1):57-63.
 13. Balaminut T, Landim CAP, Becker TAC, Santos ECB, Olivatto GM, Zanetti ML, et al. Adaptação cultural e confiabilidade para o Brasil do Automated Telephone Disease Management: resultados preliminares. *Acta paul. enferm*. 2012; 25(5):795-801.
 14. Zanetti ML, Biaggi MV, Santos MA, Péres DS, Teixeira CRS. O

cuidado à pessoa diabética e as repercussões na família. *Rev Bras Enferm.* 2008; 61(2):186-192.

15. Pace AE, Ochoa-Vigo K, Larcher CMH, Morais FAP. O conhecimento sobre diabetes mellitus no processo de autocuidado. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2006; 14(5):728-734.
16. Piette JD, Weinberger M, Kraemer FB, Mcphee SJ. Impact of automated calls with nurse follow-up on diabetes treatment outcomes in a Department of Veterans Affairs Health Care System: a randomized controlled trial. *Diabetes Care.* 2001; 24(2):202-208.
17. Laschinger HS, McGillis-Hall L, Almost J. A psychometric analysis of the patient satisfaction with nursing care quality questionnaire. *J Nurs Care Qual.* 2004; 20(5):220-30.
18. Oliveira KCS, Zanetti ML. Conhecimento e atitude de usuários com diabetes mellitus em um serviço de atenção básica à saúde. *Rev Esc Enferm USP.* 2011; 45(4):862-868.

FINANCIAMENTO

Projeto foi financiado pelo CNPq, edital DECIT nº 42/2010, o projeto “Intervenções para qualificar a atenção em diabetes *mellitus*”, processo nº 563598/2010-7.

Sources of funding: No
Conflict of interest: No
Date of first submission: 2014-12-11
Last received: 2014-12-11
Accepted: 2015-04-13
Publishing: 2015-05-29