

PROGRAMA DE APOIO TELEFÔNICO PARA O MONITORAMENTO DO DIABETES MELLITUS: SATISFAÇÃO E CONTROLE GLICÊMICO¹

Gabriela Marsola Olivatto*
Carla Regina de Souza Teixeira**
Marta Cristiane Alves Pereira***
Tânia Alves Canata Becker****
Jennifer Vieira Paschoalin Marques*****
Paula Parisi Hodniki*****

RESUMO

Pretendeu-se, com este estudo, identificar a satisfação e controle glicêmico das pessoas com *diabetes mellitus* tipo 2, após a participação em um programa de monitoramento com suporte telefônico, utilizando o modelo de cuidado crônico. Trata-se de estudo do tipo observacional e transversal. Para a obtenção dos dados, foi utilizado um questionário contendo variáveis sociodemográficas, variável clínica da hemoglobina glicada e uma escala de satisfação, com dois grupos distintos, um monitorizado por telefone e outro não. O grupo que obteve o melhor controle da hemoglobina glicada foi aquele em que houve apoio e acompanhamento telefônico para o monitoramento do diabetes. A maioria dos pacientes mostrou-se satisfeita com as ligações recebidas, após um processo educativo por telefone, o que corrobora evidências como o cuidado e acolhimento que o usuário recebe do serviço de saúde para o uso dessa tecnologia em diabetes.

Palavras-chave: *Diabetes mellitus. Telefone. Satisfação pessoal.*

INTRODUÇÃO

O *Diabetes Mellitus* (DM) é caracterizado por hiperglicemia, resultante de defeitos na secreção de insulina, ação da insulina e/ou ambos⁽¹⁾. O DM tem sido considerado como notável 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⁽²⁾. A prevalência mundial do DM vem aumentando nas últimas décadas e, em consequência, está se tornando uma das doenças crônicas mais predominantes em todo o mundo. Dentre os fatores que explicariam esses dados, destaca-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⁽²⁾.

O rápido crescimento das taxas de diabetes representa importante problema de saúde pública em nível mundial, estimando-se que afete 285 milhões de adultos em todo o mundo, e previsto aumento para 438 milhões até o ano 2030⁽³⁾.

Muitas pessoas com DM2 têm ou estão em risco para o desenvolvimento de comorbidades, incluindo as complicações relacionadas ao diabetes e às condições clínicas (por exemplo, doença cardíaca, alterações lipídicas, dano nervoso, hipertensão e depressão) e outros problemas médicos que possam interferir com o autocuidado (por exemplo, enfisema, artrite e alcoolismo). Além disso, o diagnóstico e trabalho diário de gerir a doença pode ter grande impacto emocional sobre as pessoas com DM2, o que pode tornar o autocuidado ainda mais difícil⁽⁴⁾.

Conhecer essas características dos pacientes

¹ Esse projeto, em 2011, recebeu financiamento pelo CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, edital MCT/CNPq/CTSAUDE/MS/SCIE/DECIT n°42/2010, intitulado “Intervenções para qualificar a atenção em *diabetes mellitus*”.

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

** Enfermeira. Professor Associado junto ao Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da EERP/USP, Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: carlarst@eerp.usp.br

*** Professor Doutor junto ao Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da EERP/USP, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Email: martacris@eerp.usp.br

**** Doutora em Ciências - Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental da EERP/USP, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Email: tania.becker@usp.br

***** Mestranda em Ciências – Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental da EERP/USP, Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: jenifervpm@usp.br

***** Mestranda em Ciências - Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental da EERP/USP, Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: paulaph@usp.br

permite individualizar a educação em DM2 e facilita a seleção das intervenções educacionais e comportamentais apropriadas e estratégias de apoio à autogestão, sempre orientadas por evidências⁽⁵⁾. Educar para o autocuidado não é tarefa fácil, pois, além da competência do profissional, depende também do interesse e vontade do paciente, visto que, se esse não aderir à prática educativa e ao tratamento necessário, o autocuidado se torna difícil, refletindo também, no controle glicêmico, que fica prejudicado⁽⁶⁾.

O enfermeiro, como educador e membro da equipe multiprofissional de saúde, deve dispor de metodologia apropriada e também desenvolver habilidades relacionadas à comunicação, à disciplina, à criatividade, ao respeito e à ética, em benefício do cuidar, do transmitir e comunicar, oferecendo serviços de saúde de qualidade à população⁽⁷⁾.

Um aspecto que merece ser destacado, nesse processo de organização dos serviços de saúde, é a satisfação dos usuários relacionada ao desempenho das unidades de saúde. Satisfação do paciente pode ser definida como as avaliações que expressariam uma atitude, uma resposta afetiva, baseada na crença de que o cuidado possui certos atributos que podem ser avaliados pelos pacientes⁽⁸⁾.

A satisfação pode influenciar a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, que é fundamental no cuidado à pessoa com DM. Dessa forma, entender as barreiras e de facilitadores para “mudanças comportamentais” pode auxiliar nas intervenções de enfermagem, para a promoção ou fortalecimento de condições favoráveis à adesão⁽⁹⁾.

A satisfação do paciente está diretamente ligada ao acolhimento e ao acesso que ele recebe na porta de entrada dos serviços de saúde, sendo assim, nota-se que o atendimento realizado de forma organizada, humanizado, individualizado e acompanhado de vínculo comunitário/equipe faz com que os pacientes se sintam mais valorizados e satisfeitos, melhorando, assim, a adesão ao tratamento, tornando os resultados esperados positivos⁽¹⁰⁾.

Considerando que a satisfação do usuário mostra-se como fator influente na adesão ao tratamento⁽⁹⁾ e que, no ano 2013, foi

implementado, na cidade de Ribeirão Preto, SP, o programa “Suporte Telefônico para o Monitoramento de Pessoas com *Diabetes Mellitus*, utilizando o Modelo de Cuidado Crônico” (ATEMDIMEL), definiu-se como objetivo deste estudo identificar a satisfação e controle glicêmico das pessoas com DM2, após a participação no programa de apoio telefônico no monitoramento do DM.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo do tipo observacional e transversal, com análise de dados quantitativa. A população foi constituída pelas 61 pessoas com DM2 que participaram de todo o programa do ATEMDIMEL, na Unidade Básica Distrital de Saúde do Setor Oeste de Ribeirão Preto, SP, no ano 2013, o qual se trata de um ensaio clínico pragmático, que teve por objetivo verificar a efetividade das intervenções de suporte telefônico e do envio de carta com resultados de exames laboratoriais, no controle metabólico de pessoas com DM, atendidas no Distrito Oeste de Saúde no município de Ribeirão Preto, SP. Os participantes foram divididos em dois grupos – G1 e G2. O G1 recebeu ligações semanais durante quatro meses, com plano educativo estabelecido em manual de intervenção previamente construído pela pesquisadora. O G2 recebeu cuidado usual e carta com os resultados dos exames laboratoriais. Os resultados mostraram que o apoio telefônico constitui ferramenta importante para o incremento da atenção a pessoas em condições crônicas, principalmente no controle metabólico de pessoas com DM2⁽¹¹⁾. Todos os pacientes foram convidados a participar do estudo, tendo como critérios de seleção: ter o diagnóstico médico de DM2, idade entre 18 e 85 anos, ambos os sexos, possuir telefone celular e/ou residencial, ter aceitado o convite para participar deste estudo. Dos 63 participantes do estudo original⁽¹¹⁾, dois se recusaram a participar desta pesquisa.

Os sujeitos foram divididos em dois grupos, 34 do grupo-intervenção (G1), no qual apenas esse grupo recebeu o apoio telefônico para o automonitoramento, e 27 formaram o grupo-controle (G2).

Para a obtenção dos dados, foram utilizados dois instrumentos de coleta. O primeiro refere-se a um questionário para a caracterização dos

sujeitos: I - dados sociodemográficos: sexo feminino e masculino; idade agrupada em: 18 a 64 anos e 65 anos ou mais; estado civil: casado ou amasiado, separado ou divorciado, viúvo ou solteiro; escolaridade: em anos de estudo (1 a 4, 5 a 8 e ≥ 9 anos); renda familiar: em salários-mínimos (um a três, quatro a nove, 10 ou mais). Ocupação: empregado com carteira assinada, empregado informal, aposentado, do lar, outros e controle metabólico classificado como bom, quando hemoglobina glicada - HbA1C - estava abaixo de 7,0%⁽¹²⁾. O segundo instrumento foi a Escala de Satisfação para Manejo da Doença Automatizado por Telefone (MDAT), aplicado somente no grupo-intervenção. Essa escala é dividida em três domínios: facilidade em completar a chamada, utilidade percebida da chamada e intromissão da chamada. A escala constitui-se de 11 itens, desenvolvida originalmente na língua inglesa por Dr. John Piette, e, para cada item desse instrumento, são oferecidas cinco alternativas de resposta, em escala do tipo Likert: sempre (1), quase sempre (2), às vezes (3), raramente (4) e nunca (5)⁽¹³⁾. Essa escala foi traduzida e adaptada para nossa cultura em Ribeirão Preto, SP⁽¹⁴⁾.

A coleta de dados inicial foi realizada no período de outubro a dezembro de 2013, antes do início da intervenção, e a coleta final foi após a participação durante 4 meses no programa. Identificaram-se os sujeitos que atenderam os critérios de inclusão e a pesquisadora explicou os objetivos da pesquisa, solicitando sua participação e, após o consentimento do sujeito em participar, foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para a análise dos dados, foi construído um banco de dados e dupla alimentação, realizada no programa Microsoft Excel. Utilizando o software estatístico IBS SPSS, versão 17, realizou-se análise estatística descritiva e inferencial com os dados. Foram utilizados testes t de Student, o qual consiste em comparar duas médias provenientes de amostras não pareadas. Para a utilização desse teste é necessário testar se as variâncias dos dois grupos são estatisticamente iguais no nível de significância de 5%, e se os dados seguem distribuição normal. Para a realização desse procedimento, foi utilizado o procedimento PROC TTEST do Software SAS® 9.0.

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, atendendo a Resolução nº196/96, do Conselho Nacional de Saúde, com aprovação nº216/2012.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 61 sujeitos, sendo 34 no grupo-intervenção e 27 no controle. Entre os participantes do grupo-intervenção, a idade variou entre 47 e 82 anos, com o predomínio do sexo feminino (59%). Constatou-se que 22 (65%) sujeitos eram casados, 20 (59%) católicos, 19 (56%) estudaram por até cinco anos, 33 (97%) ganhavam até 2 salários-mínimos, sendo que o salário-mínimo vigente era de R\$678,00, e 20 (59%) eram aposentados. No grupo-controle, a idade variou de 33 a 82 anos, sendo 17 (63%) do sexo feminino, 19 (70%) casados, 17 (63%) estudaram por até 5 anos, 15 (55%) recebiam um salário-mínimo e 11 (41%) eram aposentados. Esses resultados foram semelhantes em ambos os grupos.

A prevalência do sexo feminino pode estar ligada à concepção de que o homem é um ser invulnerável, e a fragilidade se refere somente ao sexo feminino, assim, a atenção do homem não é voltada a ações preventivas relacionadas à saúde e, com isso, não procuram o serviço de saúde para receber assistência necessária⁽¹⁵⁾.

No presente estudo, em ambos os grupos, mais de 50% dos sujeitos estudaram apenas por até 5 anos, mostrando baixa escolaridade, comprometendo a competência para o autocuidado. Sendo assim, para uma assistência de saúde eficaz a esse público, os profissionais de saúde devem favorecer a melhor compreensão das orientações e ações de educação em saúde para o público, desenvolvendo estratégias para o autocuidado de forma efetiva⁽¹⁶⁾.

Quanto à hemoglobina glicada, a Tabela 1 mostra a média obtida dos resultados coletados antes e depois dos grupos. Sabe-se que a HbA1C é o exame primordial para avaliação do controle do DM2 e para a avaliação de risco das complicações crônicas, decorrentes da patologia. Em um adulto, níveis de A1C acima de 7% já estão associados a um risco progressivo de complicações crônicas⁽¹²⁾.

Analizando-se a Tabela 1, observa-se pequena melhora nas médias da HbA1C no

grupo-intervenção. A média que, de início, era de 9,31, após a intervenção reduziu para 8,85, já no grupo-controle observa-se resultado oposto, visto que a média de HbA1C apresentou aumento.

No grupo que recebeu intervenção, obteve-se diferença de 0,4618, com p-valor de 0,26, indicando que, apesar de não ser estatisticamente

significativo, existe melhora na média de hemoglobina glicada, ou seja, há queda da mesma. No grupo-controle obteve-se diferença de -0,5407, se se comparar as médias pré e pós, com o teste apresentando p-valor de 0,24 mesmo não sendo estatisticamente significativo, verifica-se tendência de piora na média de hemoglobina glicada, para esse grupo.

Tabela 1. Análise descritiva da hemoglobina glicada dos grupos intervenção e controle do ATEMDIMEL. Ribeirão Preto, SP, 2013

Comparações entre grupos	Hemoglobina glicada A1C			
	Média (dp)*	IC 95%**	p-valor	Estimativa da diferença
Intervenção n(34)	Antes 9,31 (2,17) Após 8,85 (0,67)	-0,3553 1,2789	0,2643	0,4618
Controle n(27)	Antes 8,01 (1,87) Após 8,55 (1,78)	-1,4577 0,3762	0,2442	-0,5407

*dp: desvio-padrão; **IC 95%: intervalo de 95% de confiança.

A Figura 1 apresenta o *boxplot* da hemoglobina glicada nos grupos, indicando redução na mediana do grupo-intervenção e redução nos quartis pré e pós-intervenção, indicando melhora mesmo nos valores extremos da hemoglobina glicada. No grupo-controle é possível ver claramente aumento na mediana da hemoglobina glicada no pré e pós, durante o tempo de coleta, é possível, também, observar que houve deslocamento no primeiro e terceiro quartis, indicando aumento geral da média da hemoglobina glicada.

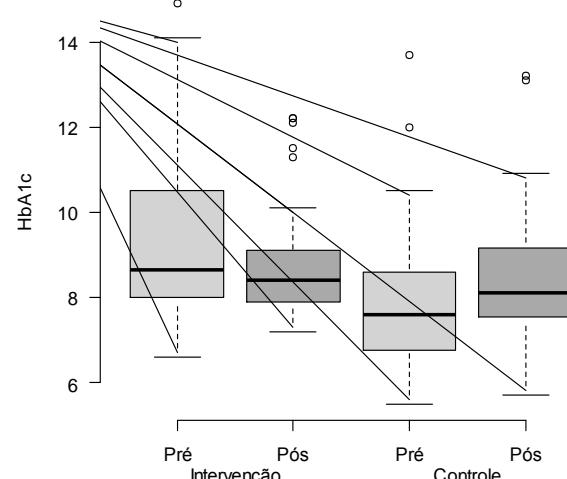


Figura 1. Boxplot da hemoglobina glicada dos grupos intervenção e controle do ATEMDIMEL. Ribeirão Preto, SP, 2013

Na Figura 1 pode-se ver que pacientes que receberam a intervenção tiveram melhor controle

da hemoglobina glicada, podendo, consequentemente, terem obtido melhora em sua saúde. Portanto, o uso do telefone, como ferramenta intrínseca no cuidado da pessoa com DM2, demonstrou ser uma forma viável de promover melhoria na qualidade de vida, no que se refere às dúvidas que são sanadas de forma mais rápida e eficiente, sem, muitas vezes, ser necessária a locomoção do indivíduo até um serviço de saúde⁽¹⁷⁾.

Um estudo que utilizou intervenções educativas com o uso do telefone para medir o autocuidado, sintomas e satisfação com o atendimento, como forma e estratégia de intervenção para promover cuidado para as pessoas com DM2, também mostrou redução significativa nos níveis de HbA1c⁽¹⁸⁾. Em uma revisão integrativa, onde se analisaram nove artigos distintos, concluiu-se que houve redução desse nível, muitas vezes de forma significativa, após intervenções que eram realizadas por telefone⁽¹⁹⁾. O uso do telefone na assistência em pessoas com DM se destaca pelos seus resultados como sendo estratégia viável para aproximar os serviços de saúde e profissionais às pessoas com DM⁽²⁰⁾, podendo, dessa forma, atuarem, favorecendo a competência para o melhor controle glicêmico.

No que se refere à Escala de Satisfação para MDAT, aplicada no grupo em que houve a intervenção, dividiram-se as questões em três domínios principais, sendo o primeiro facilidade em completar a chamada. Em seu primeiro item,

em relação ao entendimento dos entrevistados, a maioria (94%) relatou que a linguagem foi de fácil compreensão. No que se refere ao volume do som utilizado nas ligações, 94% dos sujeitos relataram que não houve dificuldades em ouvir o que era falado. Para as informações que foram passadas, 85% dos sujeitos relataram que as mesmas nunca foram passadas de forma rápida. Em relação à dificuldade em responder perguntas utilizando um telefone, 82% referiram que nunca tiveram esse problema durante as intervenções, conforme mostrado na Tabela 2.

Tabela 2. Distribuição numérica (n) e percentual (%) dos sujeitos do grupo-intervenção do ATEMDIMEL, segundo itens da Escala de Satisfação para MDAT, de acordo com o domínio “facilidade em completar a chamada”. Ribeirão Preto, SP, 2013

Facilidade em completar a chamada	1 - sempre	2 - quase sempre	3 - às vezes	4 - raramente	5 - nunca
1- A linguagem usada nas ligações foi fácil de compreender?	32 (94%)	2 (6%)	0	0	0
2- O volume do som nas ligações era suficiente para que o(a) sr(a) pudesse ouvir sem dificuldade?	32 (94%)	1 (3%)	1 (3%)	0	0
3- As informações eram passadas rápido demais?	2 (6%)	1 (3%)	1 (3%)	1 (3%)	29 (85%)
4- O(a) sr(a) teve dificuldade para responder às perguntas utilizando telefone?	1 (3%)	1 (3%)	3 (9%)	1 (3%)	28 (82%)

Tabela 3. Distribuição numérica (n) e percentual (%) dos sujeitos do grupo intervenção do ATEMDIMEL, segundo itens da Escala de Satisfação para MDAT, de acordo com o domínio “utilidade percebida da chamada”. Ribeirão Preto, SP, 2013

Utilidade percebida da chamada	1 - sempre	2 - quase sempre	3 - às vezes	4 - raramente	5 - nunca
5- As ligações fizeram o(a) sr(a) ter confiança de que a enfermeira sabia como você estava?	32 (94%)	1 (3%)	0	0	1 (3%)
6- O(a) sr(a) aprendeu algo novo, nessas ligações, sobre como cuidar de você mesmo?	28 (82%)	1 (3%)	1 (3%)	2 (6%)	2 (6%)
7- As ligações lembraram o(a) sr(a) de fazer alguma coisa, como verificar sua glicemia ou comer alimentos saudáveis?	28 (82%)	1 (3%)	2 (6%)	1 (3%)	2 (6%)

No que se refere ao terceiro domínio, intromissão da chamada recebida, todos os 34 usuários referiram que as ligações sempre foram interessantes, e que sempre gostaram de receber as mesmas. Quando perguntado se as ligações os incomodaram, todos relataram que as ligações nunca foram um incômodo. Em relação ao tempo que duraram as ligações, os 34 sujeitos relataram que sempre foi adequada, conforme Tabela 4.

No segundo domínio, utilidade percebida da chamada, pode-se observar que a maioria dos sujeitos (94%) referiu que, a partir das ligações, eles sentiam confiança na enfermeira, pois a mesma sabia como eles estavam. Entre os sujeitos, 28 (82%) afirmaram que aprenderam coisas novas com as ligações, no que se refere ao autocuidado e, também, 82% referiram que as ligações fizeram com que eles lembressem alguns afazeres como, por exemplo, verificar a glicemia capilar ou comer alimentos saudáveis, conforme apresentado na Tabela 3.

Estudos dessa natureza auxiliam o entendimento dos fatores envolvidos relacionados à satisfação do indivíduo com DM2, e relacionam com a melhora de sua condição clínica, pois um cliente satisfeito com seu tratamento e com a educação que lhe é proporcionada condiz tanto com uma boa prática clínica e educacional da enfermagem quanto aos próprios resultados da saúde, conforme os resultados obtidos neste estudo⁽¹⁶⁾.

Tabela 4. Distribuição numérica (n) e percentual (%) dos sujeitos do grupo-intervenção do ATEMDIMEL, segundo itens da Escala de Satisfação para MDAT, de acordo com o domínio “intromissão da chamada”. Ribeirão Preto, SP, 2013.

Intromissão da chamada	1 - sempre	2 - quase sempre	3 - às vezes	4 - raramente	5 - nunca
8- O(a) sr(a) achou as ligações interessantes?	34 (100%)	0	0	0	0
9- O(a) sr(a) gostou de receber as ligações?	34 (100%)	0	0	0	0
10- O(a) sr(a) achou que as ligações foram um incômodo?	0	0	0	0	34 (100%)
11- A duração das ligações lhe pareceu adequada?	34 (100%)	0	0	0	0

A prática da enfermagem associada ao uso de telefone, como um recurso para a educação continuada, pode produzir mudanças significativas na capacidade em se adequar a essa condição de saúde, destacando a importância do conhecimento técnico e clínico das intervenções de enfermagem⁽¹⁸⁾. Dessa forma, os indivíduos que receberam as ligações, mostraram-se muito satisfeitos e apresentaram melhores valores na HbA1c, o que ressalta que o uso dessa estratégia, como apoio educativo na atenção em diabetes, pode ser útil em ações na área da saúde.

Não houve limitações no decorrer do estudo.

CONCLUSÃO

Neste estudo, a satisfação percebida pelo indivíduo com DM2, relacionada à assistência em saúde, após a participação do programa

educativo por telefone, apresenta relação com discreta melhora de seu controle glicêmico, apesar de não estatisticamente significativa.

Avaliar a satisfação dos usuários, após um processo educativo, condiz em evidências tanto para a prática clínica quanto para a literatura, como o cuidado e o acolhimento que o usuário recebe, consequentemente, na melhoria que os profissionais da saúde percebem tanto no serviço prestado quanto para a continuidade do mesmo.

Acredita-se que o uso do telefone pode ser uma estratégia que atue favoravelmente no tratamento e aconselhamento do usuário com DM2, permitindo a ele acompanhamento mais próximo, realizando a prevenção de complicações crônicas e a promoção da saúde, possibilitando contribuições no que se refere ao autocuidado e à tomada de decisões que favorecem a qualidade de vida do indivíduo.

TELEPHONE SUPPORT PROGRAM FOR MONITORING DIABETES MELLITUS: SATISFACTION AND GLYCEMIC CONTROL

ABSTRACT

This study's aim was to identify the satisfaction and glycemic control of people with type 2 diabetes mellitus after participating in a monitoring program with telephone support, using the chronic care model. This is an observational and cross-sectional study. A questionnaire addressing sociodemographic variables and the clinical variable of glycated hemoglobin was applied, along with a satisfaction scale in two separate groups, one of which was also monitored by phone. The group who better managed glycated hemoglobin was the one monitored by phone and received diabetes support. Most patients reported satisfaction with incoming calls after receiving education by telephone, which corroborates evidence regarding the care and support provided to patients by health services using this technology in the treatment of diabetes.

Keywords: Diabetes mellitus. Telephone. Personal satisfaction.

PROGRAMA DE APOYO TELEFÓNICO PARA EL MONITOREO DEL DIABETES MELLITUS: SATISFACCIÓN Y CONTROL GLUCÉMICO

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue identificar la satisfacción y el control glucémico de las personas con diabetes mellitus tipo 2, tras la participación en un programa de monitoreo con soporte telefónico, utilizando el modelo de

cuidado crónico. Se trata de un estudio del tipo observacional y transversal. Para la obtención de los datos fue utilizado un cuestionario contenido variables sociodemográficas, variable clínica de la hemoglobina glucosilada y una escala de satisfacción, con dos grupos distintos, uno monitorizado por teléfono y el otro no. El grupo que obtuvo el mejor control de la hemoglobina glucosilada fue aquel en el cual hubo apoyo y acompañamiento telefónico para el monitoreo de la diabetes. Tras un proceso educativo por teléfono, la mayoría de los pacientes se mostró satisfecha con las llamadas recibidas, lo que corrobora evidencias tales como el cuidado y la acogida que el usuario recibe del servicio de salud para el uso de esta tecnología en diabetes.

Palabras clave: *Diabetes mellitus. Teléfono. Satisfacción personal.*

REFERÊNCIAS

1. American Diabetes Association - ADA. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*. 2014 jan; 37:S14-S80.
2. World Health Organization (WHO). Global status report on non communicable diseases. 2011 apr.
3. Shaw JE, Sicree RA, Zimmet PZ. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes Res Clin Pract*. 2010 nov; 87:S4-14.
4. Peyrot M, Rubin RR, Funnell MM, Siminerio LM. Access to diabetes self-management education: results of national surveys of patients, educators, and physicians. *Diabetes Educator*. 2009 Mar/Apr; 35(2):246-263.
5. Funnell MM, Anderson RM, Austin A, Gillespie SJ. Individualization of diabetes self-management education. American Association of Diabetes Educators-AADE. *Diabetes Educator*. 2007 Jan/Feb; 33(1):45-49.
6. Pereira FRL, Torres HC, Cândido NA, Alexandre LR. Promovendo o autocuidado em diabetes na educação individual e em grupo. *Cienc Cuid Saúde*. 2009 out/dez; 8(4):594-599.
7. Rodriguez P, Godoy MC, Mazzo S, Nogueira A, Trevisan PC, Mendes MA, et al. Cuidado com os pés diabéticos antes e após intervenção educativa. *Enfermaría Global*. 2013 jan; (29):53-62.
8. Hollanda E, Siqueira SAVD, Andrade GRBD, Molinaro A, Vaitsman J. Satisfação e responsividade em serviços de atenção à saúde da Fundação Oswaldo Cruz. *Ciênc Saúde Coletiva*, 2012; 17(12):3343-52.
9. Gomes-Villas Boas LC, Foss MC, Freitas MCF, Pace AE. Relação entre apoio social, adesão aos tratamentos e controle metabólico de pessoas com diabetes mellitus. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2012; 20(1):52-58.
10. Fontenele AMM, Alves SMA, Câmara JT. Avaliação do programa nacional de atenção à hipertensão e diabetes: satisfação dos usuários de uma unidade básica de saúde em Caxias-MA. *Cad Pesq*. 2012 jan/abr; 19(1):81-87.
11. Becker TAC. O uso do suporte telefônico no controle metabólico de pessoas com diabetes mellitus no Distrito Oeste de Saúde do município de Ribeirão Preto - SP. 2014. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto; 2014.
12. Sociedade Brasileira de Diabetes – SBD. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: métodos para avaliação do controle glicêmico. São Paulo; 2014.
13. Piette JD. Satisfaction with automated telephone disease management calls and its relationship to their use. *Diabetes Educator*. 2000 nov/dec; 26(6):1003-10.
14. 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 out; 25(5):795-801.
15. Alves, TOS et al. Health-related quality of life of people with Diabetes Mellitus. *Revista Mineira de Enfermagem*, 2013 jan/mar; 17(1):135-140
16. Landim CA, Zanetti ML, Santos MA, Andrade TA, Teixeira CR. Self-care competence in the case of Brazilian patients with diabetes mellitus in a multiprofessional educational programme. *J Clin Nurs*. 2011 Dec; 20(23):S3394-403.
17. Becker TAC, Teixeira CRS, Zanetti ML. Nursing intervention in insulin administration: telephone follow-up. *Acta paul. enferm*. 2012 Sup1; 25(1):67-73.
18. Sumita NM, Andriolo A. Importância da hemoglobina glicada no controle do diabetes mellitus e na avaliação de risco das complicações crônicas. *J Bras Patol*. 2008 jun; 44(3):169-74.
19. Vasconcelos HCA, Freitas RWJF, Marinho NBP, Damasceno MMC, Araújo TL, Lima FET. Eficácia de intervenções que utilizam o telefone como estratégia para o controle glicêmico: revisão integrativa da literatura. *Texto Contexto Enferm*. 2013 jan/mar; 22(1):239-46.
20. 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 feb; 24(2):202-08.

Endereço para correspondência: Gabriela Marsola Olivatt. Rua Fagundes Varella, 391, Vila Marcelino. CEP 13570-594. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. Telefone (16) 99774-5007. E-mail:ibagabi@hotmail.com

Data de recebimento: 27/01/2015

Data de aprovação: 22/02/2016