

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

FRANCISCA SONIA DE MELO PRATI

**MEIOS DE COMUNICAÇÃO E REDES SOCIAIS COMO RECURSOS NA
MELHORIA DO CONHECIMENTO DO DIABETES MELLITUS TIPO 1 EM
COMUNIDADES CARENTES**

CURITIBA

2017

FRANCISCA SONIA DE MELO PRATI

**MEIOS DE COMUNICAÇÃO E REDES SOCIAIS COMO RECURSOS NA
MELHORIA DO CONHECIMENTO DO DIABETES MELLITUS TIPO 1 EM
COMUNIDADES CARENTES**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Saúde da Criança e do Adolescente, área de concentração em Endocrinologia Pediátrica, área específica: educação em saúde.

Orientadora: Prof^a. Dra. Margaret Cristina da Silva Boguszewski

CURITIBA

2017

Parecer

A Banca Examinadora, instituída pelo colegiado do **PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO - MESTRADO E DOUTORADO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE**, do Setor de Ciências Saúde, da Universidade Federal do Paraná, após arguir a Doutoranda

Francisca Sônia de Melo Prati

Em relação a sua Tese de Doutorado intitulada:


“MEIOS DE COMUNICAÇÃO E REDES SOCIAIS COMO RECURSOS NA MELHORIA DO CONHECIMENTO DO DIABETES MELLITUS TIPO 1 EM COMUNIDADES CARENTES”


é de parecer favorável à *Aprovação* da acadêmica, habilitando-a ao título de *Doutor em Saúde da Criança e do Adolescente*,

Área de Concentração em *Endocrinologia Pediátrica*
Área Específica *Jornalismo*.

Curitiba, 19 de dezembro de 2017


Professora Doutora Margaret Cristina da Silva Boguszewski
Professora Associada Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná - UFPR; *Presidente da Banca Examinadora e Orientadora do Trabalho.*


Professor Doutor Alexei Volaco
Professor de Endocrinologia e Metabologia da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, PUC-PR; *Primeiro Examinador.*


Professor Doutor Josaíá Moreira Cunha
Professor Adjunto do Departamento de Teoria e Fundamentos da Educação da Universidade Federal do Paraná-UFPR; *Segundo Examinador.*


Professor Doutor José Humberto Boguszewski
Professor Associado Departamento de Design da Universidade Federal do Paraná - UFPR; *Terceiro Examinador.*


Professor Doutor Genílida Miranda Graça Filho
Professor Adjunto do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná-UFPR; *Quarto Examinador.*


Professora Doutora Mônica Nunes Lima Cat
Professora Associada do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná - UFPR.
Vice-Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da UFPR.

Dedico a todos aqueles que se esforçam cotidianamente em pesquisas, cuidados, educação em saúde e reivindicações de direitos de cidadania no âmbito do *Diabetes Mellitus* Tipo 1.

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Margaret Cristina da Silva Boguszewski por acreditar e incentivar essa proposta de pesquisa científica.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, na pessoa de sua coordenadora, Professora Doutora Mônica Nunes Lima Cat, pelo seu apoio e orientações.

Ao Professor Doutor Geraldo Miranda Graça Filho por suas importantes orientações.

À Professora Doutora Adriane de Andre Cardoso Demartini, pela partilha de conhecimentos.

À Clara Lara Freitas, secretária do Programa de Pós-Graduação do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná, por sua constante colaboração.

Aos colegas da área que muito ajudaram com conselhos e orientações.

Aos voluntários, famílias, comunidades e portadores de *Diabetes Mellitus* Tipo 1, pela parceria e momentos preciosos de troca de experiências e informações.

A São Giuseppe Moscati, leigo, médico, cientista e professor universitário, por suas pesquisas no âmbito do diabetes mellitus.

Ao Professor Alberto Manzi, pedagogo italiano que continua inspirando a muitos no caminho das novas práticas educativas e populares.

À minha família, sempre parceira em todos os momentos.

À CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) pelo aporte e fomento à pesquisa.

“Você não pode ensinar nada a ninguém, mas pode ajudar as pessoas a descobrirem por si mesmas”.

(Galileu Galilei)

RESUMO

Introdução: Os Meios de Comunicação Social (MCS) estão sendo cada vez mais utilizados no âmbito da saúde. *Sites, blogs* e perfis em redes sociais que abordam temas de saúde são criados diariamente, tanto por profissionais de saúde como por pacientes ou indivíduos interessados, abordando doenças, conselhos de tratamento e até possíveis curas. O *Diabetes Mellitus* Tipo 1 (DM1), embora em extensão menor que o *Diabetes Mellitus* Tipo 2, vem ganhando destaque nos MCS, especialmente nas redes sociais. Entidades, pesquisadores e até instituições de apoio aos pacientes portadores do DM1 apresentam, em diversos espaços da Internet, sua forma própria de lidar com a doença. **Justificativa:** Em um cenário onde são utilizadas cada vez mais as Mídias Sociais para interagir entre si, e onde um número crescente de organizações busca se aproximar de seu público-alvo usando tais ferramentas, é fundamental que a pesquisa científica também esclareça o significado deste processo, a fim de que possa desenvolver estratégias de comunicação mais eficientes e seguras, aproximação e fortalecimento dos laços com os indivíduos ou grupos envolvidos. **Objetivos:** Oferecer informações e um ambiente de discussão por meio de visitas às comunidades e do uso de ferramentas da Internet para aumentar o conhecimento sobre o DM1, incentivar o compromisso com o tratamento e apoiar a melhoria da qualidade de vida de crianças, adolescentes e adultos com a doença e suas famílias. **Material e Métodos:** Estudo de caráter populacional. População: moradores da Região Metropolitana de Curitiba (RMC), portadores de DM1 e internautas de modo geral. **Delineamento:** O projeto somou três ações: trabalho presencial nas comunidades carentes; trabalho remoto, pela Internet; e a capacitação de multiplicadores voluntários. A intervenção se deu com a participação do pesquisador em grupos comunitários, postagens em Redes Sociais, elaboração de um *site*, contatos via *Facebook* e *whatsapp*, com ênfase nos elementos necessários para um maior conhecimento do DM1 e para reforçar a importância do tratamento e acompanhamento com profissionais de saúde. Foram utilizadas técnicas de comunicação, apoiadas em práticas de boa saúde. Para as dúvidas e questões pontuais, foram realizadas duas enquetes populares. Além disso, o pesquisador abriu um canal de diálogo com portadores da doença e familiares, através das Redes Sociais, denominado "*DiabeteStation*". **Resultados:** No total, 537 moradores da RMC participaram de reuniões no período de julho de 2015 a dezembro de 2016. Duas enquetes populares foram realizadas. Na primeira, sobre alimentação saudável e atividade física, participaram 198 indivíduos. Na segunda, sobre DM1 e MCS, participaram 256 indivíduos, sendo 78 portadores de DM1. As enquetes foram realizadas de forma presencial e via eletrônica. 254 indivíduos afirmaram que o projeto ajudou a aumentar o conhecimento sobre o DM1. 75 portadores de DM1 afirmaram ter adquirido um maior senso crítico em relação aos MCS e 63 disseram que o projeto ajudou na perseverança ao tratamento. **Conclusão:** Com medidas simples e utilização de ferramentas de comunicação, foi possível aumentar o conhecimento sobre o DM1; enfatizar a importância do tratamento; ampliar o canal de discussão; e estabelecer novos laços de apoio entre comunidades, famílias e pacientes.

Palavras-chave: Diabetes Tipo 1. Comunicação e Saúde. Educação Comunitária em Saúde.

ABSTRACT

Introduction: The Means Social Communication Media (MCS) is being progressively used in health. *Websites, blogs* and profiles on social networks that address health issues are created daily by health professionals such as patients or interested individuals, lifting up about raising t diseases, treatment advice and even possible cures. Type 1 *Diabetes Mellitus* (DM1), although to a lesser extent than Type 2 *Diabetes Mellitus*, has been prominent in MCS, especially in social networks. Entities, researchers and institutions that support patients with DM1 have their own way of dealing with the disease in various areas of the Internet. **Justification:** In a context where social media are increasingly used for interaction and where more and more organizations approach their target audience using these tools, it is crucial that scientific research also clarifies the meaning of this process, with the purpose of developing more efficient and secure communication strategies, approaching and strengthening the ties with the individuals or groups involved. **Objectives:** To provide information by creating a discussion environment through visits to communities and the use of Internet tools to increase knowledge about DM1, encourage commitment to treatment and support the improvement of the quality of life of children, adolescents and adults with disease and their families. **Material and Methods:** Population study. Population: Residents of the Metropolitan Region of Curitiba (MRC), DM1 and Internet users in general. **Planning:** The project added three actions: presential work in poor communities; remote work over the Internet; and the training of volunteer multipliers. The intervention took place with the participation of the researcher in community groups, postings in Social Networks, elaboration of a *website*, contacts via *Facebooke, whatsapp*, with emphasis on the elements necessary for a greater knowledge of DM1 and to reinforce the importance of treatment and follow-up with professionals of health. Communication techniques were used, based on good health practices. For doubts and specific questions, two popular questions were asked. In addition, the researcher opened a channel of dialogue with disease carriers and family members, through Social Networks, called "*DiabeteStation*". **Results:** In total, 537 residents of the MRC participated in meetings from July 2015 to December 2016. Two popular questions were asked. In the first one, about healthy eating and physical activity, 198 individuals participated. In the second one, about DM1 and MCS, 256 individuals participated, being 78 DM1 carriers. The questionings were carried out in person and electronically. 254 individuals stated that the project helped increase awareness about DM1. 75 patients with DM1 reported having acquired a greater critical sense regarding MCS and 63 said that the project helped in perseverance to treatment. **Conclusion:** With simple measures and use of communication tools, it was possible to increase knowledge about DM1; emphasize the importance of treatment; broadening the means of discussion; and establish new support ties between communities, families and patients.

Keywords: Type 1 Diabetes. Communication and Health. Community Health Education.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	— ÓBITOS NO PARANÁ DE 1979 A 1998.....	26
FIGURA 2	— ÓBITOS NO PARANÁ DE 1999 A 2017.....	26
FIGURA 3	— DADOS DO DATASUS	28
FIGURA 4	— SISTEMA DE CADASTRAMENTO E ACOMPANHAMENTO DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS - PARANÁ	28
FIGURA 5	— PREVALÊNCIA DE DIABETE MELITO	29
FIGURA 6	— ÍCONES DOS PRINCIPAIS MEIOS DE COMUNICAÇÃO.....	30
FIGURA 7	— ELEMENTOS QUE COMPÕEM A COMUNICAÇÃO.....	31
FIGURA 8	— CONCEITO DE REDE SOCIAL.....	35
FIGURA 9	— CONCEITO DE MÍDIA SOCIAL.....	36
FIGURA 10	— A INTERNET E AS RAMIFICAÇÕES DE SEU USO EM PESQUISAS	38
FIGURA 11	— UTILIZAÇÃO DA INFORMAÇÃO CIENTÍFICA PRODUZIDA	39
FIGURA 12	— AS MÍDIAS SOCIAIS NO MUNDO	49
FIGURA 13	— AS MÍDIAS SOCIAIS NO BRASIL.....	50
FIGURA 14	— EXEMPLO DE MODELOS PARA VOTAÇÃO NAS COMUNIDADES	75
FIGURA 15	— MARCA DO PROJETO	75
FIGURA 16	— VERSÕES ALTERNATIVAS	76
FIGURA 17	— FIGURAS ALTERNATIVAS DA MARCA PARA USO NO PROJETO	76
FIGURA 18	— BONÉ E CAMISETAS – <i>DIABETESTATION</i>	77
FIGURA 19	— FRENTE E VERSO DO IMPRESSO	78
FIGURA 20	— IMPRESSOS QUE FORAM DISTRIBUÍDOS	78
FIGURA 21	— CURTIDAS E SEGUIDORES	79
FIGURA 22	— SEGUIDORES DA PÁGINA	79
FIGURA 23	— CAPA DA PÁGINA.....	80
FIGURA 24	— CAPTAÇÃO DE SEGUIDORES	80
FIGURA 25	— DADOS DEMOGRÁFICOS DOS <i>FANS</i>	80
FIGURA 26	— PESSOAS ALCANÇADAS	81
FIGURA 27	— DADOS DOS SEGUIDORES	81

FIGURA 28 — AVALIAÇÕES DA PÁGINA	81
FIGURA 29 — COMENTÁRIOS.....	82
FIGURA 30— PÁGINA DE ROSTO	83
FIGURA 31 — DISPOSITIVOS DE ACESSO	85
FIGURA 32 — CAPTURA PÁGINA INICIAL DO TWITTER	87

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 — DEMONSTRATIVO DE INTERESSE NA BUSCA POR TEMAS DE SAÚDE NA WEB.....	45
GRÁFICO 2 — BUSCA DE INFORMAÇÃO SOBRE O DIABETES.....	53
GRÁFICO 3 — PORCENTAGEM DE VISITANTES DO <i>SITE</i>	84
GRÁFICO 4 — TIPO DE ACESSO	84
GRÁFICO 5 — VISUALIZAÇÕES	85
GRÁFICO 6 — TIPOS DE NAVEGADORES	86
GRÁFICO 7 — IDIOMAS	86
GRÁFICO 8 — SESSÕES POR PAÍS	86
GRÁFICO 9 — NÚMERO DE VISITANTES.....	87

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	— CLASSIFICAÇÃO ETIOLÓGICA DO DIABETES MELLITUS (DM).....	20
QUADRO 2	— DADOS SOBRE DIABETES - BRASIL.....	22
QUADRO 3	— VALORES DE GLICOSE PLASMÁTICA (EM MG/D)	24
QUADRO 4	— DM1 ENTRE POPULAÇÕES E ÁREAS GEOGRÁFICAS.....	26
QUADRO 5	— TEMA DM1 NA INTERNET	39
QUADRO 6	— NOTÍCIAS NA INTERNET SOBRE DM1	40
QUADRO 7	— CONFIANÇA DO USUÁRIO NOS CONTEÚDOS SOBRE SAÚDE NA INTERNET	45
QUADRO 8	— OBSTÁCULOS PARA ADESÃO AO TRATAMENTO DO DIABETES	57
QUADRO 9	— PRIMEIRA ENQUETE.....	88
QUADRO 10	— SEGUNDA ENQUETE	91

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 — PARTICIPANTES DAS REUNIÕES	59
TABELA 2 — DADOS DOS MUNICÍPIOS VISITADOS.....	59
TABELA 3 — PARTICIPANTES DAS REUNIÕES	64
TABELA 4 — GÊNERO DOS MORADORES DA RMC.....	65
TABELA 5 — POPULAÇÃO DOS USUÁRIOS DE INTERNET E DAS FERRAMENTAS DO PROJETO	74

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ARPANET	—	<i>Advanced Research Projects Agency Network</i>
AVP	—	Ambiente Virtual de Pesquisa
CAPES	—	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP	—	Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
CG	—	Controle Glicêmico
DATASUS	—	Banco de Dados do Ministério da Saúde
DCV	—	Doenças Cardiovasculares
DM	—	Diabetes Mellitus
DM1	—	Diabetes Mellitus Tipo 1
DM2	—	Diabetes Mellitus Tipo2
HbA1c	—	Hemoglobina glicada
HON-CODE	—	Selo de credenciamento da Health on the Net0
IBGE	—	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	—	Índice de Desenvolvimento Humano
ISO	—	“International Organization for Standardization”
MCS	—	Meios de Comunicação Social
MS	—	Ministério da Saúde
ONG	—	Organização Não Governamental
OMS	—	Organização Mundial de Saúde
ONU	—	Organização das Nações Unidas
PMC	—	Prefeitura Municipal de Curitiba
PR	—	Paraná
RMC	—	Região Metropolitana de Curitiba
RNP	—	Rede Nacional de Ensino e Pesquisa
SBD	—	Sociedade Brasileira de Diabetes
SESA	—	Secretaria Estadual de Saúde
SUS	—	Sistema Único de Saúde
TIC	—	Tecnologias de Informação e Comunicação
UFPR	—	Universidade Federal do Paraná

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
1.1	OBJETIVO GERAL.....	19
1.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	20
2.1	DIABETES MELLITUS: HISTÓRICO.....	21
2.2	O DIABETES MELLITUS.....	22
2.3	DIFERENÇAS DIABETES MELLITUS TIPO 1 E DIABETES MELLITUS TIPO 2.....	23
2.4	DM 1 EM FOCO	24
2.5	DADOS SOBRE O DIABETES MELLITUS.....	26
2.6	DM E MEIOS DE COMUNICAÇÃO SOCIAL	29
2.6.1	Meios de comunicação	29
2.6.2	Meios de comunicação - História.....	32
2.7	A INTERNET	33
2.8	REDE SOCIAL	34
2.9	AS MÍDIAS SOCIAIS	35
2.9.1	Mídias sociais e redes sociais: questionamentos	37
2.10	A COMUNICAÇÃO POPULAR.....	37
2.11	DADOS NA ÁREA DA SAÚDE	38
2.11.1	Citações sobre o Diabetes Mellitus Tipo 1	39
2.12	A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO CONTINUADA EM DIABETES	40
2.13	TECNOLOGIAS DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO.....	42
2.14	INTERNET E SAÚDE	44
2.15	A BUSCA NOS DISPOSITIVOS MÓVEIS	47
2.16	O ACESSO NAS MÍDIAS SOCIAIS	48
2.17	TEMAS DE SAÚDE	51
2.18	DIVULGAÇÃO DE PESQUISAS.....	52
2.19	OS SITES SOBRE SAÚDE NA INTERNET	53
2.20	RESPOSTAS E CONSELHOS – DM1.....	54
2.20.1	UM CANAL DE DESABAFO E REIVINDICAÇÃO	55
2.21	MEIOS QUE APROXIMAM	56

3	MATERIAL E MÉTODOS.....	58
3.1	TIPO DE ESTUDO	58
3.2	LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO	58
3.3	POPULAÇÃO DE ESTUDO	60
3.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	60
3.5	ESTRATÉGIA INICIAL	60
3.6	VARIÁVEIS ANALISADAS	61
3.7	ÉTICA EM PESQUISA	62
3.8	FOMENTO PARA PESQUISA.....	62
4	RESULTADOS.....	63
4.1	COMPOSIÇÃO DA AMOSTRA	63
4.1.1	Comunidade física.....	63
4.1.2	Comunidade virtual.....	64
4.2	PARTICIPANTES DAS COMUNIDADES	64
4.3	DADOS DAS COMUNIDADES NOS MUNICÍPIOS	65
4.3.1	Mapeamento da comunidade	66
4.4	PROCEDIMENTOS.....	67
4.4.1	Definição dos materiais	67
4.5	ENCONTROS NAS COMUNIDADES.....	68
4.5.1	Material necessário	69
4.6	METODOLOGIA DAS REUNIÕES	70
4.6.1	Técnicas de comunicação utilizadas nas reuniões	70
4.6.2	Rodas de conversa.....	70
4.6.3	Aprender com a comunidade.....	71
4.6.4	A voz da comunidade	71
4.6.5	Uma nova prática	72
4.6.6	Um jeito novo e positivo	72
4.7	O PROJETO NA INTERNET	73
4.7.1	Dados dos internautas.....	74
4.8	MARCA E “PEÇAS” DE IDENTIFICAÇÃO	74
4.8.1	Peças de identificação do Projeto.....	76
4.8.2	Folheto	77
4.9	PÁGINA DO <i>FACEBOOK</i>	79
4.10	AVALIAÇÕES DA PÁGINA	81

4.10.1	Exemplos de comentários nas avaliações	82
4.10.2	Mensagens enviadas à Página.....	82
4.11	SITE “DIABETESTATION”	82
4.11.1	Página de rosto do <i>site</i>	83
4.11.2	Visitantes do <i>site</i>	84
4.11.3	Tipo de acesso	84
4.11.4	Visualizações	85
4.11.5	Tipo de navegador.....	86
4.11.6	Idiomas.....	86
4.11.7	País.....	86
4.11.8	“Twitter”	87
4.12	ENQUETES POPULARES	88
4.12.1	Primeira enquete	88
4.12.2	Segunda enquete	90
4.13	CAPACITAÇÃO.....	95
4.14	CIDADANIA.....	95
5	DISCUSSÃO	96
5.1	COMPOSIÇÃO DA AMOSTRA	96
5.2	A COMUNICAÇÃO-DIÁLOGO	97
5.3	DISPOSITIVOS.....	97
5.4	ORIENTAÇÕES E SERVIÇOS.....	99
5.5	SUGESTÕES.....	100
5.6	PAPEL DA COMUNICAÇÃO	101
6	CONCLUSÃO	103
6.1	LIMITAÇÕES DO TRABALHO	103
6.2	PONTOS FAVORÁVEIS.....	103
	REFERÊNCIAS	105
	ANEXOS.....	114
	ANEXO 1 - ANÁLOGOS DE INSULINA - PROTOCOLO	115
	ANEXO 2 - PUBLICAÇÃO LINHA GUIA DE DIABETES.....	117
	ANEXO 3 - LISTAGEM DAS PESSOAS QUE FAZEM PARTE DOS SEGUIDORES NO <i>FACEBOOK</i> - POR PAÍS E IDIOMA	118
	ANEXO 4 - DECLARAÇÃO DE USO ESPECIFICO DO MATERIAL E/OU DADOS COLETADOS.....	120

ANEXO 5 - DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO	121
ANEXO 6 - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE	122
ANEXO 7 - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – HC – UFPR	123

1 INTRODUÇÃO

No Dia Mundial do Diabetes, 14 de novembro de 2012, uma pesquisa apresentada pela Dra. Marília de Brito Gomes, no 30º Congresso Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia¹, realizado também em novembro daquele ano, em Goiânia, Goiás, apontou que menos de 20% dos brasileiros com Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1) faziam o tratamento da doença de maneira adequada. Participaram do estudo 3.591 voluntários de todas as regiões do país, todos em tratamento do DM1 pelo Sistema Único de Saúde, 70% deles foram considerados, segundo dados da pesquisa apresentada, de níveis sociais baixos. A pesquisa mostrou ainda que, entre os pacientes com DM1, com tratamento inadequado, havia um contingente importante de analfabetos funcionais e de pessoas que não entendiam as prescrições médicas ou o modo correto de efetuar o tratamento. De acordo com a pesquisadora, endocrinologista e coordenadora do estudo multicêntrico, o problema do controle do DM1 tem relação direta com o nível de escolaridade do paciente – que geralmente está vinculado à sua classe social. “Descobrimos que, infelizmente, quanto mais pobre é a pessoa, menos ela consegue entender a complexidade da doença”, afirmou Dra. Marília Gomes em sua apresentação do estudo. Como resultado, o paciente não faz o tratamento de maneira adequada ou não adere por completo a ele. Na época, os meios de comunicação divulgaram o estudo como sendo um sinal de alerta para os médicos, principalmente pelo crescente número de pessoas com diabetes mellitus (DM) no Brasil. Na data da apresentação do estudo, dados do Ministério da Saúde (2012) indicavam que 5,6% dos brasileiros sofriam de DM. Os números foram obtidos pela pesquisa da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL, 2012), que coletou informações nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal.

Interessante notar que os meios de comunicação social, na mesma reportagem que divulgava que o impacto do DM1 tinha reflexos mais profundos nas populações de baixa renda, apresentava uma entrevista sugerindo que uma das soluções era investir no cardápio certo: "Uma ingestão diária de 50 a 60% de carboidratos usualmente é suficiente, preferindo-se os carboidratos complexos - castanhas, nozes, grãos integrais - que serão absorvidos mais lentamente, evitando

¹ 30º Congresso Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia 2012. Data: 7 a 10 de novembro. Local: Goiânia, GO. Brasil.

picos de glicemia", aconselhou o endocrinologista Josivan Lima². Apesar de sugerir uma alimentação saudável, a mesma não é acessível à população que, de acordo com o estudo, necessitava de uma atenção maior, pois os itens mencionados não costumam fazer parte do cardápio diário da população de baixa renda. Apesar do estudo ter sido divulgado, segundo sua coordenação, como um alerta para os médicos, o mesmo serviu também de ponto de reflexão para os que atuam na área da saúde comunitária.

A situação relatada acima demonstrou como os meios de comunicação careciam de uma maior compreensão sobre como informar a população sobre alguns temas de saúde, uma realidade que vem se transformando ao longo dos últimos anos, especialmente devido ao maior fluxo de informações sobre saúde nos meios de comunicação e, sobretudo, em *sites*, *blogs*, aplicativos e redes sociais.

Outro exemplo em que a falta de informação dos pacientes portadores de DM1 é um complicador da doença, pode ser encontrado na reportagem de Oliveto (2016), publicada na edição digital do Jornal Correio Braziliense. Oliveto, na ocasião, entrevistou a então Coordenadora de Epidemiologia da Sociedade Brasileira de Diabetes, Bianca de Almeida Pititto. A médica afirmou que, além de possíveis dificuldades no acesso ao tratamento, a falta de informação é um complicador da doença. Pititto relatou que uma enquete realizada pela Sociedade Brasileira de Diabetes, com 1 mil pessoas, mostrou que, mesmo entre os portadores de DM, a confusão é grande:

Alguns tinham a doença, mas não sabiam se portavam o tipo 1 ou o 2. Estudos também sugerem que chega a 50% o número de pacientes, a quantidade de pessoas, que têm diabetes, que já apresentam sintomas, as complicações, mas não receberam o diagnóstico. (PITITTO, 2016)

Como proceder para que as populações das comunidades tenham mais informação sobre o DM1; como ajudá-las a compreender o que é repassado pelo serviço de saúde e meios de comunicação; e, acima de tudo, como apoiar aqueles mais de 80% portadores de DM1 para realizarem o tratamento de maneira adequada? Tais indagações deram origem ao presente estudo que buscou seguir um itinerário de trabalho: a) dar maior visibilidade aos temas referentes ao DM1; b)

² Guia do Diabetes: "Sete mudanças que ajudam a conviver bem com o Diabetes". Disponível em <http://www.minhavidade.com.br/saude/galerias/12357-sete-mudancas-que-ajudam-a-conviver-bem-com-o-diabetes>. Acesso em 05 de julho de 2015.

levantar as principais dificuldades em relação ao tratamento; c) priorizar a educação em saúde como meio de transmitir os conteúdos necessários para a melhoria da qualidade de vida de pacientes e suas famílias; d) utilizar técnicas de comunicação popular e ferramentas da Internet para criar empatia com o tema e entre as pessoas, bem como um canal de comunicação (presencial e remoto) para dar maior relevância ao tema.

1.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar se estratégias de comunicação podem ajudar a ampliar o conhecimento sobre o Diabetes Tipo 1, especialmente em comunidades carentes, e, conseqüentemente, impactar na melhoria da qualidade de vida dos portadores da doença.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Oferecer informações e um ambiente de discussão sobre o DM1 em comunidades carentes da RMC;

Utilizar os meios de comunicação e as Redes Sociais para aumentar o conhecimento sobre a doença;

Fortalecer o compromisso com o tratamento;

Incentivar o apoio da comunidade para com os portadores de DM1;

Capacitar multiplicadores comunitários para divulgar o tema e ajudar a identificar possíveis casos que, se encaminhados ao serviço de saúde, reduziram possíveis diagnósticos tardios;

Colaborar na melhoria da qualidade de vida dos portadores de DM1.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Diabetes mellitus (DM) não é uma única doença, mas um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresenta em comum a hiperglicemia, resultante de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambas. A classificação atual do DM baseia-se na etiologia e não no tipo de tratamento, portanto, os termos “DM insulino dependente” e “DM insulino independente” devem ser eliminados dessa categoria classificatória. A classificação proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Associação Americana de Diabetes (ADA), e aqui recomendada, inclui quatro classes clínicas: DM tipo 1 (DM1), DM tipo 2 (DM2), outros tipos específicos de DM e DM gestacional (Quadro 1). Há ainda duas categorias, referidas como pré-diabetes, que são a glicemia de jejum alterada e a tolerância à glicose diminuída. Essas categorias não são entidades clínicas, mas são fatores de risco para o desenvolvimento de DM e doenças cardiovasculares (DCV)³.

QUADRO 1 — CLASSIFICAÇÃO ETIOLÓGICA DO DM.

DM1
• Autoimune
• Idiopático
DM2
Outros tipos específicos de DM
DM gestacional

Fonte: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2015.

DM exige a manutenção de atendimento médico crônico e o paciente deve receber informação e apoio para evitar as complicações agudas da doença e para reduzir o risco de piora de sua situação a longo prazo. Os cuidados com o diabetes são complexos e requerem atenção. Esses padrões de cuidados se destinam a proporcionar a médicos, pacientes, pesquisadores e outras pessoas interessadas na área traçar melhor os objetivos gerais do tratamento e as ferramentas para avaliar a qualidade do tratamento (ADA- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2004).

³ Conceituação extraída de: Sociedade Brasileira de Diabetes – Diretrizes SBD 2015-2016, pág. 21. Disponível em <http://www.diabetes.org.br/profissionais/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf>

Diversos estudos, ao longo das últimas décadas, têm sido realizados sobre o Diabetes e suas múltiplas facetas e implicações. Uma dessas implicações é a presença de pelo menos um fator de risco adicional (obesidade, dislipidemia, hipertensão arterial, inatividade física) (MARGEIRSDOTTIR *et al.*, 2008).

2.1 DM: HISTÓRICO

A história reporta que já no ano de 1500 A.C, médicos do Egito relataram casos de pessoas que urinavam muito e emagreciam rapidamente. Já entre os anos 80 e 138 D.C, o médico grego Aretaeus criou o termo “diabetes mellitus”. Só em 1776, o pesquisador Matthew Dobson conseguiu desenvolver um método de análise dos níveis de concentração de glicose presentes na urina. Em 1812, essa que era tida como uma “condição”, passou a ser reconhecida como uma doença por meio principalmente de relatos de casos publicados no primeiro número do *The New England Journal of Medicine*. Como não havia um tratamento específico para o diabetes, a mortalidade era muito alta entre os portadores da doença, o que intensificou a pesquisa na área. Em 1889, os pesquisadores alemães, Oskar Minkowski e Joseph von Mering atestaram que a retirada do pâncreas de cachorros ocasionava o óbito dos mesmos por diabetes. Com isso, conseguiram demonstrar que o diabetes era uma doença que se relacionava totalmente com o funcionamento do pâncreas. Em 1910, Edward Sharpey-Schafer lançou para a comunidade científica a hipótese de que o diabetes seria causado pela deficiência de uma única substância química, que era produzida no pâncreas pelas células das ilhotas de Langerhans, a qual ele deu o nome de insulina, nome derivado da palavra latina *insula* (ilha). Seguindo a mesma linha de pesquisa, em 1921, Frederick Banting e Charles Best publicaram o resultado de seus experimentos realizados na Universidade de Toronto, Canadá.⁴ Eles injetaram, em cachorros diabéticos, extratos de células das ilhotas de Langerhans, retiradas do pâncreas de cachorros saudáveis, procedimento que reverteu o quadro de diabetes. O passo seguinte foi pesquisar com pâncreas bovino e, juntamente com o pesquisador John Mcleod, purificar a insulina e começar a tratar com sucessos os portadores da doença. A partir de então, o uso de insulina se disseminou e beneficiou, sobretudo os

⁴ University of Toronto, Canadá. *Celebrating 90 Years of Insulin*, 2011. Disponível em: <https://www.utoronto.ca/news/celebrating-90-years-insulin> - Acesso em 28 de setembro de 2017.

portadores de DM1. Deste período até nossos dias, muitos avanços científico-tecnológicos têm ocorrido no âmbito do DM.

2.2 O DM

A OMS, 2016, publicou seu primeiro relatório global sobre o diabetes em geral, tanto o DM1 quanto o DM2, divulgado em razão da escolha do diabetes como tema daquele ano para o Dia Mundial da Saúde, “Vencer o Diabetes”. O relatório chama a atenção pelo fato de que a incidência de diabetes aumenta não apenas nos países industrializados, mas também nos que adotaram estilos de vida e hábitos alimentares “ocidentalizados”. A OMS (2016) estima que cerca de 5,1% da população mundial, entre 20 e 79, anos sofra da doença e que 422 milhões de adultos em todo o mundo viviam com diabetes em 2014, quatro vezes mais do que em 1980, quando o índice era de 108 milhões. Em se tratando de modo geral, do Diabetes nas Américas, o percentual subiu de 5% em 1980 para 8,3% em 2014, ou seja, de 18 milhões para 62 milhões de pacientes adultos. A cada minuto, 10 pessoas morrem em decorrência do diabetes, ao menos 3,7 milhões de pessoas anualmente. Por isso, a OMS caracteriza a doença como “um dos principais assassinos no mundo”. Para a OMS (2016), o aumento do sobrepeso e da obesidade está diretamente ligado ao avanço do diabetes. O primeiro afeta 25% dos adultos. O segundo, 10% (QUADRO 2).

QUADRO 2 — DADOS SOBRE DM - BRASIL

Prevalência	Agravos	Mortalidade	Relevância
8,1% - Total Mulheres – 8,8% Homens – 7,4%	Sobrepeso – 54,2% Obesidade – 20,1% Inatividade Física – 27,2%	72.200/Ano – pessoas com mais de 30 anos	6% de todas as mortes

FONTE: OMS (2016).

Novos dados, apresentados no Atlas Mundial do Diabetes 2017⁵ relatam que: “425 milhões de adultos no mundo têm diabetes e que a estimativa é que em 2045 cerca de 629 milhões de pessoas terão diabetes. Essa estimativa inclui pessoas com e sem o diagnóstico da doença. Em 2045, o número de pessoas com diabetes aumentará em 62% na América do Sul e Central. No Brasil, mais de 12

⁵ Atlas Mundial do Diabetes 2017. Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. Disponível em: <https://www.endocrino.org.br/atlas-mundial-do-diabetes-2017/>. Acesso em 19 de novembro de 2017.

milhões de pessoas são diabéticas. 12% das despesas globais de saúde são gastos com a doença. O diabetes tipo 1 afeta mais de 1 milhão de crianças e adolescentes. Dois terços das pessoas que têm diabetes são de áreas urbanas e estão em idade ativa (cerca de 327 milhões)”.

A Federação Internacional do Diabetes estima que, em 2015, havia no Brasil 14,3 milhões de diabéticos e que, em 2040, o número chegará a 23,2 milhões (SOARES; SOUZA, 2016).

O DM é uma condição crônica que surge quando o pâncreas perde sua capacidade de produzir insulina (para o DM1 ou insulino dependente), ou ainda quando a insulina não consegue agir de forma adequada (DM2 ou não insulino dependente). Noventa por cento dos casos pertencem ao tipo 2, e 10%, ao tipo 1.

2.3 DIFERENÇAS DM TIPO 1 E DM TIPO 2

A diferenciação entre o DM1 e DM2, para a população leiga, nem sempre é clara. Há até mesmo pessoas nas comunidades que se “admiram” que criança padeça de DM, acreditando ser esta apenas uma enfermidade de adultos. No DM1, o pâncreas deixa de produzir insulina, aumentando os níveis de açúcar no sangue. É uma doença autoimune e, geralmente, diagnosticada na criança. O diagnóstico é baseado em sintomas específicos. São sintomas do DM1: cansaço fácil, muita sede, emagrecimento, quantidade de urina aumentada, aumento do apetite. No DM1, o tratamento é feito através da reposição de insulina por via subcutânea, mais uma dieta adequada e exercícios físicos.

O DM2 é o tipo mais frequente de diabetes presente na população em geral. Representa 90% dos casos. No DM2 há resistência à insulina ou defeito na liberação de insulina. A predisposição genética, juntamente com fatores ambientais, contribuem para o surgimento da doença. A tudo isso somam-se, ainda, o sedentarismo e a obesidade. As complicações tardias são: retinopatia, nefropatia e doença vascular. Os sintomas do DM2 incluem: cansaço, aumento da ingestão alimentar, aumento da quantidade de urina, número de micções, má cicatrização, problemas sexuais, fome, visão turva, problemas circulatórios e muita sede. Basicamente, as diferenças entre o DM1 e o DM2 são: no diabetes tipo 1, devido ao comprometimento do funcionamento do pâncreas, têm-se pouca ou nenhuma

produção de insulina. Os sintomas são mais acentuados e requer a utilização de doses diárias de insulina para o controle da glicose. No DM2, a prevalência da doença é maior nos indivíduos adultos e idosos. Em muitos, inicialmente, a produção de insulina é normal ou até mesmo elevada, porém ela não age de forma adequada, causando o aumento da taxa de açúcar no sangue.

O diagnóstico do diabetes é feito através de exames de sangue que detectam a hiperglicemia, sendo: Glicose de jejum normal = varia entre 65-99 mg/dL. Pré-DM = valores de glicemia de jejum entre 100 e 125 mg/dL, glicemia medida 2 horas após a ingestão de 75 gramas de glicose anidra entre 140 e 199 mg/dL e hemoglobina glicada entre 5,7 e 6,4%. Confirmado: quando em exame de glicemia em jejum a glicose está maior ou igual a 126 mg/dL em mais de uma ocasião (QUADRO 3).

QUADRO 3 — VALORES DE GLICOSE PLASMÁTICA (EM MG/D)

Categoria	Jejum*	2 h após 75 g de glicose	Casual**
Glicemia normal	< 100	< 140	
Tolerância à glicose diminuída	≥ 100 a < 126	≥ 140 a < 200	
Diabetes mellitus	≥ 126	≥ 200	≥ 200 (com sintomas clássicos)***

Fonte: DIRETRIZES SBD - 2015-2016.

No DM2, o tratamento é feito com dieta, redução de peso e quando necessário o uso de medicações orais específicas. Em uma fase adiantada, pode necessitar de insulina.

2.4 DM 1 EM FOCO

Os portadores de DM1 tem 12,2 anos de vida a menos que a população em geral. Isso foi o que afirmou um estudo australiano, conduzido pelo Instituto de Diabetes de Melbourne (OLIVETO, 2016). O estudo epidemiológico foi feito com 902.136 pessoas na Austrália. Pesquisadores acompanharam os registros médicos desses pacientes portadores de DM1 entre os anos de 1997 e 2010. Ao longo desse período, houve 5.981 óbitos, deixando a expectativa de vida dessas pessoas ao

nascer em torno de 68,6 anos, 12,2 a menos que a população em geral. A pesquisa ainda revelou que na população masculina, 60% das mortes precoces ocorreram entre pacientes com menos de 60 anos; quanto ao público feminino, o percentual foi de 45%. As complicações que mais colaboraram para a diminuição do tempo de vida foram as metabólicas, na faixa dos 10 aos 39 anos; e os problemas circulatórios após os 40 anos. Para Dianna Magliano, epidemiologista do Instituto de Diabetes de Melbourne, Austrália, e principal autora do estudo, a expectativa de vida entre os pacientes de DM1 aumentou nas últimas décadas. Em 1975, portadores de DM1 viviam 27 anos menos que a população em geral. A pesquisadora ressalta, ainda, que, embora não existam tratamentos ainda para prevenir o DM1, é possível retardar as mortes por complicações, quando o paciente é diagnosticado precocemente e tratado de forma adequada.

Os serviços de saúde precisam focar uma atenção maior tanto em relação às complicações metabólicas agudas quanto às de ordem cardiovasculares crônicas. Enquanto continuarmos falhando em nos adereçar a essas questões, os pacientes de diabetes 1 continuarão em risco de morte prematura e evitável (MAGLIANO, 2016)⁶.

O DM1 pode ocorrer em qualquer faixa etária. Contudo há uma maior predominância na infância e adolescência, com um número elevado de casos que surgem próximos ao período da puberdade (SDB). Ambos os sexos são atingidos, com alguma preponderância do sexo feminino em populações de baixo risco, como por exemplo a japonesa; e predominância do sexo masculino em populações da Sardenha (Itália) e Finlândia (QUADRO 4). Atualmente, sabe-se que a incidência de DM1 tem aumentado, particularmente na população infantil com menos de 5 anos de idade (KARVONEN, VIIK-KAJANDER, MOLTCHANOVA *et al.*).

⁶ Ciência e Saúde. “Estudo mostra que Diabetes Tipo 1 tira 12,2 anos de vida dos pacientes”. Disponível em: http://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/ciencia-e-saude/2016/04/06/interna_ciencia_saude,525935/estudo-mostra-que-diabetes-1-tira-12-2-anos-de-vida.shtml. Acesso em 20 de junho de 2016.

QUADRO 4 — DM1 ENTRE POPULAÇÕES E ÁREAS GEOGRÁFICAS

Prevalência	Maiores taxas	Menores taxas	Brasil
Inferior a 1%	– Finlândia e Sardenha (Itália) = superior a 35/100.000 habitantes/ano – Populações Caucasianas (Europa e América) – 10- 20/100.000 habitantes/ano	Japão, China e Coreia = inferior a 3/100.000 habitantes/ano	7,6/100.000 habitantes/ano

FONTE: Karvonen, Viik-Kajander, Moltchanova, Libman, LaPorte, Jaakko (2000).

2.5 DADOS SOBRE O DM

Antes de iniciar o trabalho nas reuniões, era necessário saber os dados disponíveis sobre DM1 no Brasil e, de modo especial, na RMC.

A busca de dados precisos sobre o número de portadores de DM1 no Brasil resultou ser complexa. As estatísticas geralmente mostravam os dados do Diabetes em geral ou algum aspecto do DM1. Como no caso da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná que disponibilizou em seu site as estatísticas de óbitos de portadores de Diabetes Tipo 1, classificados como insulino-dependentes, termo ainda utilizado pelo órgão.

FIGURA 1 — ÓBITOS NO PARANÁ DE 1979 A 1998

Óbitos - Paraná - DE 1979 A 1998		
Total por Causa (CID10 BR) segundo Município Residência-BR		
Causa (Cap CID10): IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas		
Causa (CID10 3C): E10 Diabetes mellitus insulino-dependente		
Período: 1998		
Município Residência-BR	055 Diabetes Mellitus	Total
TOTAL	62	62

FONTE: SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ (2016).

FIGURA 2 — ÓBITOS NO PARANÁ DE 1999 A 2017

Óbitos - Paraná - DE 1999 A 2017		
Total por Causa (CID10 BR) segundo Mun RS Residência PR		
Causa (CID10 3C): E10 Diabetes mellitus insulino-dependente		
Período: 2017		
Mun RS Residência PR	055 Diabetes Mellitus	Total
TOTAL	218	218

FONTE: SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ (2017).

Segundo os dados publicados pela Secretaria de Estado da Saúde (2017) da De 1979 a 1998, no período de 19 anos, morreram 62 pacientes insulino dependentes. Já de 1999 a 2017, no período de 18 anos, 218 pacientes insulino dependentes vieram a óbito. Cabe observar que quando da data do início do projeto, a segunda informação ainda não estava disponibilizada (o período de 1999 a 2017). Contudo, dar a conhecer esses dados veiculados em 2017, permitiu demonstrar, de modo oficial, que o número de mortes em pacientes insulino dependentes aumentou em períodos de tempo semelhantes (19/18 anos). Quanto aos portadores de DM1 diagnosticados e em tratamento não havia, e ainda não há, uma estatística oficial. A Secretaria de Estado da Saúde do Paraná forneceu o protocolo para o fornecimento de Análogos de Insulina, porém não disponibilizou números atualizados sobre a frequência de DM1 entre a população da RMC ou mesmo do Paraná.

Em relação ao MS, foi levantado o que havia de informações sobre o DM1. Constatou-se que a maior parte das informações estavam sendo veiculadas através do Plano de Reorganização da Atenção à HA e ao DM, que tem como estratégia a tentativa de reduzir o número de hospitalizações e de atingir o acompanhamento e o tratamento adequados na atenção básica. O cadastro e o acompanhamento dos usuários portadores de HA e ou DM eram realizados por meio do Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), que foi criado pelo MS em 2002. Este sistema gerava as informações para os profissionais e gestores das Secretarias Municipais, Estaduais e Ministério da Saúde. O Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao DM utilizava estratégias como reuniões mensais com ações educativas, estímulo à realização de atividades físicas, consultas médicas agendadas e entrega de medicamentos. Os usuários deveriam ser cadastrados no Programa e cada município estruturava uma programação local de atividades para os usuários cadastrados no Programa, atividades que acontecia nas UBS. No caso do DM a maior parte das atividades eram voltadas para o DM2.

Em 2012, o Sistema HIPERDIA - utilizado para o cadastramento e acompanhamento de usuários com hipertensão arterial e/ou DM atendidos na rede ambulatorial do Sistema Único de Saúde - foi substituído pela Estratégia e-SUS AB. Programa esse que também não divulgou o número de pessoas diagnosticadas com DM1 no país.

Os últimos dados específicos no DATASUS, do Ministério da Saúde, sobre o DM1 na RMC referem-se a março de 2013 (FIGURA 3).

FIGURA 3 — DADOS DO DATASUS



FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE (2017).

De acordo com tais dados, em março de 2013 a RMC contava com 2 pacientes portadores de DM1 (FIGURA 4).

FIGURA 4 — SISTEMA DE CADASTRAMENTO E ACOMPANHAMENTO DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS - PARANÁ

DATASUS					
SISTEMA DE CADASTRAMENTO E ACOMPANHAMENTO DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS - PARANÁ					
Diabetes Tipo 1 por Região Metropolitana - RIDE segundo Região Metropolitana - RIDE					
Período: Mar/2013					
	Região Metropolitana - RIDE	41010 Curitiba - PR	41070 Cascavel - PR	41900 Fora de Reg.Metrop. - PR	Total
TOTAL		2	5	5	12
41010 Curitiba - PR		2	-	-	2
41070 Cascavel - PR		-	5	-	5
41900 Fora de Reg.Metrop. - PR		-	-	5	5

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos

FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE (2017).

Os dados mais recentes, encontrados no DATASUS, apresentam a prevalência do DM em regiões e capitais. Contudo, não especifica se é DM1 ou DM2 e as possibilidades de pesquisa iniciam somente a partir de 35 anos de idade (FIGURA 5).

FIGURA 5 — PREVALÊNCIA DE DIABETE MELITO

G.1 Prevalência de diabetes melito

Região (capitais) Não ativa Prevalência diabetes melito
 Capital Região (capitais)
 Sexo Capital
 Faixa etária Sexo

Linha Coluna Conteúdo

Períodos Disponíveis

2012
 2011
 2010
 2009

Seleções Disponíveis

Região (capitais) Todas as categorias
 Região Norte
 Região Nordeste
 Região Sudeste

Capital Todas as categorias
 Porto Velho
 Rio Branco
 Manaus

Sexo Todas as categorias
 Masculino
 Feminino

Faixa etária Todas as categorias
 35 a 44 anos
 45 a 54 anos
 55 a 64 anos

FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE (2017).

Outra busca realizada foi em relação às Campanhas realizadas pelo MS, que sempre tiveram um caráter voltado para o público em geral, com peças publicitárias para serem veiculadas nos meios de comunicação. O MS já realizou várias Campanhas, no total 17, mas não havia na época, e ainda não há, nenhuma Campanha específica sobre o Diabetes.

Em pesquisa no IBGE (2013) foi constatado que o Diabetes só entra nas estatísticas quando os portadores têm acima de 18 anos. Deste modo, não há, também por este canal, meios de saber sobre a população diabética abaixo dessa faixa etária.

2.6 DM E MEIOS DE COMUNICAÇÃO SOCIAL

A Comunicação Social pode contribuir para melhorar a identificação e tratamento do DM1. O objetivo maior da comunicação é aumentar o entendimento baseado na informação.

2.6.1 Meios de comunicação

Os Meios de Comunicação representam os instrumentos designados para difundir a informação entre os seres humanos. Entre esses instrumentos, é possível

citar o rádio, a televisão, o telefone, o jornal, a revista, a Internet, o cinema, dentre outros (FIGURA 6).

A partir do desenvolvimento de novas tecnologias, os meios de comunicação têm avançado significativamente, proporcionando a difusão de informações e da comunicação no mundo, cada vez com maior rapidez.

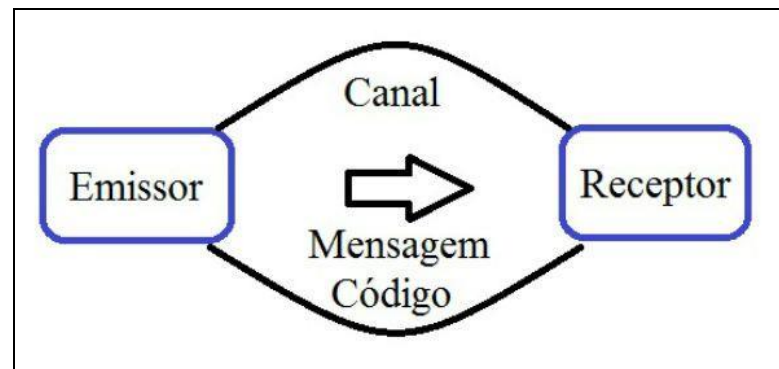
FIGURA 6 — ÍCONES DOS PRINCIPAIS MEIOS DE COMUNICAÇÃO



FONTE: Toda a Matéria (revisado em 20/06/17).

O termo comunicação deriva do latim *communicare* e significa “partilhar, participar de algo, tornar comum”. A comunicação está associada à linguagem e interação. Essa interação se dá pela a transmissão de mensagens entre um emissor e um receptor, como demonstrado na FIGURA 7.

FIGURA 7 — ELEMENTOS QUE COMPÕEM A COMUNICAÇÃO



FONTE: Toda a Matéria, 2011.

O emissor é aquele que emite a mensagem e, por sua vez, o receptor é aquele que a recebe e a decodifica. O "canal de comunicação" designa o local, ou o meio pelo qual a mensagem (informação) será enviada do emissor para o receptor. Ainda é possível elencar, segundo Toda Matéria (2016):

- a) código: conjunto de signos que serão utilizados na mensagem;
- b) canal de comunicação: corresponde a via (meio) pela qual a mensagem será transmitida, por exemplo, jornal, livro, revista, televisão, telefone, dentre outros;
- c) contexto: situação comunicativa (ambiente ou situação) em que estão inseridos o emissor e receptor;
- d) ruído na Comunicação: ocorre quando a mensagem não é recebida ou decodificada de forma correta pelo interlocutor, por exemplo, o código utilizado pelo locutor, desconhecido pelo interlocutor; barulho do local; voz baixa; dentre outros.

Tipos de comunicação:

- a) individual: os meios de comunicações individuais estão pautados na comunicação interna (intrapessoal), comunicação externa (interpessoal), por exemplo, a carta, telefone, fax.
- b) massa: os meios de comunicação de massa têm abrangência externa e ampla, com o intuito de comunicar um grande número de pessoas, por exemplo, jornais, revistas, Internet, televisão, rádio.
- c) classificações dos meios de comunicação: de acordo com o tipo de linguagem utilizada, os meios de comunicação social classificam-se em:

- escritos: linguagem escrita dos jornais, livros e revistas;
- sonoros: linguagens através de sons, por exemplo, o rádio e o telefone;
- audiovisuais: fusão de som e imagem, por exemplo, a televisão e o cinema;
- multimídias: reunião de diversos meios de comunicação diferentes (texto, áudio, vídeo, etc.);
- hipermídias: fusão de meios de comunicação por meio dos sistemas eletrônicos de comunicação, por exemplo, CD - ROM, TV digital e Internet.

2.6.2 Meios de comunicação - História

A história e origem dos meios de comunicação surgem da necessidade de expressão do ser humano. A arte rupestre, presente nos desenhos primitivos de cavernas e grutas, já demonstrava essa tendência. Desde o surgimento da escrita e do alfabeto, a humanidade vem buscando meios de partilhar seu conhecimento.

Com o desenvolvimento da escrita, surgiram os instrumentos que possibilitaram perpetuar a escrita, como o papiro, os pergaminhos, e mais tarde, os livros. O correio é considerado um dos mais antigos meios de comunicação, de forma que os egípcios já o utilizavam para enviar documentos e mensagens.

Com os estudos sobre eletricidade, no século XVIII, surgiu o telégrafo, instrumento ligado por fios e eletroímãs, baseado na emissão de impulsos eletromagnéticos, encarregado de enviar mensagens a longas distâncias. A mensagem era transmitida por códigos, o Código *Morse*, criado pelo pintor Samuel Morse.

No século XIX, o rádio e o telefone foram os principais Meios de Comunicação que criaram grande impacto populacional. Já o telefone foi uma consequente evolução do telégrafo, uma vez que representava um instrumento ligado por fios, com a capacidade de transmitir mensagens de voz a longas distâncias em tempo real. Esse meio de comunicação alcançou, ao longo dos anos, grande desenvolvimento tecnológico, como telefone público, analógico, digital, sem fio e celulares.

A partir do século XX, a televisão e a Internet dominaram o cenário dos principais Meios de Comunicação. A televisão é um instrumento de reprodução de som e imagem simultâneos, por meio de ondas eletromagnéticas. A Internet se

caracteriza por ser um sistema global de redes de computadores que se utiliza das mais variadas tecnologias de rede: eletrônica, sem fio, óptica e digital.

Pesquisas apontam que a televisão ainda é o meio de comunicação mais utilizado pelo homem, e, em segundo lugar está a Internet, que cada vez mais se expande no âmbito das comunicações instantâneas.

2.7 A INTERNET

A criação da Internet tem início na circunstância da Guerra Fria (1945-1991) onde Estados Unidos e União Soviética, estavam divididos em dois blocos: socialista e capitalista. As disputas pelo poder e hegemonia, especialmente na área dos avanços tecnológicos, fez com que os Estados Unidos criassem um sistema de compartilhamento de informações, a fim de facilitar as estratégias de um eventual confronto. Assim surgiu o protótipo da primeira rede de Internet, a *Advanced Research Projects Agency* (ARPANET). A primeira conexão aconteceu em 29 de outubro de 1969, quando ocorreu a primeira comunicação, o primeiro e-mail foi enviado, da Universidade da Califórnia para o Instituto de Pesquisa de Stanford. Nos anos 90 o físico britânico, Tim Bernes-Lee, desenvolveu um navegador ou *browser*, denominado de *World Wide Web* (www), ou seja, a Rede Mundial de Computadores - Internet.

Na década de 90 ocorreu a popularização da Internet pelo mundo, com o surgimento de novos *browsers* ou navegadores (*Internet Explorer, Netscape, Mozilla Firefox, Google Chrome, Opera, Lynx*) e com o consequente aumento do número de usuários. Este foi o cenário propício que gerou uma proliferação de *sites, chats, redes sociais - orkut, facebook, msn, twitter*. A Internet significou um grande avanço tecnológico. Além disso, pode ser considerada um meio de aproximar pessoas, dar a conhecer outras culturas e acelerar a divulgação de informações. Atualmente, a Internet é utilizada como instrumento de trabalho, comunicação, diversão, educação, comércio e socialização. Entre as maiores empresas encontram-se o *Google, Yahoo, Bing, Lycos, Cadê, BuscaPé* e, mais recentemente, a *Amazon.com*.

No Brasil, a Internet surgiu quando universidades brasileiras começaram a compartilhar algumas informações com os Estados Unidos, em meados dos anos 80. Contudo, foi somente a partir de 1989, quando foi fundada a Rede Nacional de Ensino e Pesquisa (RNP), que o acesso ganhou força, uma vez que o intuito

principal era difundir a tecnologia da Internet pelo Brasil e facilitar a troca de informações e pesquisas nos meios acadêmicos. Em 1997, surgiram as "redes locais de conexão", expandindo, assim, o acesso a usuários de todo território nacional. De acordo com dados do Ministério da Ciência e Tecnologia, em 2011, cerca de 80% da população tinha acesso à Internet, o que correspondia a 60 milhões de computadores em uso.

Atualmente, um estudo realizado pela *We Are Social e Hootsuite* (2017), chamado *Digital in 2017 Global Overview*, revelou que a Internet é hoje parte integrante da vida cotidiana da maior parte da população mundial. O relatório advindo do estudo apresentou dados que mostram o perfil da utilização da Internet em vários instrumentos:

- a) mais da metade da população mundial usa um *smartphone*;
- b) quase dois terços da população mundial tem um celular;
- c) mais da metade do tráfego da *web* mundial vem de telefones celulares;
- d) mais de metade de todas as conexões móveis em todo o mundo são agora "banda larga";
- e) mais de um em cada cinco indivíduos no mundo fez compras *online* nos últimos 30 dias.

No Brasil, os dados também surpreendem:

- a) no Brasil há, aproximadamente, 139 milhões de internautas;
- b) metade da população brasileira acessa a Internet por dispositivos móveis;
- c) 58% dos brasileiros utilizam redes sociais;
- d) brasileiros estão, em média, 8h56m horas diárias conectados, sendo 3h43m nas redes sociais.

2.8 REDE SOCIAL

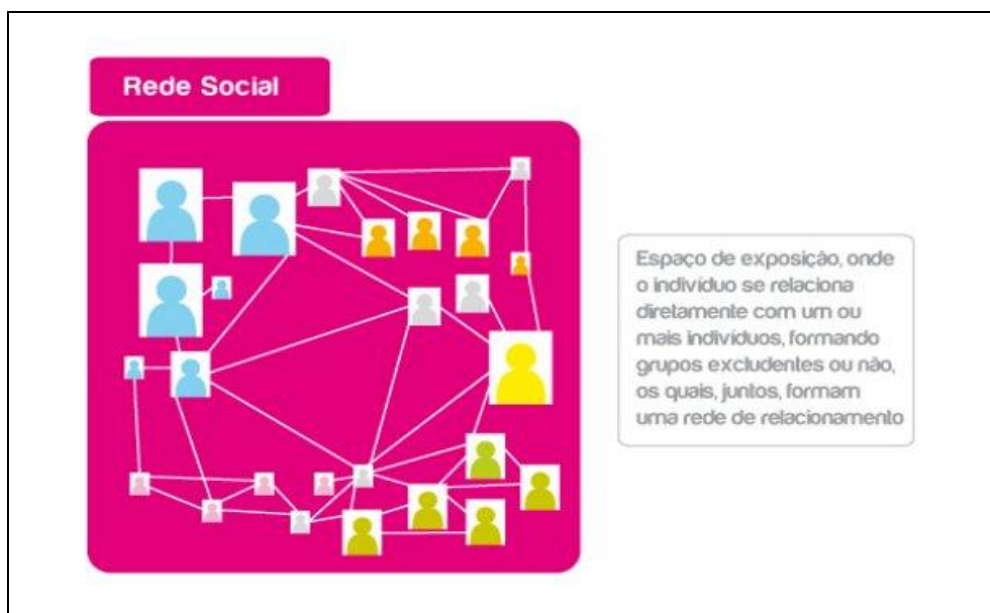
O termo rede social é utilizado na *web* para designar uma rede que tem por finalidade conectar pessoas. Elas permitem a criação de um perfil que pode ser ou não ser compartilhado, dependendo do consentimento do usuário (FIGURA 8).

As redes sociais têm mostrado um grande desenvolvimento nos últimos anos, tanto em número de usuários, quanto na geração de serviços diversos. As

redes sociais modernas ganharam maior impulso a partir do ano 2000, tais como: *MySpace*, *Linkedin*, *Facebook*, *Hi5* e *Netlog*. Em 2006, surgiu o *twitter* e, na mesma época, o *Facebook*, que logo se tornou um fenômeno de aceitação e utilização em massa. Atualmente, o *Google+*; plataforma que integra diversos serviços, está ganhando a preferência popular.

Outro ponto a ressaltar é que a atualização das redes sociais, conforme conceito apresentado na FIGURA 8, tem servido de apoio para várias convocatórias e manifestações públicas, fazendo com que adquiram cada vez mais força também de mobilização social.

FIGURA 8 — CONCEITO DE REDE SOCIAL



FONTE: Dennis Altermann, 2017.

2.9 AS MÍDIAS SOCIAIS

As mídias sociais são espaços de interação. Muitos usuários passam horas por dia nessas mídias. São considerados exemplos de mídias sociais: *blogs*, *microblogs* (*Twitter*), redes sociais (*Facebook*), fóruns, *e-groups*, *instant messengers*, *wikis*, sites de compartilhamento de conteúdo multimídia, como *YouTube*, *Flickr*, *SlideShare* e *Vimeo*, por exemplo (FIGURA 9).

Nestes canais, as pessoas podem dialogar e compartilhar informação, constituindo-se o que se convencionou chamar de “blocos colaborativos de opinião”.

É muito comum ouvir que mídia social e rede social são a mesma coisa, mas não. Rede social, ou *relationship site* - site de relacionamento – é um espaço criado na Internet onde os usuários ficam conectados em grupos, seja por afinidade, amizade, razões familiares, profissionais ou comerciais, por exemplo. Já a mídia social é o nome dado para as plataformas utilizadas para se comunicar com as pessoas em geral (FIGURA 9).

FIGURA 9 — CONCEITO DE MÍDIA SOCIAL



FONTE: Dennis Altermann, 2017.

Existe também o que se denomina de Mídia Digital, que é toda comunicação feita através da Internet. Nesse conceito inclui-se *banners* em sites, anúncios pagos feito através do *Facebook*, comerciais que antecedem vídeos no *Youtube*, Links no *Instagram* e material de patrocínio. Tudo o que está na Mídia Social está disponível para leitura ou visualização. As pessoas podem se envolver com a publicação. *Facebook*, *Twitter*, *Instagram*, *LinkedIn* e *whatsapp* ganham sempre mais espaço e força nos Meios de Comunicação no âmbito pessoal, social, sanitário, educacional e corporativo. Embora cada mídia possua uma característica própria, o fato é que não se pode mais negar sua influência em todas as áreas do conhecimento e das relações pessoais.

2.9.1 Mídias sociais e redes sociais: questionamentos

As Mídias e Redes Sociais estão cada vez mais presentes na vida de todos os indivíduos que utilizam a Internet. Devido a isso, têm surgido, nos últimos anos, um grande questionamento sobre a forma como as mensagens dos internautas podem mudar o conceito ou a “verdade” de fatos ou coisas. Desde o surgimento dessas ferramentas, os chamados internautas passaram a criar seus próprios conteúdos, a interagir com a mídia tradicional (rádio, jornal, televisão), trazendo uma nova maneira de ver, ouvir e interpretar os acontecimentos. Deste modo, as pessoas passaram de receptores da comunicação para serem autores e transmissores de conteúdos de comunicação. Isso pode gerar um grande questionamento sobre a origem das fontes e a veracidade das informações passadas e repassadas rapidamente, pois uma das características desse tipo de comunicação é a velocidade em que ela é elaborada, processada e repassada.

2.10 A COMUNICAÇÃO POPULAR

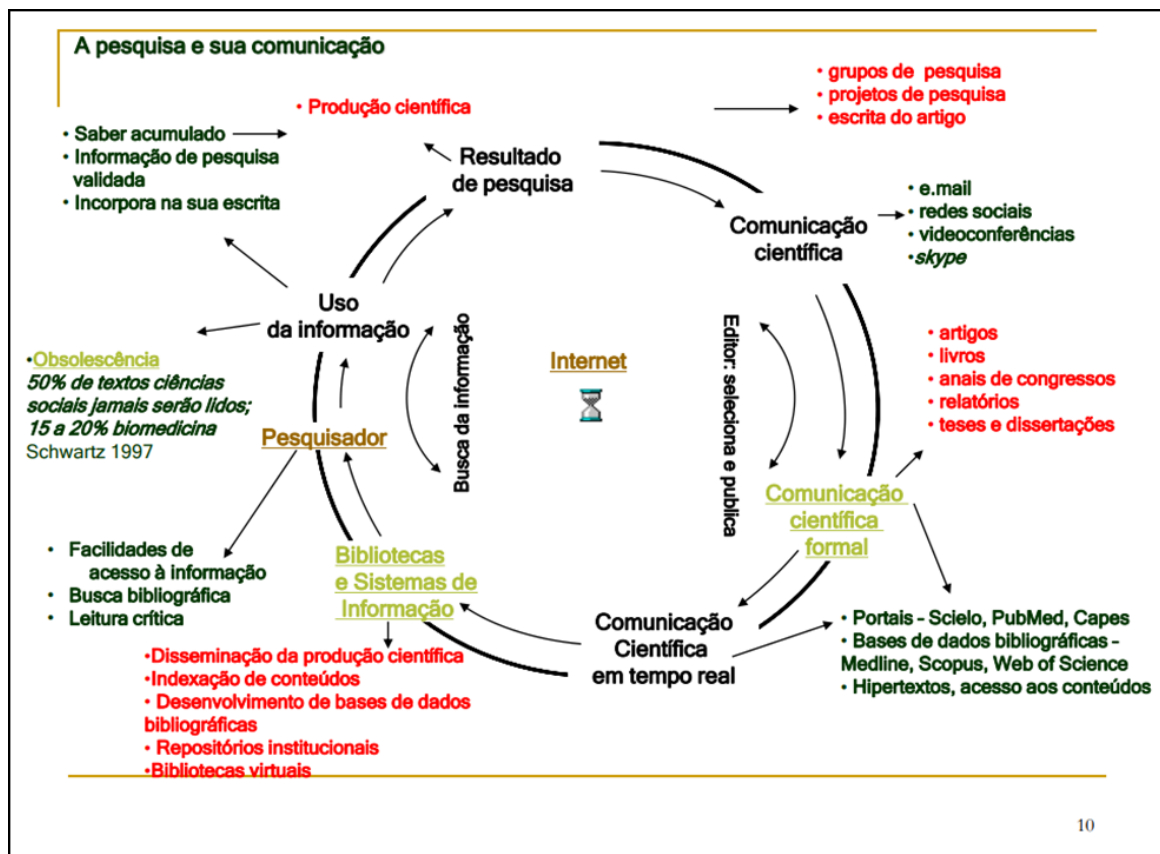
As técnicas de comunicação popular são de baixo custo, entendimento imediato e facilmente replicáveis. A comunicação popular, de acordo com Peruzzo (1998), começou a se desenvolver nos anos 70 e 80. É o tipo de comunicação que serviu de impulso na busca por melhores condições de vida para as populações menos favorecidas, mediante movimentos de base organizados, capaz de levar à transformação social através de conteúdos críticos, em contraponto à comunicação de massa. A outra vertente aparece no início dos anos 90 e tem uma posição mais dialética e flexível, já que acredita que a comunicação popular pode contribuir para a democratização dos meios de comunicação e da sociedade. Ela percebe que não consegue levar a uma transformação imediata devido às limitações, contradições e sua inserção na grande diversidade cultural. Além disso, não se contrapõe à comunicação de massa. Outra autora que aborda a questão da comunicação popular é Festa (1984), que acredita que esse tipo de comunicação não se restringe a meios e técnicas, mas também a processos culturais que se articulam através de redes populares com sentidos e símbolos sociais e políticos diferenciados da classe dominante. Em suma, a comunicação popular refere-se ao modo de expressão das classes populares de acordo com a sua capacidade de atuar sobre o contexto social

na qual ela se reproduz. Essas linhas de pensamento coexistiram e, nos últimos tempos, são interpeladas pelo imediatismo frenético da comunicação através das Redes Sociais.

2.11 DADOS NA ÁREA DA SAÚDE

Em estudo realizado por Cuenca (2017), da Universidade de São Paulo, em março de 2017, é possível perceber o impacto da Internet no campo acadêmico, especialmente da saúde. Em um dos exemplos, ela demonstrou como a Internet tem impactado na pesquisa e na sua consequente comunicação (FIGURA 10).

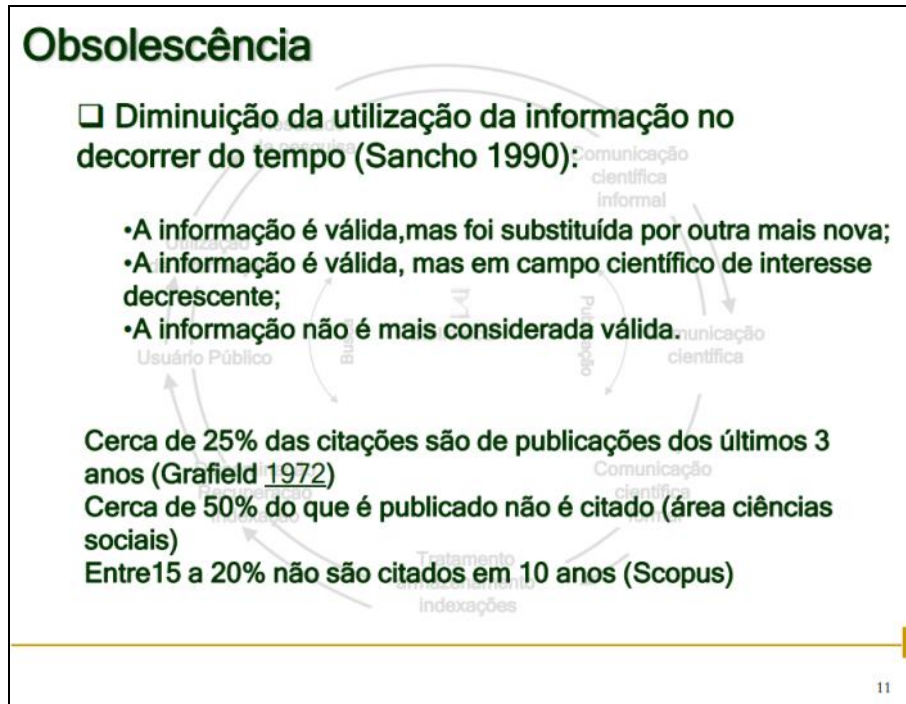
FIGURA 10 — A INTERNET E AS RAMIFICAÇÕES DE SEU USO EM PESQUISAS



FONTE: Angela Maria Belloni Cuenca, 2017.

Além de demonstrar como a área científica também sofre com o excesso de informações, Cuenca constatou a obsolescência de grande parte da informação produzida, reafirmando a tese de alguns autores nas últimas décadas (FIGURA 11).

FIGURA 11 — UTILIZAÇÃO DA INFORMAÇÃO CIENTÍFICA PRODUZIDA



FONTE: Angela Maria Belloni Cuenca, 2017.

2.11.1 Citações sobre o DM Tipo 1

Ainda no campo da pesquisa científica e buscando unir o tema do DM1 e os Meios de Comunicação Social, que é a finalidade desse estudo, uma pesquisa na Internet demonstrou os seguintes dados sobre a relevância e busca desse tema (QUADRO 5):

QUADRO 5 — TEMA DM1 NA INTERNET

Sites sobre DM1	Blogs sobre DM1	Facebook	Busca por tema DM1
Mundo: Aproximadamente 16.300.000 resultados	Em português: Aproximadamente 53.000.000 resultados	Mundo: Aproximadamente 106.000.000 resultados	Mundo: Aproximadamente 99.000.000 resultados
Em português: Aproximadamente 3.040.000 resultados		Em português: Aproximadamente 5.450.000 resultados	Em português: Aproximadamente 833.000 resultados

FONTE: Google Estatísticas, 2017.

A pesquisadora ainda fez o levantamento das notícias sobre o DM1 na Internet (QUADRO 6):

QUADRO 6 — NOTÍCIAS NA INTERNET SOBRE DM1

Notícias Recentes	No último ano	Notícias de Arquivos	Em vídeo
Aproximadamente 7.170.000 resultados (recente – mundo)	Aproximadamente 18.500.000 resultados	Aproximadamente 6.330.000 resultados (anterior a 2016)	Mundo: Aproximadamente 10.200.000 resultados Em português: Aproximadamente 206.000 resultados

FONTE: Google Estatísticas, 2017.

2.12 A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO CONTINUADA EM DIABETES

Estudos recentes têm demonstrado que a intervenção por meio da educação continuada em diabetes é eficaz para a melhora do controle glicêmico e na qualidade de vida (BARCELÓ et al., 2001; GROSSI et al., 2002; VINER et al., 2003; LAFFEL et al. 2003; ELLIS et al., 2005; LAWSON et al., 2005; VON SENGBUSCH et al., 2005; VON SENGBUSCH et al., 2005; MURPHY et al., 2007; COX et al., 2008; NANSEL et al., 2009; IZQUIERDO et al., 2009; DASHIF, 2008). Essa educação continuada recebe influência direta dos Meios de Comunicação, a que todos estão expostos diariamente.

Para Wong (1999) a adolescência é um período de transição entre a infância e a vida adulta, um período de rápida maturação física, cognitiva, social e emocional, sendo costumeiramente definidos entre os 11, 12 anos até os 18, 20 anos.

Os adolescentes tendem a rejeitar os valores adquiridos da família e os grupos, nos quais eles estão, passam a ser o centro da sua vida, pela identidade construída, o que poderia acarretar uma maior possibilidade de conflitos familiares e, conseqüentemente, tendência a não seguir as recomendações de cuidados com relação ao Diabetes (WEISSBERG-BENCHELL; ANTISDEL, 2000).

Vieira e Lima (2002) afirma que algumas doenças crônicas promovem alterações orgânicas, emocionais e sociais que exigem constantes adaptações.

Um fosso separa o desenvolvimento teórico-metodológico na Educação e Comunicação de sua prática aplicada à Saúde, usualmente, centrada na transmissão de informações para a mudança de comportamento. Cyrino (2005), constatou que quando se trabalha com a comunicação nessa área, os participantes do estudo “mostram a riqueza de saberes e competências que possuem, o que pode abrir possibilidades novas de diálogo com os profissionais de saúde, bem como promissoras perspectivas de aplicação no campo da inteligência coletiva”.

Entre as doenças crônicas da adolescência, o DM1 é uma das mais complexas e exigentes, requerendo adaptações cognitivas, emocionais, comportamentais e sociais ao longo da vida do adolescente (DASHIFF et al., 2005).

Muitas das tarefas relacionadas ao Diabetes podem interferir na trilha da independência e na aceitação dos colegas nesta faixa etária. A luta pela independência dos pais e dos outros adultos pode se manifestar como uma não aderência ao regime de tratamento do diabetes (SILVERSTEIN et al., 2005).

No estudo, realizado por Malerbi (2007) “Adesão ao tratamento, importância da família e intervenções comportamentais em diabetes”, destaca-se a importância e o valor da informação trabalhada e continuada junto aos portadores de DM1:

A obtenção de informação sobre o diabetes e seu tratamento e a aquisição de habilidades específicas, tais como a automonitorização da glicemia, a autoaplicação de injeções ou o manejo de uma bomba de infusão de insulina e a administração de situações que diferem da rotina constituem um pré-requisito para o autocuidado. A forma como a pessoa enfrenta as dificuldades relacionadas ao diabetes também pode interferir na sua adesão ao tratamento. Por exemplo, se a pessoa esconder a sua condição, dificilmente poderá apresentar os comportamentos de autocuidado em público. Além disso, apenas se o indivíduo acreditar nos benefícios do tratamento e na possibilidade de controlar a sua doença apresentará um comportamento ativo no seu tratamento.

O estudo enfatiza também que um dos principais fatores sociais associados à baixa adesão ao tratamento é a pobre comunicação entre o profissional da saúde e o paciente:

A linguagem técnica de difícil compreensão, utilizada por muitos profissionais da saúde, e instruções demasiadamente genéricas fornecidas por estes impedem que o portador tenha clareza sobre quais são os comportamentos de autocuidado necessários. Além disso, um plano de tratamento terá maior probabilidade de ser incorporado na vida da pessoa se uma discussão aberta esclarecer o sentido das várias tarefas requeridas.

A falta de apoio, dentro e fora da família, a discriminação do portador de diabetes, sua exclusão do ambiente social e a comiseração são outros fatores associados com a pobre adesão ao tratamento, conclui o estudo.

Os Meios de Comunicação e as Redes Sociais têm um apelo de grande impacto junto à população adolescente e de adultos jovens. Uma pesquisa realizada

sobre os Meios de Comunicação na vida de pessoas de 8 a 18 anos revelou dados de uma série de enquetes em grande escala sobre o uso dos Meios de Comunicação pelos jovens (KAISER FAMILY FOUNDATION, 2009). Foi revelado que hoje as pessoas de 8 aos 18 anos dedicam, em um dia normal, uma média de 7 horas e 38 minutos utilizando Meios de Comunicação, o que soma mais de 53 horas por semana. Mas esse número não é nem sequer completo, posto que muitos deles usam mais de um meio de comunicação ao mesmo tempo. Se o consumo conjunto de Meios de Comunicação for contado de forma separada, esses adolescentes e jovens dedicam um total de 10 horas e 45 minutos por dia.

O relatório fundamentava-se em uma pesquisa realizada com uma amostra representativa nacional, nos EUA, com 2.002 estudantes do terceiro ao décimo ano, de 8 até 18 anos. Além disso, um subgrupo selecionado de 702 entrevistados fez um diário de 7 dias sobre o uso dos Meios de Comunicação, que foi usado para calcular a cifra de consumo. Fazendo uma comparação com a última enquete realizada pela Kaiser Family Foundation (2004), o volume de tempo dedicado aos meios aumentou nos últimos cinco anos em 1 hora e 17 minutos por dia. A pesquisa identificou ainda a revolução nos meios móveis e online como uma das principais causas do aumento da utilização dos meios de comunicação. Nos últimos cinco anos o tempo dedicado à leitura diminuiu ligeiramente entre os adolescentes e adultos jovens, em comparação com o tempo crescente dedicado aos meios digitais.

2.13 TECNOLOGIAS DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO

O progresso e as inovações tecnológicas provocam mudanças aceleradas no modo de vida da sociedade, nas formas de educar e aprender, nas concepções de ensino e nas qualificações. Denominadas também de “tecnologias inovadoras”, de “novas tecnologias”, “elementos tecnológicos”, “mídias digitais”, “novas mídias”, as tecnologias de informação e comunicação (TIC) recebem inúmeras denominações mundo afora, pois seus impactos vêm alterando significativamente o modo de vida e a produção do conhecimento e do saber. No campo da saúde há uma forte presença das tecnologias no que se refere a diagnósticos mais precisos, tratamentos e materiais e instrumentos. No campo dos portadores de doença, as tecnologias vêm contribuindo para a aquisição de autonomia, como por exemplo de pessoas com deficiências, entre elas a visual, disponibilizando a essas pessoas

ferramentas que possam auxiliar na execução de tarefas de estudo e atividades profissionais. Também no campo esportivo as novas tecnologias aportam grande contribuição.

Conforme Betti (1998); Hatje (2000); Pires (2002); Corrêa e Moro (2005) e Zylberberg (2007) estudar as relações interdisciplinares entre a Educação Física e a mídia é fundamental para entender a sociedade e pensar em novas formas de ensinar e aprender, novas metodologias, novas temáticas, visto que as Tecnologias da Informação e Comunicação estão por toda parte e modificam a forma de estar no mundo.

Com o crescimento e a expansão do mercado de produtos culturais e educacionais, com o aparecimento de um novo fenômeno social, a tecnocultura, houve uma introdução massiva das Tecnologias da Informação e Comunicação, em todas as esferas e instituições sociais, entre elas, a escola. De acordo com Bianchi (2008), a presença dessas novas tecnologias, na escola, vem alterando a concepção de ensino-aprendizagem dos professores e dos alunos, podendo ser encontrada em diversos registros de uso e aplicação. Seja por meio da educação a distância, da Internet, de jogos eletrônicos, de CD-ROM informativo, dos diversos artefatos multimídias como: data show, retroprojetor, aparelho de som, televisão, vídeo, etc., estão tornando as Tecnologias da Informação e Comunicação presentes no contexto escolar, sendo que tudo isso torna o acesso à informação mais rápido e a atividade mais dinâmica. É fundamental compreender os códigos da linguagem audiovisual e da informática, ter capacidade para saber aprender, critério para selecionar e situar a informação e conhecimento básico para dar-lhe sentido e convertê-la em conhecimento pessoal, social e profissional. Neste caso, o papel do educador é imprescindível para propor novas metodologias e estratégias de ensino, do que o uso puro e simples de aparelhos eletrônicos.

Pensar nesses Meios e em novas tecnologias como ferramentas capazes de produzir significados relevantes sobre o conhecimento do DM1 por seus portadores, torna-se aspecto importante para análise e para propor uma intervenção pedagógica acerca delas, seja na educação continuada nessa área, como na formação de um novo jeito desse paciente lidar com sua enfermidade, apoiado nas informações e interações proporcionadas por essas tecnologias em seu dia a dia.

Bianchi (2008), concluiu que “atualmente, é praticamente impossível imaginar como seria nossa vida sem a presença das Tecnologias da Informação e

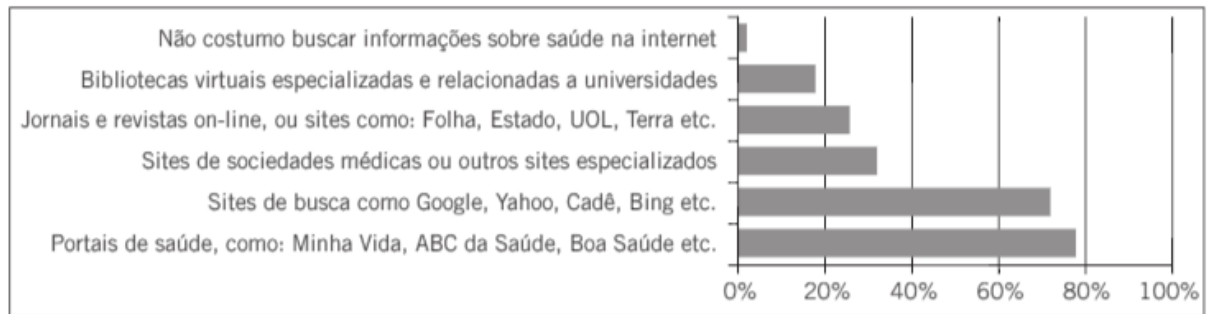
Comunicação, visto que as utilizamos em boa parte das atividades no trabalho, em casa, nos passeios e viagens e no tempo livre”. Essas tecnologias são velozes, interativas e capazes de armazenar e veicular uma quantidade muito grande de informações. Ao misturar palavras, sons e imagens elas se tornam atrativas e rivalizam com a escola e a família na formação educacional e cultural de crianças, adolescentes e jovens.

2.14 INTERNET E SAÚDE

A busca de informações sobre saúde na Internet tem crescido dia a dia. Estudo realizado em 2012, na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), demonstrou que os acessos só tendem a aumentar. Entre os 1.828 participantes, 90% é do gênero feminino buscando informações sobre a própria saúde, 86% consideram a Internet uma de suas principais fontes de informação em saúde, 62% passa de 5 a 35 horas na *web* por semana, 76% responderam que têm alta confiança nas informações vindas de especialistas na Internet e baixa confiança nas informações sobre saúde veiculadas na televisão. Apenas 14% demonstraram confiança nas informações postadas em *blogs* (MORETTI; OLIVEIRA; SILVA, 2012).

Os entrevistados demonstraram alto grau de interesse em temas de saúde, tais como qualidade de vida, prevenção de problemas de saúde, alimentação e dieta, causas e sintomas de doenças, diagnósticos e tratamentos médicos, terapias alternativas e saúde infantil. Também foi observado interesse por determinadas condições de saúde, tais como ansiedade, câncer e obesidade. As atividades *online* relacionadas com saúde, citadas com maior frequência pela população do estudo, foram: leitura de artigos científicos, pesquisa de autodiagnóstico, visualização de vídeos, leitura de *blogs*, pesquisa sobre qualidade de vida e dieta, busca por informações complementares após orientações médicas, busca por informações após sentir algum sintoma, além da pesquisa sobre terapias alternativas (GRÁFICO 1 e QUADRO 7).

GRÁFICO 1 — DEMONSTRATIVO DE INTERESSE NA BUSCA POR TEMAS DE SAÚDE NA WEB



FONTE: REVISTA ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA (2012) ©2012 Elsevier Editora Ltda.

QUADRO 7 — CONFIANÇA DO USUÁRIO NOS CONTEÚDOS SOBRE SAÚDE NA INTERNET

Fonte de informação	Alta confiança
Opinião de médicos, profissionais de saúde ou especialistas	76%
Livros sobre saúde	55%
Artigos de revistas científicas	52%
Sites de sociedades médicas ou outros sites especializados	51%
Portais de saúde, como: Minha Vida, ABC da Saúde, Boa Saúde etc.	47%
Bibliotecas virtuais especializadas ou sites relacionados a universidades	45%
Jornais e revistas on-line, ou sites como: Folha, Estado, UOL, Terra etc.	20%
Televisão ou rádio	18%
Revistas ou jornais não especializados, como: Veja, Isto É, Época etc.	16%
Sites gerados por buscadores eletrônicos como Google, Yahoo etc.	12%
Blogs de saúde	10%

FONTE: REVISTA ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA (2012) ©2012 Elsevier Editora Ltda.

Até o ano de 2001, aproximadamente 52 milhões de americanos consultaram a Internet em busca de informações médicas. Atualmente, a Internet é a principal fonte de informações em saúde para 70% dos adultos americanos (MASTERS, 2008; WATERFRONT, 2009). No Brasil, estimava-se que mais de 10 milhões de usuários acessavam sites sobre saúde regularmente (GIANOTTI *et al.*, 2012).

Estudo realizado em 2009 demonstrou que a Internet possibilita a troca de experiências entre pacientes com problemas semelhantes e que facilita o debate entre especialistas e enfermos, sendo considerada uma importante estratégia no manejo de diversas condições clínicas. Entre os benefícios estão a melhoria na qualidade de vida dos usuários, maior autonomia, pró-atividade e autoconfiança (MURRAY *et al.*, 2009).

Estudo transversal conduzido por Schwartz *et al.* (2006), avaliou o uso da Internet para saúde entre participantes de um programa de atenção à saúde da família em Detroit, Estados Unidos. Dos 1289 indivíduos avaliados, 65% tinham acesso à Internet. Destes, 74% tinham feito pesquisas em saúde, sendo que informações sobre doenças específicas foi o tema mais procurado, seguido de medicamentos, nutrição e exercícios. A maioria afirmou discutir as informações oriundas dos sites com os médicos. Esses dados demonstram a estreita relação entre consultas médicas, pacientes e o uso da Internet para a obtenção de informações em saúde.

Além das informações sobre saúde citadas acima, a pesquisa na Internet pode trazer outros benefícios aos pacientes como aumento do otimismo, alívio emocional e melhoria clínica, entre outros. Entretanto, é necessário ressaltar que também podem haver riscos, como ressaltou Biruel (2008): “a Internet pode representar um grande risco na área da saúde, pois tanto entre os profissionais de saúde como entre os consumidores, pode existir um desconhecimento das regras relativas à identificação de padrões de qualidade”. De acordo com Oermann (2003) e Jadad (1998), grande parte das informações disponibilizadas na Internet sobre doenças e tratamentos é inadequada cientificamente ou incompleta. Mudar esta realidade exigiria selos de “certificado de conformidade”, fornecidos por organizações especializadas, garantindo um padrão de qualidade às informações sobre saúde veiculadas na Internet. Nesse sentido, tornam-se importantes pesquisas específicas ou intervenções, inclusive do setor público, para melhor compreender o uso da Internet para saúde, suas vantagens e riscos. Da mesma forma, vale questionar o papel do Estado e da sociedade civil na regulamentação da disposição das informações de saúde na rede. Uma entidade, em nível mundial, que tem demonstrado preocupação com a qualidade das informações sobre saúde circulantes na *web* é a *Health On the Net* (HON), Organização Não Governamental (ONG) criada em 1995, com sede na Suíça. A HON⁷ é considerada o “Padrão Ouro” em termos de certificação, sendo comparada ao padrão *International Organization for Standardization* (ISO). É ligada à Organização das Nações Unidas (ONU) e promove e orienta a publicação de artigos relacionados à saúde na Internet. A HON confere um selo de qualidade, o chamado *HONcode*, aos sites que publicam

⁷ Disponível em: <<http://www.hon.ch>>.

informações fidedignas. O selo *HONcode* é uma forma de garantir ao internauta que as informações referentes à saúde no site em questão são de confiança. A HON apresenta ainda uma diretriz, composta por aconselhamentos, para pacientes e consumidores de informação, que norteia o usuário sobre o uso seguro da Internet para buscas por informações de saúde. O selo de certificação que é dado ao site, implica no seguimento de regras éticas e na publicação de informações verídicas. A certificação é gratuita, provisória e se mantém somente enquanto o site respeitar os códigos de ética a que se comprometeu.

2.15 A BUSCA NOS DISPOSITIVOS MÓVEIS

Com os dispositivos móveis, o acesso à Internet se difundiu globalmente. Ela está presente na vida dos cidadãos em todo o tempo e lugar (WEISER, 1991). Em 2003, o número de celulares já superava o número de telefones fixos.

A Internet trouxe mudanças na forma de se comunicar e se relacionar, criando novos espaços para encontro, comércio e troca de conhecimento (CASTELLS, 2003). Sua crescente popularização, em nível mundial e nacional, levou a uma nova configuração nas práticas socioculturais e urbanas e nas formas de produzir e consumir informação (BRIGGS; BURKE, 2004). As tecnologias digitais como o celular são propícias aos cenários urbanos contemporâneos de mobilidade e conexão permanentes (LEMOS, 2004).

Os jovens, principalmente entre 18 e 27 anos de idade, conhecidos como “Geração Y”, são os mais conectados, tanto na Internet como nas demais TIC (TAPSCOTT; WILLIAMS, 2006). A predominância desta tecnologia, sobretudo entre os jovens, como principal meio de acesso à Internet, é uma característica da realidade comunicacional atual. A disseminação global da telefonia móvel nas últimas décadas destaca o crescimento dessa realidade comunicacional (CASTELLS *et al.*, 2006), atrelada às constantes e rápidas transformações do celular, tanto em seu *hardware* quanto em seu *software* (FIDALGO; CANAVILHAS, 2009). Estes jovens são também chamados de “Nativos Digitais”, porque são indivíduos que nasceram e cresceram em um mundo onde o aparato eletrônico fez e faz parte de suas rotinas e tarefas cotidianas, tanto no âmbito pessoal quanto no profissional (PRENSKY, 2011). De acordo com o *Pew Research Center*, 55% dos adultos jovens utilizam o aparelho celular para acessar a Internet (FOX, 2011).

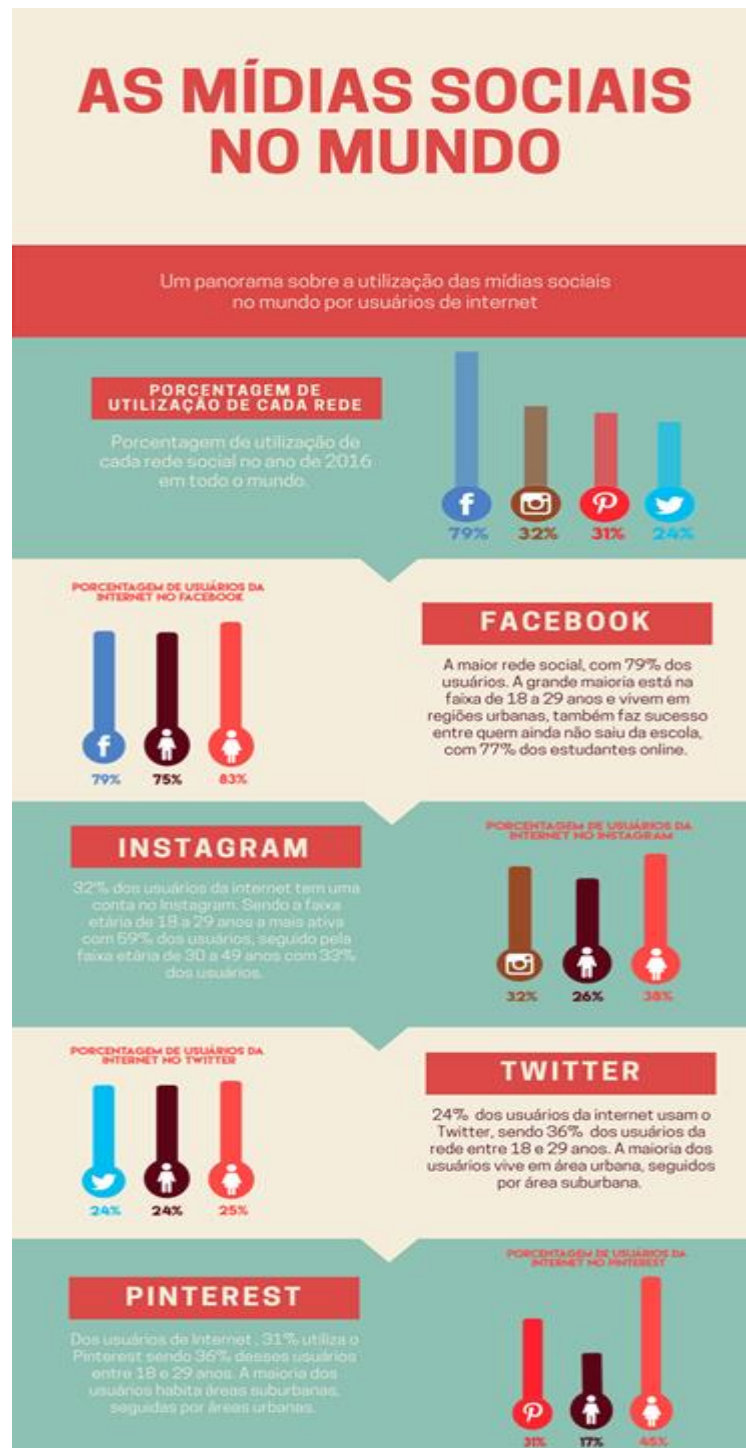
Em 2013, cerca de 271 milhões de telefones celulares ativos foram contabilizados no país, atingindo uma média de 1,3 celulares por habitante, dos quais 78,05% estavam no sistema pré-pago (TELECO, 2014). Para comunidades de baixa renda, o investimento em celulares e na Internet móvel é uma escolha viável, vantajosa economicamente e cômoda.

Estudos nacionais realizados pelo “Comitê Gestor da Internet no Brasil” indicam que houve um crescimento de 25% no acesso domiciliar a Internet entre 2008 e 2013. Apesar desta ampliação, a exclusão digital ainda é grande no país, sendo que 57% dos domicílios, em 2013, não possuíam acesso à Internet (BARBOSA, 2014). Este cenário está mudando com grande velocidade e cada vez mais a prática de pesquisar informações na Internet, seja via computador ou dispositivos móveis, se torna uma realidade para a maioria da população.

2.16 O ACESSO NAS MÍDIAS SOCIAIS

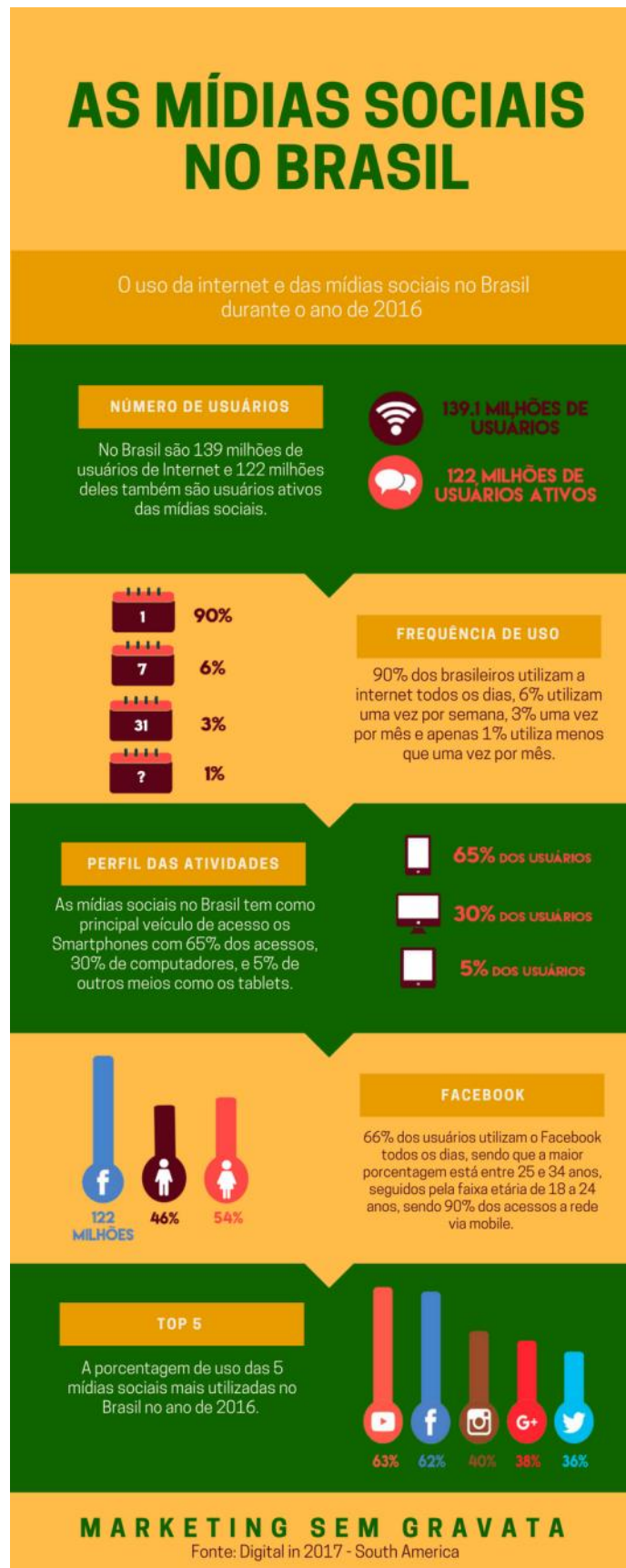
Várias informações sobre saúde podem ser pesquisadas, discutidas e compartilhadas através das Mídias Sociais. De fato, o uso das Mídias Sociais aumenta em uma velocidade espantosa, alicerçado pelo alto consumo de dispositivos móveis. Um recente estudo feito pela *We are Social e Hootsuite* (2017) revelam os principais dados do setor: o *Digital in 2017 Global Overview*. Saber entender tais resultados têm implicações importantes para usuários, governos e sociedade em geral (FIGURA 12 e FIGURA 13).

FIGURA 12 — AS MÍDIAS SOCIAIS NO MUNDO



FONTE: MARKETING SEM GRAVATA (2017).

FIGURA 13 — AS MÍDIAS SOCIAIS NO BRASIL



FONTE: MARKETING SEM GRAVATA (2017).

Não há dúvidas de que a tendência é o aumento da circulação de informações para e entre os usuários das Mídias Sociais. Contudo, é preciso ter sempre em mente que a Internet, ao mesmo tempo que dissemina cultura e informação de uma forma jamais experimentada, também espalha informações sem credibilidade com a mesma eficiência.

2.17 TEMAS DE SAÚDE

A saúde é uma das temáticas mais pesquisadas na rede, sendo uma das áreas com crescente quantidade de informação disponível (VANBIERVIET; EDWARDS-SCHAFFER, 2004). Outro ponto que merece ressalva é o surgimento do “paciente informado” - um consumidor/paciente que tem informações sobre doenças, condições de saúde, diagnósticos, sintomas, tratamentos e medicamentos, especialmente pelo uso dos dispositivos móveis somado à crescente disponibilidade e acesso a informações sobre saúde na Internet (GARBIN; PEREIRA NETO; GUILLAM, 2008). Pesquisadores questionam se tal facilidade de busca sobre temas de saúde, em qualquer dia, local e horário, proporcionada pelos dispositivos móveis, não seria um incentivo à automedicação, que pode ser facilitada pelo ambiente virtual, onde há informações sobre sintomas e tratamentos amplamente disponibilizados, até mesmo com a possibilidade de aquisição *online* de medicamentos. Uma pesquisa realizada com estudantes adolescentes em Fortaleza mostrou que o custo elevado e a dificuldade de acesso e atendimento em postos de saúde foram apontados como os principais motivos para a automedicação, em especial entre os estudantes do sistema público de ensino (SILVA, 2011). Nos Estados Unidos, o *Pew Research Center* estima que 59% dos adultos jovens americanos acessam informação de saúde na Internet (FOX, 2011).

Segundo dados do Comitê Gestor da Internet no Brasil - CGI - apurou Barbosa (2014), que 40% dos jovens de 16 a 24 anos buscaram, em 2014, informações sobre saúde ou serviços relacionados à saúde na Internet.

Estudos sobre esse novo perfil de cidadão na área da saúde sugerem que a aquisição de informação sobre saúde resultaria em um novo comportamento do cidadão/paciente, menos disposto a acatar orientações ou decisões médicas. Esses cidadãos não se limitam às informações recebidas pelo médico, optam por pesquisar informações antes da consulta, para se conscientizarem acerca de possíveis

diagnósticos ou tratamentos. Outros decidem acessar informações sobre saúde após a consulta, possivelmente complementando ou comparando as instruções recebidas do profissional de saúde.

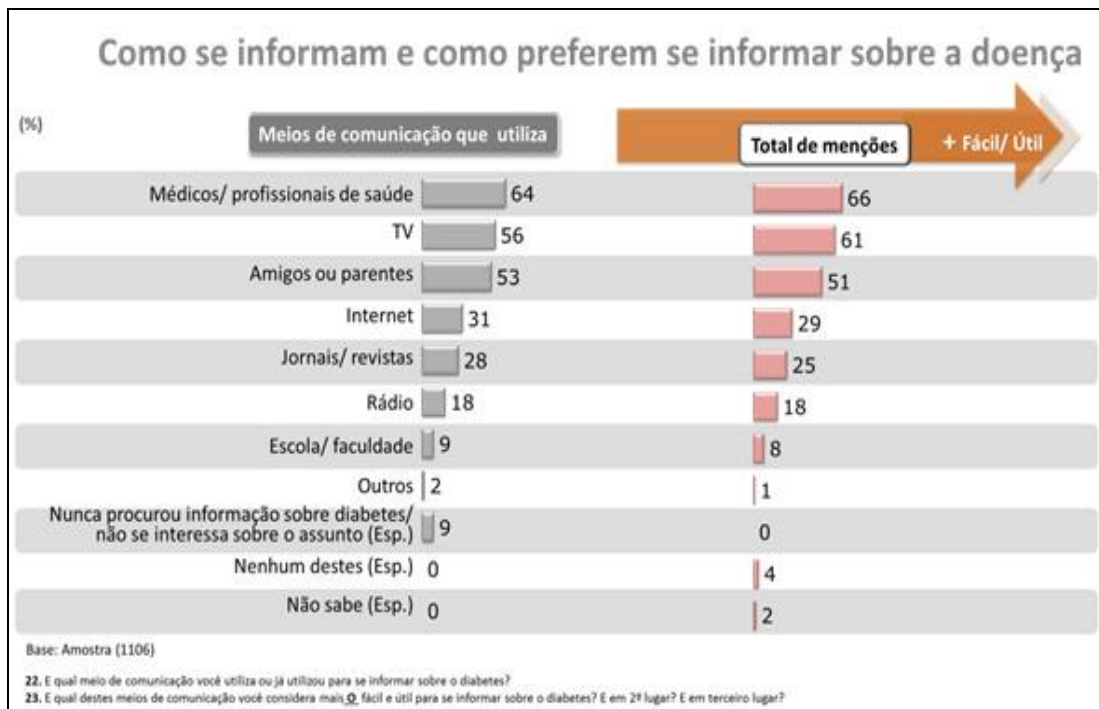
2.18 DIVULGAÇÃO DE PESQUISAS

A divulgação de novas pesquisas científicas, no âmbito da saúde, pelos Meios de Comunicação Social pode, por vezes, tornar-se um complicador, como afirma Albuquerque (2010), no site da Sociedade Brasileira de Diabetes. Segundo o pesquisador, o maior problema está em como transferir o conhecimento para a prática do dia-a-dia. O que é publicado na mídia científica ou visto nos noticiários, na maioria das vezes, não têm aplicação imediata nos consultórios médicos. Por diversas ocasiões são estudos experimentais, ainda sem validação clínica ou mesmo materiais de divulgação de empresas produtoras de medicamentos. A população que recebe a informação vai a busca do que viu ou ouviu, acreditando na disponibilidade imediata de uma solução ou tratamento para seu problema de saúde, o que muitas vezes não acontece, gerando um desconforto provocado pela comunicação imprecisa. O autor aponta ainda que o problema que surge diante de tantas informações, tanto para os profissionais como para o público em geral, é o desafio de como reconhecer a informação confiável e qual a relevância que tem dentro do contexto da patologia que está sendo estudada. O artigo cita uma frase divulgada pela biblioteca médica americana, a *National Library of Medicine*, que resume bem a atual situação de muitos internautas: “procurar informação sobre saúde na Internet é como fazer uma caça ao tesouro: poderemos encontrar maravilhosas joias ou terminarmos em lugares estranhos ou perigosos”. É cada vez mais comum a existência de sites que vendem promessas e produtos que curam qualquer doença, sem a menor preocupação com a verdade científica. Portanto, reconhecer um site confiável e poder avaliá-lo com critérios objetivos de qualidade de informação é uma necessidade imperiosa para qualquer usuário de Internet que procure informações sobre saúde.

Em enquete realizada pela Sociedade Brasileira de Diabetes (2015) em que se abordou os Meios de Comunicação Social, 64% dos entrevistados, diabéticos, afirmou buscar informações sobre a doença inicialmente com médicos e

profissionais de saúde, seguido pelas informações obtidas na televisão e outros meios (GRÁFICO 2).

GRÁFICO 2 — BUSCA DE INFORMAÇÃO SOBRE O DIABETES



FONTE: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2015.

2.19 OS SITES SOBRE SAÚDE NA INTERNET

O Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP, 2001) elaborou um manual com o objetivo de orientar sobre padrões mínimos de qualidade, segurança e confiabilidade dos sites de medicina e saúde. O “Manual de princípios éticos para sites de medicina e saúde na internet” contém sete critérios que podem ser acessados na página do CREMESP, pelo endereço <<http://www.cremesp.org.br>>.

A edição da Revista Galileu de maio de 2014 trouxe um artigo que replicava uma publicação da revista norte americana *The Atlantic* sobre uma questão importante nos dias atuais: a Wikipédia pode ser considerada uma fonte confiável de informações médicas? A resposta contida no artigo que a *The Atlantic* oferece é que a Wikipédia pode ser uma fonte útil, principalmente se o artigo for escrito por profissionais da área, mas não pode ser considerada uma fonte de informações definitiva (JARDIM, 2014).

Segundo Jardim (2014), como os pacientes não têm obrigação de entender a linguagem técnica, ou os meandros do meio acadêmico, utilizam as ferramentas de busca da internet. E faz um alerta: “Informações honestas e relevantes têm fonte, nome e sobrenome”. A ideia é orientar pacientes que queiram pesquisar na Internet, a procurar informações em sites em que existe responsabilidade pessoal ou institucional pelo conteúdo.

Um exemplo de reflexão e mudança. O site da Sociedade Brasileira de Diabetes iniciou, em 2015, uma reformulação total de sua apresentação, passando a ter informações relevantes tanto para profissionais de saúde como para o público em geral. O resultado foi expressivo. Nos últimos dois anos a procura pelo site passou de 500 visitas ao dia para 5.000. No mesmo período, o número de páginas lidas aumentou de 1.500 para 5.000 por dia e o número de cliques atingiu 500.000 por mês (ALBUQUERQUE, 2010).

Na Internet, diversas entidades disponibilizam um roteiro de verificação sobre a confiabilidade do site ou não, como também sobre as precauções que devem ser tomadas:

- a) quem ou qual é a organização responsável pela informação;
- b) como se pode contatá-los via Internet ou por telefone;
- c) de onde vêm os recursos para a manutenção do site;
- d) de onde vêm as informações que são veiculadas no site;
- e) como o conteúdo é selecionado;
- f) a informação é revisada e aprovada por especialistas identificados;
- g) o site está atualizado e as informações devidamente referenciadas;
- h) o site evita divulgação de material essencialmente promocional ou que não tenha credibilidade;
- i) o site pede suas informações pessoais e explica como pretende utilizá-las;
- j) você tem confiança que essas informações serão utilizadas de forma adequada.

2.20 RESPOSTAS E CONSELHOS – DM1

Como na Internet a comunicação é livre, o usuário pode perguntar sobre saúde e a resposta pode vir das mais variadas fontes. No caso do DM1, tema

específico desse estudo, é possível encontrar em buscadores e sites de perguntas e respostas diversas alusões ao DM1. As respostas aos vários questionamentos vêm, em sua maioria, de outros internautas que respondem de acordo com seu conhecimento sobre o tema.

2.20.1 UM CANAL DE DESABAFO E REIVINDICAÇÃO

As Redes Sociais, para famílias e portadores de DM1, tornaram-se um canal de expressão, de troca de experiências, mas também de desabafo. São inúmeras as postagens que constata tal fato, especialmente no tocante à falta de medicamentos. As Redes Sociais também estão sendo utilizadas como meio de convocação para reivindicações no campo do DM1.

As Redes Sociais também compartilham informações que podem impactar até mesmo no comportamento dos diabéticos.

O site da Sociedade Brasileira de Diabetes procura colaborar no sentido de responder dúvidas importantes de portadores de diabetes, como no exemplo abaixo, reconhecendo o valioso papel da Internet em ser um elo entre profissionais de saúde e cidadãos:

Gostaria de saber como devo fazer para receber os medicamentos grátis, pelo SUS, como insulina e fitas.

Redação da SBD: A lei federal de nº 11.347 (assinada em 27 de setembro de 2006 pelo Presidente da República) está em vigor e determina que os pacientes com diabetes recebam, gratuitamente, do Sistema Único de Saúde - SUS, os medicamentos necessários para o tratamento, assim como os materiais exigidos para a sua aplicação e a monitoração da glicemia capilar. O texto da lei afirma que, para ter este direito, é preciso estar inscrito em algum programa de educação especial em diabetes.

Na prática, a pessoa precisa ir ao posto de saúde mais próximo de sua residência, e cadastrar-se como paciente com diabetes do SUS ou do Sistema de Informação em Hipertensão e Diabetes (Hiperdia). No mesmo local, deve-se pedir pelos medicamentos necessários ao tratamento, prescritos pelo médico responsável em uma receita que será ali apresentada.

Caso não seja plenamente atendido, paciente deverá relatar o caso à ouvidoria da Secretaria da Saúde do estado ou do município e também na própria sede da mesma. Se ainda assim não for atendido, em último caso, o paciente poderá entrar com uma ação judicial exigindo o fornecimento gratuito de todos os itens indispensáveis ao seu tratamento médico. Para tanto, precisará de um advogado, que pode ser público (Defensoria Pública, localizada nos fóruns de cada município) ou um profissional particular de sua confiança (SITE SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015).

O site da SBD adverte sobre os riscos oriundos de sites e redes sociais que, muitas vezes, apresentam falsas promessas com relação ao diabetes. Isso pode ser visto em um trecho do artigo escrito por SILVA (2017), colaborador da SBD:

Apesar de nosso pouco conhecimento sobre a utilização das mídias sociais na promoção da saúde e no controle do diabetes no Brasil, as atividades de autopromoção e os anúncios com falsas promessas de tratamento e de cura do diabetes são riscos comuns nas interações on-line. Tais riscos devem ser severamente combatidos por todos nós, profissionais, cuidadores e pacientes envolvidos no diabetes. Além de reconhecermos a possível contribuição das mídias sociais na promoção da saúde, é necessário o entendimento de que nenhuma conduta terapêutica pode ser realizada com base nas orientações disponíveis na Internet e que nada substitui a consulta médica e a decisão terapêutica da equipe multidisciplinar de saúde que acompanha o paciente com *diabetes mellitus* (SITE SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015).

Outro exemplo demonstra que os Meios de Comunicação Social muitas vezes compreendem a seriedade com que as entidades médicas trabalham e publicam textos como o abaixo, quando uma pesquisa realizada pela Sociedade Brasileira de Diabetes foi publicada na sua totalidade:

O diabetes é uma doença cada vez mais prevalente no mundo. Só no Brasil afeta cerca de 13,4 milhões de pessoas – o país é o quarto no mundo com o maior número de diabéticos, ficando atrás somente da China, Índia e Estados Unidos. Mesmo assim, muitas características da moléstia ainda são pouco conhecidas – e muitas vezes compreendidas de forma errada. Um estudo da Sociedade Brasileira de Diabetes revelou que 34% das pessoas diagnosticadas com a doença não sabem se sofrem de diabetes tipo 1 ou 2 – um dado muito preocupante, já que ambos os problemas têm causas, complicações e tratamentos diferentes um do outro. Além disso, a maior parte dos entrevistados revelou desconhecer que o risco e o agravamento do diabetes tipo 2 estão relacionados ao sedentarismo e ao tabagismo. A maioria das pessoas associa a enfermidade apenas ao consumo de açúcar (ELIAS, 2013, p. 2).

2.21 MEIOS QUE APROXIMAM

Em um cenário onde um número crescente de adolescentes e adultos usa as mídias sociais para interagir entre si, e cada vez mais organizações buscam se aproximar de seu público-alvo usando tais ferramentas, é fundamental que a pesquisa científica também compreenda o significado deste processo, a fim de que possa desenvolver suas próprias estratégias de comunicação, aproximação e fortalecimento dos laços com os indivíduos ou grupos pesquisados.

Adolescentes e adultos jovens frequentemente apresentam uma alternância em seu tratamento, altos e baixos, e sofrem influência do meio. Segundo Delamater (2007), “os fatores psicossociais são as influências mais importantes que afetam o cuidado e o tratamento do diabetes”. A adesão de adolescentes e adultos jovens portadores de DM1 ao tratamento pode ser definida como a extensão na qual os comportamentos da pessoa correspondem às recomendações dos profissionais de saúde. No caso específico do diabetes, que requer um tratamento complexo, a adesão engloba muitos comportamentos de naturezas diferentes. De acordo com Malerbi (2007), os fatores associados à pobre adesão de adolescentes e adultos jovens ao tratamento de diabetes podem ser classificados em três conjuntos principais: 1) características do tratamento; 2) comportamentos do paciente; e 3) fatores sociais.

QUADRO 8 — OBSTÁCULOS PARA ADESÃO AO TRATAMENTO DO DIABETES

Características do tratamento	Comportamentos do paciente	Fatores Sociais
<ul style="list-style-type: none"> • Longa duração • Grande complexidade • Grande frequência/dia de cuidados • Cuidados de natureza diferente • Tempo gasto com esses cuidados • Necessidade de mudança no estilo de vida • Interferência em atividades sociais relacionadas ao comer e beber • Efeitos colaterais • Riscos associados • Custo financeiro do tratamento 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausência de habilidades necessárias para o autocuidado • Pobre motivação para o tratamento • Crenças errôneas a respeito da doença e do tratamento • Dificuldades de uma adaptação emocional à doença (negação, medo, culpa, tristeza, vergonha) 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldades na relação entre o profissional de saúde e o paciente • Falta de apoio da família • Falta de apoio fora da família

FONTE: Sociedade Brasileira de Diabetes - Dra. Fani Eta Korn Malerbi, 2007.

Para tentar dar um suporte aos profissionais de saúde, à família e ao próprio portador de DM1, esse projeto elaborou uma intervenção focada em estratégias de Comunicação Social. Tal intervenção procurou atrair, acompanhar e conscientizar comunidades, famílias e portadores de DM1, com foco nas condições, nos recursos e na necessidade de seguir corretamente as orientações recebidas, visando o bem-estar dos envolvidos.

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Foi realizado um estudo populacional, envolvendo famílias de comunidades situadas em bairros periféricos da Região Metropolitana de Curitiba (RMC), Paraná, Brasil. A intervenção se deu de modo presencial, nas comunidades, com a participação do pesquisador em grupos comunitários, e de modo remoto (virtual), através de contatos estabelecidos pelas Redes Sociais, por um site específico, um *blog*, *Twitter*, *Facebook*, *whatsapp* e uma conta própria de correio eletrônico.

3.2 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO

A intervenção presencial nas comunidades da RMC ocorreu de julho de 2015 a dezembro de 2016. A divisão de trabalho dentro dos municípios foi feita por comunidades, áreas populacionais pequenas. Um bairro, por exemplo, pode conter duas ou mais comunidades. As comunidades, em um município, formam-se a partir de agrupamentos espontâneos, pela facilidade de encontro entre as pessoas ou por grupos de interesse. O período de estudo virtual foi até 26 de outubro de 2017. Entretanto, como as ferramentas encontram-se *online*, mensagens e visualizações continuam ocorrendo diariamente. Porém, para efeito de análise de dados, o que chegou após a data de 26 de outubro de 2017 não foi considerado, mas recebeu a devida atenção do pesquisador.

As comunidades visitadas de modo presencial estão nos seguintes municípios: Almirante Tamandaré, Colombo, Curitiba, Fazenda Rio Grande, Itaperuçu, Pinhais, Piraquara, Rio Branco do Sul e São José dos Pinhais. Os locais foram escolhidos por lideranças comunitárias que opinaram sobre os locais que seriam mais apropriados para as reuniões, principalmente pela facilidade de acesso dos participantes. Foram incluídas todas as comunidades sugeridas por voluntários que se interessaram em divulgar informações e discutir sobre o DM1 em suas comunidades.

TABELA 1 — PARTICIPANTES DAS REUNIÕES

Município	Comunidades visitadas	Participantes
Almirante Tamandaré	2	56
Colombo	1	24
Curitiba	7	218
Fazenda Rio Grande	2	43
Itaperucu	2	39
Pinhais	1	29
Piraquara	2	41
Rio Branco do Sul	3	49
São José dos Pinhais	1	38

FONTE: Dados do pesquisador, 2015-2016.

A RMC, também conhecida como Grande Curitiba, reúne 26 municípios do Estado do Paraná. De acordo com o IBGE, em 2015, a RMC totalizava uma população de 3 502 804 habitantes. É composta por 29 municípios. Os municípios que entraram nesse estudo têm os seguintes perfis, de acordo com relatório do Portal dos Objetivos do Milênio⁸, apresentados na tabela 2.

TABELA 2 - DADOS DOS MUNICÍPIOS VISITADOS

Município	Fundação	População 2017	População entre a linha da indigência e pobreza
Almirante Tamandaré	1947	115.364 habitantes	3,9%
Colombo	1890	237.402 habitantes	3,0%
Curitiba	1693	1.908.359 habitantes	1,3%
Fazenda Rio Grande	1993	95.225 habitantes	4,0%
Itaperucu	1993	27.500 habitantes	6,2%
Pinhais	1993	129.445 habitantes	2,4%
Piraquara	1890	107.751 habitantes	4,7%
Rio Brando do Sul	1947	32.504 habitantes	6,8%
São José dos Pinhais	1939	307.530 habitantes	1,9%

FONTE: Portal ODM, 2017.

⁸ Portal ODM. Relatórios Dinâmicos. Disponível em <http://www.relatoriosdinamicos.com.br/portaldom/>. Acesso em 20 de novembro de 2017.

3.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população avaliada no estudo presencial nas comunidades foi composta de famílias, adolescentes, jovens e adultos provenientes de 21 comunidades de 9 municípios da RMC, somando 537 participantes. O convite para a participação era aberto ao interesse coletivo, abrangendo, assim, diversas faixas etárias.

Quanto ao estudo virtual, não há como precisar de modo absoluto quantas pessoas viram algo sobre o projeto e sua proposta. Embora esse alcance seja difícil de mensurar, é possível apresentar dados de acessos, interações e visualizações do material postado, como também a quantidade do material divulgado. Os dados da amostra remota foram extraídos das ferramentas acopladas ao projeto.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Todas as pessoas que chegaram para as reuniões presenciais foram acolhidas e puderam participar livremente. Quanto à população remota, via Internet, todos os que de alguma forma fizerem contato ou se agregarem às Mídias Sociais serão aceitos. Não haverá bloqueios nas Mídias ou exclusão.

3.5 ESTRATÉGIA INICIAL

Para suscitar um maior interesse e ampliar o debate sobre o DM1 nas comunidades periféricas da RMC foi necessário seguir um itinerário proposto e acordado com os líderes comunitários locais. Desde as primeiras reuniões com o orientador do projeto e com os líderes comunitários, ficou decidido que o projeto contemplaria três partes: uma presencial, outra parte remota e outra de capacitação para o trabalho continuado. A divulgação dos locais das reuniões deveria ser feita pelos próprios líderes em suas comunidades e municípios. Para divulgar os endereços eletrônicos, 10.000 impressos (panfletos) seriam distribuídos. Além disso, para caracterizar melhor o projeto e explicitar o tema do mesmo, foi escolhido um nome, “DiabeteStation”, criada uma marca e confeccionado material de identificação, como camisetas e bonés. O pesquisador esteve em todas as reuniões presenciais e foi o responsável em elaborar o site, criar e gerenciar a página de *Facebook* e outras mídias. Já o nome para o projeto, “DiabeteStation”, e a escolha da marca, foram

escolhidos por votação popular. O *slogan* “Um jeito novo e positivo de encarar o Diabetes Tipo 1” utilizado nas reuniões e no material impresso, como também nas Mídias Sociais, foi sugestão das comunidades. Ao longo do trabalho nas comunidades, foi necessário realizar duas enquetes populares para avaliar a compreensão dos participantes sobre os temas abordados nas reuniões e escutar suas dúvidas e opiniões.

Uma vez feito o mapeamento da comunidade era feito o convite. No dia marcado, um grupo de voluntários ia de rua em rua na comunidade convidando para as reuniões, informando sobre local, horário e tema.

3.6 VARIÁVEIS ANALISADAS

A análise estatística em um projeto na Internet é baseada no número de acessos; na frequência pelo mesmo internauta de visitas às páginas e mídias criadas; nas respostas das enquetes eletrônicas; na demonstração – a partir das opiniões dos internautas – se essa nova ferramenta criada (o Projeto) de educação continuada sobre o DM1 foi uma plataforma viável para uma maior conscientização sobre a doença e incentivo ao tratamento; se colaborou na postura crítica e avaliação dos serviços oferecidos no âmbito da Atenção Básica à Saúde para pacientes de doenças crônicas; e, sobretudo, se esse Ponto de Encontro (“DiabeteStation”) contribuiu para uma aproximação maior entre pacientes e profissionais de saúde, gerando mais confiança e apoio ao paciente diabético.

A coleta de dados foi realizada de diversas formas, nos contatos pessoais e nas reuniões comunitárias. Além das informações obtidas, foram analisados:

- a) respostas das enquetes populares;
- b) dados da “comunidade” do *Facebook*;
- c) *feedbacks* de internautas;
- d) os acessos nas demais ferramentas da Internet.

3.7 ÉTICA EM PESQUISA

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, publicado na Plataforma Brasil sob número CAAE 05738412.1.0000.0096 (Anexo 7). O referido projeto foi aprovado com a Dispensa do Termo de Consentimento, mas com a exigência do Termo de Confidencialidade (manutenção do anonimato de adolescentes e jovens portadores de DM1) contatados pelo Projeto (Anexo 6) e da Declaração de Uso Específico do Material e/ou Dados Coletados (Anexo 4).

3.8 FOMENTO PARA PESQUISA

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), entidade pública vinculada ao Ministério da Educação (MEC), concedeu uma bolsa à doutoranda para auxiliar na realização do estudo.

4 RESULTADOS

4.1 COMPOSIÇÃO DA AMOSTRA

A amostra desse estudo foi composta por dois tipos de comunidades: física e virtual. Por comunidade física, aqui se entende os locais onde aconteceram as reuniões com a população de alguns municípios da RMC. Por comunidade virtual, entende-se a comunidade de seguidores do projeto na Página do *Facebook*, via *site* e participantes do grupo que o projeto mantém no *whatsapp*.

A população avaliada no estudo presencial nas comunidades foi composta de famílias, adolescentes, jovens e adultos provenientes de 21 comunidades de 9 municípios da RMC, somando 537 participantes. O convite para a participação era aberto ao interesse coletivo, abrangendo, assim, diversas faixas etárias.

Quanto ao estudo virtual, não há como precisar de modo absoluto quantas pessoas viram algo sobre o projeto e sua proposta. Embora esse alcance seja difícil de mensurar, é possível apresentar dados de acessos, interações e visualizações do material postado, como também a quantidade do material divulgado. Os dados da amostra remota foram extraídos das ferramentas acopladas ao projeto.

- a) mídia impressa (folhetos) distribuídos: 10.000 exemplares;
- b) página no *Facebook* (*Fanpage*): 697 seguidores da página e média de 694 “curtidas” diárias (até 26 de outubro de 2017);
- c) site: <http://www.diabetestation.com>. Média diária de visitas: 15.

4.1.1 Comunidade física

No total, 537 moradores da RMC participaram de reuniões comunitárias, no período de julho de 2015 a dezembro de 2016. As comunidades estavam situadas na região periférica dos municípios de Almirante Tamandaré, Colombo, Curitiba, Fazenda Rio Grande, Itaperuçu, Pinhais, Piraquara, Rio Branco do Sul e São José dos Pinhais (TABELA 3).

TABELA 3 — PARTICIPANTES DAS REUNIÕES

Município	Comunidades visitadas	Participantes
Almirante Tamandaré	2	56
Colombo	1	24
Curitiba	7	218
Fazenda Rio Grande	2	43
Itaperuçu	2	39
Pinhais	1	29
Piraquara	2	41
Rio Branco do Sul	3	49
São José dos Pinhais	1	38

FONTE: DADOS COLETADOS PELO PESQUISADOR 2015-2016.

4.1.2 Comunidade virtual

A Comunidade da Página do *Facebook* tem 694 seguidores fixos e uma média de 697 “curtidas” a cada postagem.

O Site do Projeto “DiabeteStation” recebe visitantes de modo aleatório. Em duas capturas feitas de modo previsto e controlado, para expor neste estudo, em dias diferentes, mas no mesmo horário, foi possível ver que na quarta-feira, 15 de junho de 2016, às 16:15h, 6 pessoas estavam visitando o site. Em um domingo, 19 de junho de 2016, no mesmo horário, 30 pessoas estavam visitando o site. Em acompanhamento periódico ao número de visitantes no site, em média, o número ficou em 15 pessoas/dia.

Durante o estudo, duas enquetes populares foram realizadas. Da primeira, sobre obesidade, alimentação saudável e atividade física, participaram 198 pessoas. Da segunda, sobre DM1 e Meios de Comunicação Social, participaram 256 pessoas, sendo 78 portadores de DM1. As enquetes foram realizadas de forma presencial e via eletrônica.

4.2 PARTICIPANTES DAS COMUNIDADES

A divisão de trabalho dentro dos municípios foi feita por comunidades. Na maioria das reuniões, pessoas de outras comunidades participavam também. A comunicação do local - bem como o horário das reuniões nas comunidades e o tema a ser discutido - era feita através do Jornal Mural ou do Varal de Recados, expostos em locais visíveis em cada região. Os participantes das reuniões e os internautas que foram alcançados de algum modo pelo projeto são de diferentes localidades. Os

participantes das comunidades são moradores antigos e novos, alguns migraram de zonas rurais de outros municípios do Estado do Paraná e outros vieram de outros bairros da RMC.

Já com relação aos internautas, da Comunidade virtual, que seguem o projeto, os residentes não são só do Brasil, mas também do exterior.

4.3 DADOS DAS COMUNIDADES NOS MUNICÍPIOS

O presente estudo, como já colocado, usou informações disponibilizadas pelos próprios sujeitos da pesquisa. Nas reuniões e Rodas de Conversa foi possível coletar e anotar as principais informações relatadas pelas comunidades.

Dos 537 moradores da RMC que participaram ativamente das reuniões, 403 eram mulheres e 134 homens. Quinhentos e vinte e três tinham como meio de atendimento público à saúde, SUS. Quatorze tinham algum tipo de convênio médico privado, vinculado à empresa em que trabalhavam.

TABELA 4 — GÊNERO DOS MORADORES DA RMC

Moradores da RMC	Homens	Mulheres
537	134	403

FONTE: DADOS COLETADOS PELO PESQUISADOR 2015-2016.

A média de reuniões na mesma comunidade, durante o período de estudo, foi de 5 reuniões. Uma vez que a pessoa passava a fazer parte do grupo, assumia o compromisso simbólico, perante a comunidade, para continuar participando. Só assim foi possível crescer a confiança entre o grupo para até mesmo a exposição de sentimentos e temas pessoais mais delicados.

No total, nove famílias tinham filhos diagnosticados com DM1 – menores de 15 anos.

Sete jovens e adultos jovens – de 16 a 35 anos – participaram de alguma reunião e relataram suas experiências e convívio com o DM1. Estes jovens estão inseridos no sistema público de saúde.

Sendo 90% dos portadores de DM1, que estiveram em alguma reunião, relataram que na época, estavam em um período de transição com relação à retirada dos medicamentos na Farmácia Especial do Estado, localizada na Avenida

Marechal Floriano Peixoto, 250 - Centro, Curitiba - PR, 80320-110, inaugurada, 4 de novembro de 2015. Todos eram pacientes do SUS.

Da população com participação ativa, 10% alegaram que já tinham sido consultados com médicos de convênio e já tinham alternado a prática de retirada gratuita e a compra de medicamentos.

Dois crianças cujos familiares participavam do projeto tiveram a suspeição da doença levantada durante as reuniões. Uma menina de 11 anos de idade, moradora de São José dos Pinhais, e um menino de 7 anos de idade, morador de Rio Branco do Sul. Ao ouvirem na reunião sobre os sintomas do DM1, os pais relataram que seus filhos apresentavam alguns sintomas. Os familiares do menino de Rio Branco do Sul achavam que ele tinha um problema “comportamental”, já que continuava a “urinar na cama”. Não consideravam que esse comportamento poderia ser uma doença. A família da menina de São José dos Pinhais achava que a sede constante da filha era porque “ela era assim... tem gente que bebe muita água mesmo”. As duas famílias foram orientadas a procurar o serviço de saúde o mais rápido possível. Duas reuniões depois, o grupo foi informado que havia sido confirmado o DM1 no menino e que provavelmente na menina também. As famílias receberam apoio da comunidade e incentivo para o seguimento correto do tratamento e das orientações recebidas no Serviço de Saúde, como o controle da glicemia e o uso de insulina.

A partir desses dois casos, as pessoas da comunidade passaram a se perguntar quantas crianças, adolescentes e jovens poderiam estar apresentando sintomas semelhantes, ainda sem diagnóstico. Os casos se tornaram um incentivo para a continuidade de reuniões DM1 e divulgação dos sintomas e sinais de alerta.

4.3.1 Mapeamento da comunidade

O “Mapa Falante” é um meio utilizado em Comunicação Popular. O pesquisador já utilizou essa metodologia diversas vezes nas comunidades com ótimos resultados. Em uma folha de cartolina, ou pedaço maior de papelão, faz-se o “mapeamento” da comunidade onde se vai trabalhar. No caso desse Projeto, os dados levantados foram: modo de vida dos moradores, onde era possível fazer a divulgação do projeto, quem eram as lideranças da comunidade, se a comunidade era urbana ou rural, qual acesso ao Serviço de Saúde, se havia algum portador de

Diabetes Tipo 1. O “Mapa Falante” ajudou a fazer um retrato fiel do local em que se pretendia interagir.

4.4 PROCEDIMENTOS

Os coordenadores comunitários solicitaram que, antes de falar especificamente sobre o DM1 nas reuniões comunitárias, era preciso falar sobre obesidade, alimentação saudável e atividade física. Segundo eles, tais temas eram relevantes para as comunidades e serviriam para introduzir as questões do DM1 e dos Meios de Comunicação. A primeira reunião foi marcada para o Setor Noroeste da RMC, em Itaperuçu. A segunda reunião ficou programada para Rio Branco do Sul.

4.4.1 Definição dos materiais

As duas primeiras reuniões foram de grande importância para a continuidade do projeto. Ambas ocorreram no Setor Noroeste da RMC, uma na zona urbana e outra na zona rural. Nessas reuniões foram escolhidos o nome e a marca para o projeto. Foram discutidos quais ferramentas deveriam ser criadas para o Projeto na Internet.

As comunidades queriam um nome para o Projeto. A votação popular indicou que teria que ter Diabetes no nome. Os adolescentes e jovens presentes disseram que a palavra *Station* tinha importância para eles, já que significava “ponto, local de encontro” e que era isso o que o Projeto seria, “um ponto de encontro” para falar de DM1. Na junção de palavras, que o saber popular sabe fazer muito bem, nasceu o nome “DiabeteStation”.

As comunidades também decidiram a marca de identificação do projeto. Uma escolha democrática, já que é possível dizer que foi quase uma “colagem”. As crianças se identificaram com o boneco risonho e transparente; as mães optaram pelas duas gotas de sangue que formam um coração; e os adolescentes e jovens acrescentaram os “acessórios”, como fones de ouvido e um boné. A gotinha de sangue, muito presente na vida de quem tem DM1, teria que ter um rosto “feliz”. Enfim, uma composição coletiva, que foi acatada pelo pesquisador prontamente, já que o público alvo tinha o poder de escolher e decidir livremente. Por sugestão e

votação, ficou decidido que o pesquisador deveria fazer um site, acessível em computadores e dispositivos móveis; fazer uma página no *Facebook*; um *blog* e um folheto impresso para divulgar os endereços eletrônicos.

4.5 ENCONTROS NAS COMUNIDADES

O Projeto utilizou a grande penetração dos Meios de Comunicação Social na vida de famílias, especialmente adolescentes e jovens, para falar sobre o DM1 e seus diversos focos de abordagem: tratamento, alimentação, atividade física, etc. A participação no estudo se deu seguindo as etapas:

- a) elaboração de material para divulgação do projeto;
- b) elaboração de um Site específico para o projeto e inserção nas Redes Sociais, via Facebook e Twitter, para transmissão de informações sobre a doença;
- c) criação de um blog para troca de experiências;
- d) realização de materiais específicos para alimentar o site e ampliar a difusão de informações sobre o DM1 em rádios e mídias em geral, como chamadas e entrevistas de áudio e vídeo;
- e) registros de acessos pela Internet.

Alguns cuidados foram tomados na organização dos encontros para torná-los mais dinâmicos e eficazes:

- a) dia, local, hora e tema da reunião eram divulgados previamente. A divulgação era feita nos pontos-chaves, determinados previamente pelo “Mapa Falante” da comunidade. Os avisos eram colocados em estabelecimentos comerciais, postos de saúde, escolas, igrejas e salões comunitários;
- b) preparo com antecedência: a equipe, que conduziria a reunião estabelecia claramente o tema, os objetivos e os recursos (sonoros, ilustrativos, multimídia) que seriam utilizados;
- c) público-alvo: as estratégias deveriam ser adequadas (temas, objetivos e recursos) ao público-alvo da reunião, dentro da realidade de cada

comunidade. Os participantes deveriam estar esclarecidos previamente sobre o motivo da reunião e os temas que seriam discutidos;

- d) as reuniões foram marcadas conforme a disponibilidade de horário da maioria dos moradores locais;
- e) conforto: o local deveria ser bem iluminado, temperatura ambiente agradável, sem muito barulho externo;
- f) quando foi possível oferecer um lanche, este era preparado com antecedência por voluntários;
- g) ao mesmo tempo, evitou-se a realização de palestras com conteúdos não compreensíveis, não foram utilizadas propagandas nem textos em linguagem fora do universo dos participantes e da realidade local. Evitou-se a imposição de conceitos e a distribuição de brindes, o que fortaleceria o modelo de abordagem assistencialista, totalmente fora do objetivo deste estudo.

Na data da reunião, a equipe que a conduziria chegava antes para preparar o local. A cada encontro eram discutidas com o grupo quais as melhores formas de divulgação do projeto e sobre como convidar mais pessoas para a reunião ou para visitar as Mídias Sociais desenvolvidas para o projeto.

As reuniões tinham uma duração média de 1 hora e 30 minutos a 2 horas.

4.5.1 Material necessário

O projeto tinha para elaboração dos materiais e uso nas reuniões:

- a) um *laptop*;
- b) uma máquina fotográfica;
- c) uma filmadora;
- d) um “modem” para captação de sinal de internet;
- e) folhetos, camisetas (para identificação dos coordenadores) e bonés;
- f) em duas comunidades foi utilizado o “televisor de papelão” para repassar os conteúdos. O televisor de papelão é um meio simples e barato de transmitir uma mensagem. A técnica consiste em utilizar uma caixa de papelão com um recorte retangular frontal e um rolo de papel preso entre

duas varetas. No papel, que vai girando entre as duas varetas, está o conteúdo a ser apresentado.

4.6 METODOLOGIA DAS REUNIÕES

Utilizando uma linguagem de fácil compreensão, os objetivos da reunião eram apresentados e o tempo proposto combinado. Se a equipe escolhia utilizar na reunião algum recurso multimídia ou uma das técnicas de comunicação popular, estas eram utilizadas como apoio ou ponto de partida para maiores informações. Todos os questionamentos e sugestões eram anotados para serem analisados e para que fosse dado retorno, se não fosse possível responder de imediato. Desta forma, o compromisso da equipe com as dúvidas e decisões do grupo era demonstrado. O tempo da reunião era controlado para que houvesse tempo para as propostas práticas.

O coordenador da reunião tinha o papel de motivar a participação de todos, empolgar, suscitar a participação, fazendo o papel de mediador, elo, entre todos os participantes e os conteúdos propostos para a reunião. No final, uma rápida avaliação com o grupo ajudava a aprimorar as técnicas e corrigir as falhas para as próximas reuniões.

4.6.1 Técnicas de comunicação utilizadas nas reuniões

Recursos e técnicas de comunicação popular foram utilizados para passar aos participantes das reuniões orientações sobre o DM1, além de noções de direitos e cidadania. Foram priorizados também temas como leitura crítica dos Meios de Comunicação Social e análise de notícias sobre o DM1 em diferentes Meios.

4.6.2 Rodas de conversa

Nas Rodas de Conversa discutiram-se assuntos de interesse geral das comunidades, dentro do âmbito proposto pelo projeto. Nelas, todos tiveram a liberdade de demonstrar suas opiniões e sentimentos.

4.6.3 Aprender com a comunidade

Nas duas primeiras reuniões percebeu-se que algo não ia bem. As pessoas atenderam ao convite, estavam na reunião, ouviam atentas as colocações do pesquisador e dos líderes locais, mas a interação não era a desejada. Onde estava o problema? Como sugerido pelos líderes locais, os primeiros temas abordados eram obesidade, alimentação saudável e importância da atividade física. Contudo, percebeu-se que esse não era o caminho mais adequado para se ter uma interação e troca de experiências eficazes. Era preciso ouvir a comunidade!

4.6.4 A voz da comunidade

Como falar de obesidade para um grupo onde a maioria das pessoas está com sobrepeso? Só pelas respostas era possível perceber a delicadeza com que tais questões deveriam ser tratadas. Nenhuma mãe, em nenhum momento, se referiu ao filho/filha como obeso ou acima do peso, mas sempre como “fortinho”. Então, ao ser perguntado, as comunidades optaram que fosse feita uma enquete popular, para que todos pudessem falar livremente sobre os temas. Entretanto, antes da enquete popular, as comunidades relataram suas opiniões e questionamentos, que foram anotados pelo pesquisador, e transcritos abaixo.

- notícias sobre saúde corporal, especialmente com temas sobre obesidade e prática de atividade física, que efeitos provocam na população? Por que os casos de obesidade só aumentam, mesmo com tanta informação dos meios de comunicação? Como é que essas informações se convertem em conhecimento prático ou não se convertem?;
- a obesidade apresenta-se como um grave problema de saúde pública no contexto atual, podendo ser caracterizada como uma epidemia mundial. mudanças de hábitos de vida, de alimentação, prática de exercícios físicos, como se dá isso na vida concreta de uma comunidade?;
- naquela área geográfica específica – Setor Noroeste da Região Metropolitana de Curitiba - foram dadas algumas palestras sobre a prevenção da obesidade e incentivo à mudança de hábitos alimentares e prática de exercícios físicos. O que mudou? O que a comunidade relatou?
- ‘quem disse que nós queremos ouvir sobre isso? Não perguntam antes’. Como o assunto é falado? Normalmente, nas campanhas, o tom é sempre imperativo. ‘Não fume! Faça o pré-natal! A obesidade mata! Mexa-se! É mais ordem do que convite’. Os membros da comunidade também relataram a linguagem inadequada e também o modo como o palestrante se colocava diante do público. ‘a pessoa fala, mostra o que sabe. Não pergunta o que a comunidade sabe’. A comunicação vertical. ‘Eles apresentam propostas de dietas, de exercícios, de mudança de hábitos fora do padrão de vida e da realidade das pessoas daqui’. ‘Geralmente eles são de fora da comunidade e não há continuidade no trabalho’.

Quando entrou em discussão o assunto “peso”, a participação aumentou. Todos queriam falar. “O peso, o que se esconde aí? Não se deve parar no peso, em olhar só os números”. Alguém perguntou: “Será que somos um país de famintos? Porque temos Programa Fome Zero e até Ministério de Combate à Fome”. Por outro lado, muitos pais levantaram a questão de “quando comer é uma conquista!”, em alusão a uma infância em que eles passaram fome. Por isso, não queriam o mesmo para seus filhos e aí “fartura”, comer muito, significava um ganho, uma vitória social. Era visível que a comunidade não via a obesidade como doença.

Com relação à atividade física, a discussão girava em torno de falta de vontade, de perseverança e crenças. Crenças para atividade física: Criança = sinônimo de bagunça; Jovem = tem vontade, mas não tem oportunidade; Adulto = acha que exercício “mata” do coração; Idoso = já não tem mais idade para isso. Quanto à mudança de hábitos alimentares, as comunidades relataram que muitos recebiam cesta básica e consumiam os alimentos ali disponíveis. As pessoas também relataram que em muitas palestras, eram indicados o consumo de alimentos (com alguns tipos de queijos) que não faziam parte da realidade de quem tem os produtos da cesta básica como padrão alimentar.

A enquete popular questionou esses temas. Essa enquete foi presencial e 198 pessoas participaram.

4.6.5 Uma nova prática

Ouvir as comunidades, seus questionamentos e opiniões, assinalou o rumo das futuras reuniões. Os temas mais específicos desse projeto, Meios de Comunicação e DM1, foram incorporados às reuniões. Outra enquete popular sobre DM1 e Meios de Comunicação Social foi realizada, participaram 256 pessoas, sendo 78 portadores de DM1. Essa enquete foi realizada de forma presencial e via eletrônica.

4.6.6 Um jeito novo e positivo

O “*slogan*” - apresentado nas reuniões e demais ferramentas do projeto, impressos e Internet, “Um jeito novo e positivo de encarar o Diabetes Tipo 1” - foi elaborado a partir das conversas realizadas nas primeiras reuniões presenciais. No

início o “tom” das reuniões era sempre de lamentação, reclamação, muito negativo. As pessoas expunham uma visão muito pessimista da doença, de suas vidas e de como o DM1 impactou de modo negativo o cotidiano de pacientes e famílias. Em diálogos francos, questionou-se o que tal atitude poderia melhorar a qualidade de vida das pessoas, dentro de uma perspectiva tão negativa? Era necessário uma mudança de ponto de vista. Ficou decidido, então, que para três reclamações, era necessário encontrar cinco razões positivas, o que deu certo. Foi daí que surgiu esse “jeito novo e positivo de encarar o Diabetes Tipo 1”. Pessoas e famílias passaram, não a viver na ilusão de uma realidade falsa ou de um otimismo sem concretude, mas mudaram o seu modo de encarar o tratamento, aumentando a disposição em fazê-lo seriamente; passaram a agradecer a oportunidade de ter meios de tratamento que lhes garantissem uma certa qualidade de vida; passaram a ver que existe futuro e modos mais emocionalmente saudáveis de se conviver com o DM1.

4.7 O PROJETO NA INTERNET

As ferramentas que utilizam Internet foram escolhidas para o projeto por votação popular. Como a maioria dos participantes acessava as Redes Sociais via telefone celular, o site deveria ser também acessível para dispositivos móveis e não só desktop. Uma página no *Facebook* também foi aprovada e um *blog*. Foi feito um *Twitter* para o projeto, mas se mostrou ineficiente para aquele público. Ferramentas que utilizam quase que exclusivamente fotos como Instagram não foram aceitas, pela própria exigência de manutenção do anonimato.

O pesquisador elaborou o site e arcou com as despesas de aquisição de domínio e de manutenção de servidor (taxas anuais) para que o site e o *blog* se mantivessem ativos na *Internet*. O pesquisador gerencia a página, o *Twitter* e o correio eletrônico vinculado ao projeto. A elaboração de textos, vídeos e outros materiais específicos para o projeto foram realizados pelo pesquisador seguindo sugestões dos grupos. Recentemente foi criado um grupo do projeto no *whatsApp*, através do qual se reforçou o contato com as bases.

4.7.1 Dados dos internautas

O estudo ganhou força com a presença nas Redes Sociais. A coleta de dados científicos pela Internet varia de acordo com as contribuições que cada ferramenta utilizada poderá proporcionar. Esses estudos científicos fundamentados na Internet são denominados de Ambiente Virtual de Pesquisa (AVP). O conteúdo colhido vem da interatividade com os próprios internautas, todos anônimos ou com pseudônimos, durante o processo de estudo.

Em relação ao uso da Internet e das ferramentas do Projeto, a população mais jovem foi quem mais aderiu à proposta. Esse demonstrativo etário deve-se à possível relação distinta de familiaridade com a Internet e uso intensivo que a geração mais jovem possui com as novas tecnologias de informação e comunicação.

Dos 537 participantes das comunidades físicas nos municípios, 48 pessoas declararam nunca ter acessado a Internet (outubro de 2015). Quatrocentos e oitenta e nove pessoas declararam já ter acessado a Internet ao menos uma vez, ou via computador ou via telefonia celular ou ainda *tablet* com conexão *wifi*. Desses 489 sujeitos, 405 estavam abaixo dos 50 anos e 246 abaixo de 35 anos.

TABELA 5 — POPULAÇÃO DOS USUÁRIOS DE INTERNET E DAS FERRAMENTAS DO PROJETO

	População	Abaixo de 50 anos	Abaixo de 35 anos
Participantes das comunidades físicas nos municípios	537		
Declararam nunca ter acessado a Internet	48		
Declararam já ter acessado a Internet ao menos uma vez	489	405	246

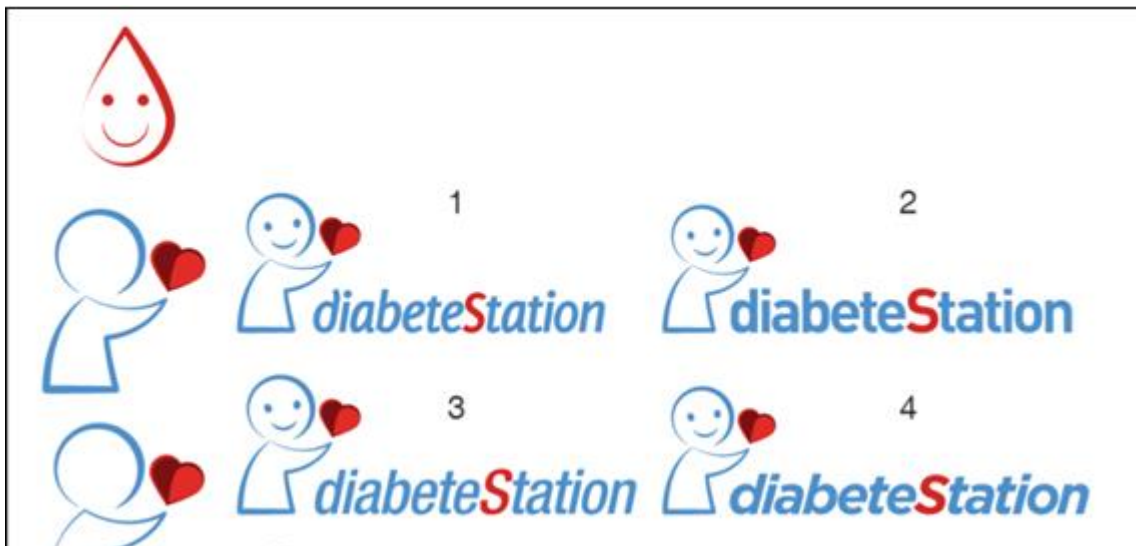
FONTE: DADOS COLETADOS PELO PESQUISADOR 2015-2016.

4.8 MARCA E “PEÇAS” DE IDENTIFICAÇÃO

Para que o Projeto tivesse uma identificação, por sugestão das comunidades, foram criadas uma marca e outros símbolos de identificação, como a gotinha e os “bonecos” com acessórios. A escolha foi por votação dos participantes das reuniões. A solicitação maior foi de que não houvesse “seringas”, mas “sorrisos”, na linguagem deles “uma carinha feliz”. Algumas amostras foram feitas e as

comunidades escolheram, assim como o nome do projeto. O boneco ganhou traços infantis e tinha o corpo “vazado” para, nas reuniões, serem impressos e as crianças pintarem. Duas gotinhas de sangue formariam um coração. Escolha das mães: duas gotas, uma da mãe e a outra do filho diabético, se unem em um só coração. Os adolescentes e jovens acrescentaram elementos para novas versões do boneco. Uma gotinha de sangue “feliz” seria usada para recados e sinais de alerta.

FIGURA 14 — EXEMPLO DE MODELOS PARA VOTAÇÃO NAS COMUNIDADES



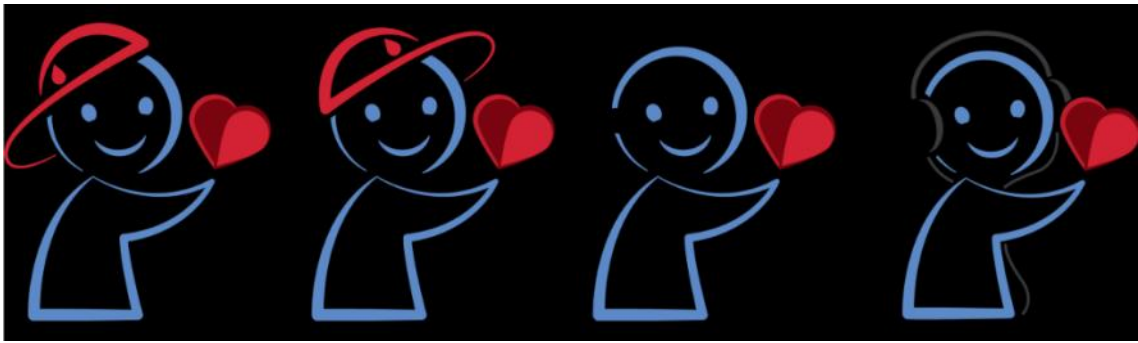
FONTE: ATIVIDADE CONJUNTA DOS GRUPOS VISITADOS, 2015.

FIGURA 15 — MARCA DO PROJETO



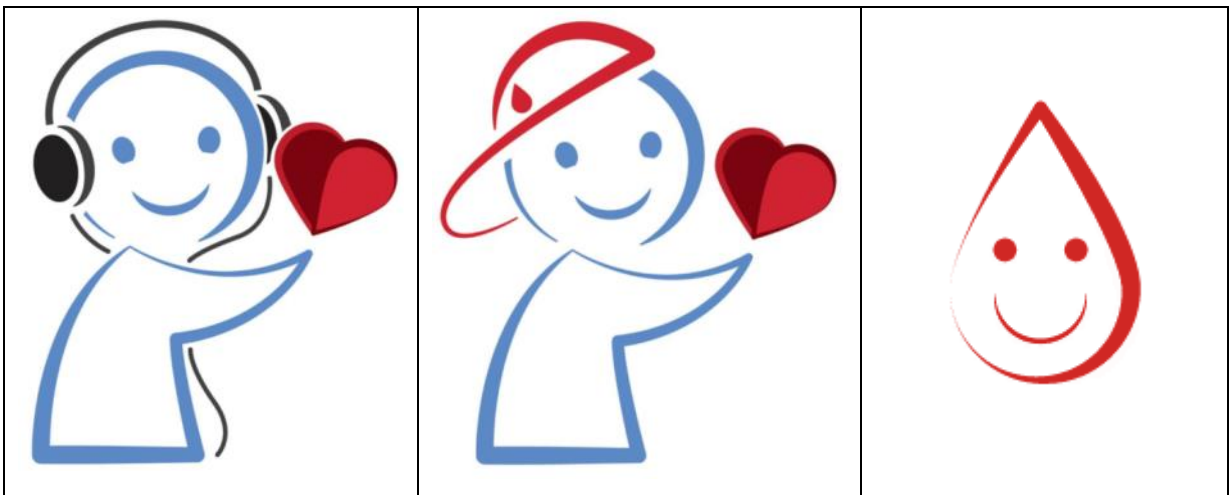
FONTE: ELABORAÇÃO DO PESQUISADOR, 2015.

FIGURA 16 — VERSÕES ALTERNATIVAS



FONTE: ELABORAÇÃO DO PESQUISADOR, 2015.

FIGURA 17 — FIGURAS ALTERNATIVAS DA MARCA PARA USO NO PROJETO



FONTE: FONTE: ELABORAÇÃO DO PESQUISADOR, 2015

4.8.1 Peças de identificação do Projeto

Para criar uma identidade para quem trabalhava com o Projeto - pesquisador e voluntários - foram confeccionados bonés e camisetas, com a mesma marca utilizada em outras ferramentas.

FIGURA 18 — BONÉ E CAMISETAS – DIABETESTATION



FONTE: CONFECÇÃO ARTESANAL, 2016.

4.8.2 Folheto

Para divulgar o Projeto e os endereços eletrônicos nas comunidades e outros bairros, foram impressos 10.000 folhetos, no formato 10X15 cm, 4 cores.

FIGURA 18 — FRENTE E VERSO DO IMPRESSO



FONTE: IMPRESSÃO "AGRÁFICA", 2016.

FIGURA 19 — IMPRESSOS QUE FORAM DISTRIBUÍDOS



FONTE: IMPRESSÃO "AGRÁFICA", 2016.

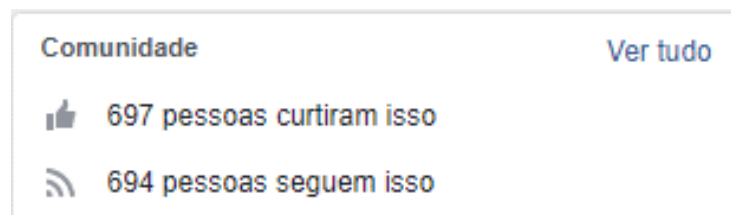
4.9 PÁGINA DO FACEBOOK

O projeto mantém ativa uma página no *Facebook*, no endereço eletrônico <<https://www.facebook.com/DiabeteStation>>.

A página foi composta com a marca e o mesmo “design” que caracteriza o Projeto “DiabeteStation”, para uma melhor identificação do mesmo pelas comunidades.

A página tem 694 seguidores fixos e uma média de 697 “curtidas” a cada postagem. Quanto aos dados dessa comunidade, captados das estatísticas da página, os números são mostrados nas FIGURA 20 a FIGURA 26.

FIGURA 20 — CURTIDAS E SEGUIDORES



FONTE: FACEBOOK (2017).

FIGURA 21 — SEGUIDORES DA PÁGINA



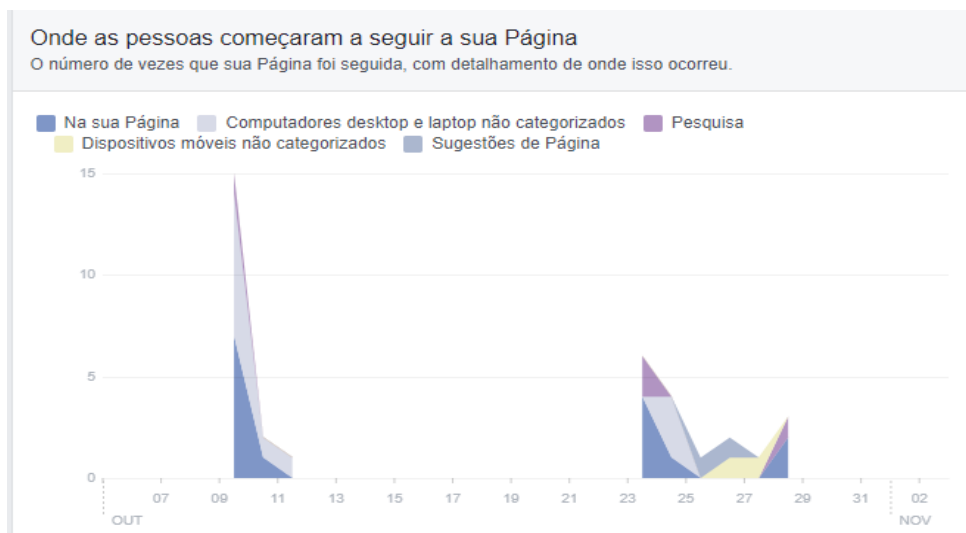
FONTE: FACEBOOK (2017)

FIGURA 22 — CAPA DA PÁGINA



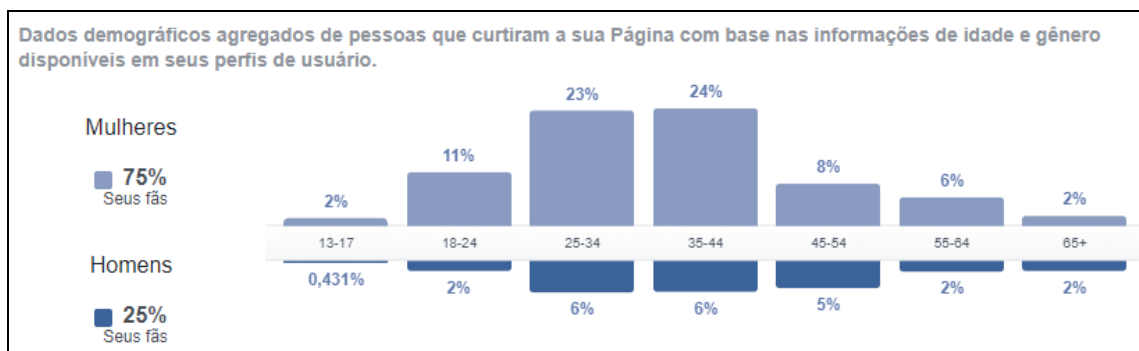
FONTE: FACEBOOK (2017).

FIGURA 23 — CAPTAÇÃO DE SEGUIDORES



FONTE: FACEBOOK (2017).

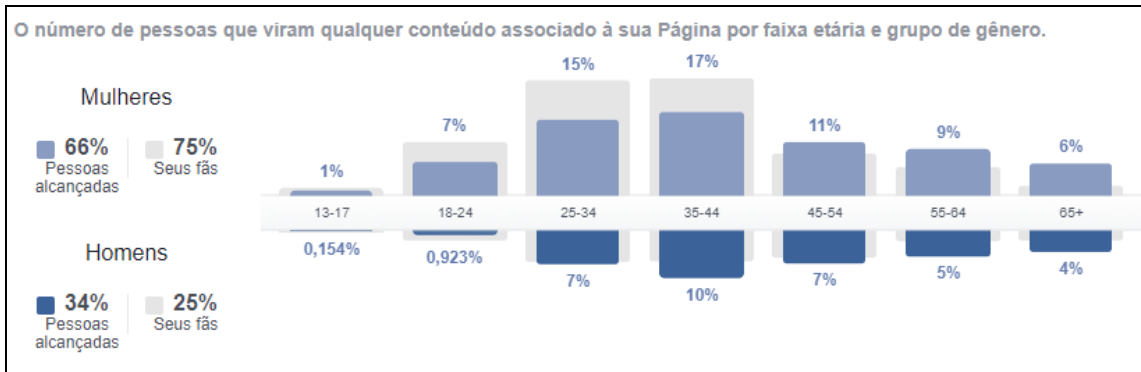
FIGURA 24 — DADOS DEMOGRÁFICOS DOS FANS



FONTE: FACEBOOK (2017).

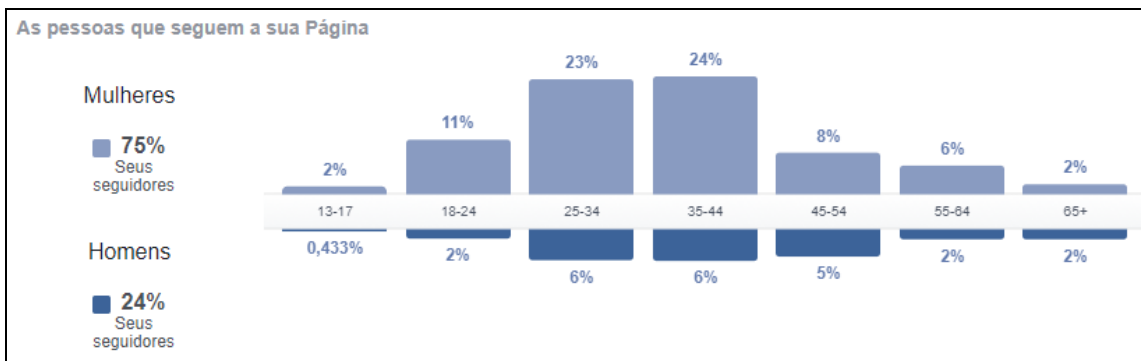
Os “fans” da página do Projeto são: 523 do Brasil e 171 do exterior. 121 são da RMC. 514 falam português (do Brasil). Os demais são de outras localidades e falam outros idiomas, conforme anexo 3.

FIGURA 25 — PESSOAS ALCANÇADAS



FONTE: FACEBOOK (2017).

FIGURA 26 — DADOS DOS SEGUIDORES



FONTE: FACEBOOK (2017).

4.10 AVALIAÇÕES DA PÁGINA

Dezenove pessoas avaliaram a página, sendo 16 com 5 estrelas.

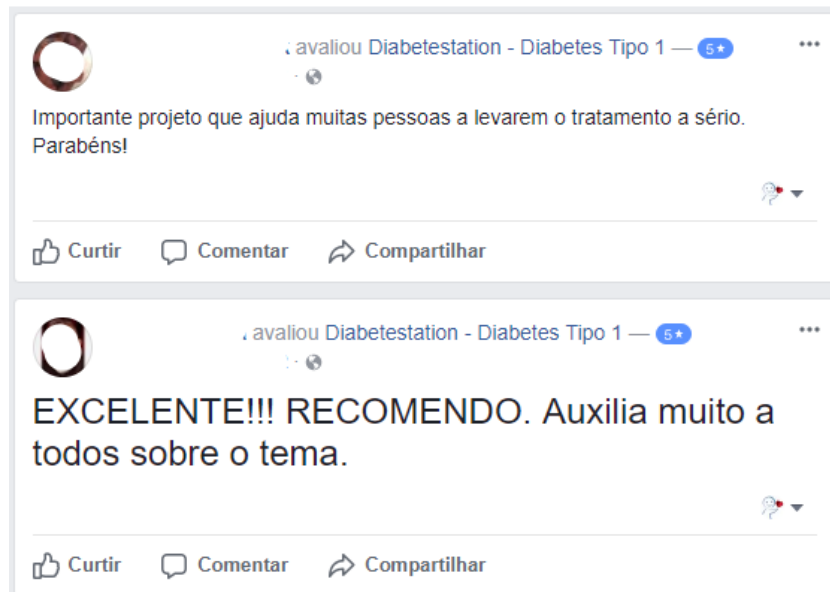
FIGURA 27 — AVALIAÇÕES DA PÁGINA



FONTE: FACEBOOK (2017).

4.10.1 Exemplos de comentários nas avaliações:

FIGURA 29 — COMENTÁRIOS



FONTE: FACEBOOK (2017).

4.10.2 Mensagens enviadas à Página

Várias pessoas enviam perguntas e mensagens à página do Projeto. Quando as perguntas referem-se às dúvidas sobre tratamentos, sempre são indicados os Serviços de Saúde. Outros solicitavam ajuda para apoiar ou divulgar projetos sobre o DM1, outros queriam contar sua história ou apenas enviar uma saudação.

4.11 SITE “DIABETESTATION”

Um *site* foi criado especificamente para o projeto, no intuito de veicular informações sobre o DM1. Em conversa na comunidade, os jovens sugeriram que o *site* tivesse uma página de rosto que não tivesse seringas, médicos, coleta de sangue, nem aplicação de insulina, que, segundo eles, estão presentes na página de abertura da maioria dos *sites* sobre DM1 que eles acessam. Sugeriram, então, algo com *skate*. Perguntada a razão, os depoimentos narraram o medo que muitos pais e familiares tinham com relação à prática de atividade física ou “brincadeiras de rua” pelos portadores de DM1, especialmente o *skate*, porque “era muito fácil de cair

e se machucar”. Assim como foi sugerido, o pesquisador procurou elaborar um *site* que se aproximasse o mais possível das expectativas do grupo. Dentro do *site*, também foi criado um *blog*. O *site* está disponível no endereço eletrônico: <<http://www.diabetestation.com> e o *blog* no endereço eletrônico: <<https://www.diabetestation.com/blog>>

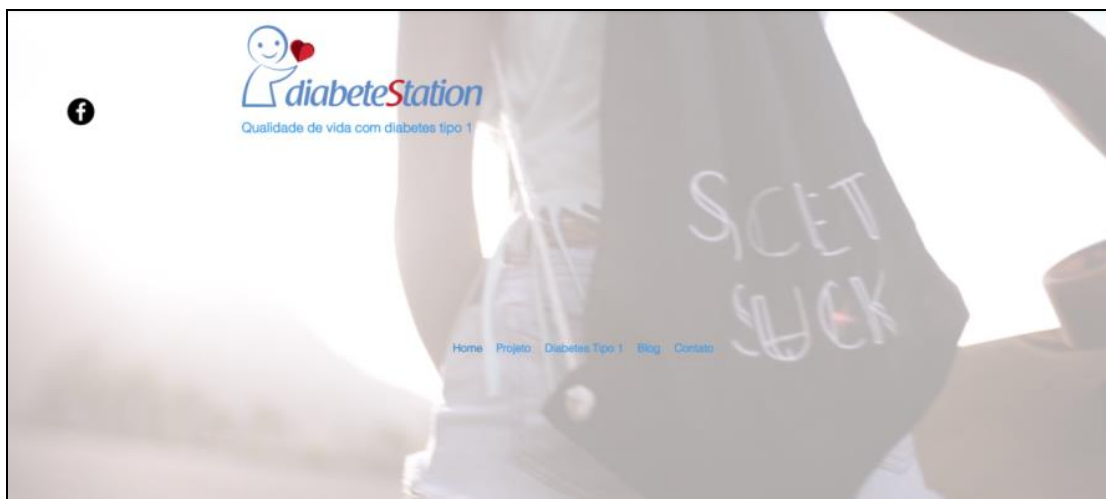
Tanto o *site* como o *blog* podem ser acessados em computadores de mesa, tipo *desktop*, e dispositivos móveis.

Tanto no *site*, como em outras ferramentas do Projeto, o alerta para a busca de orientação no Serviço de Saúde era visível:

AS INFORMAÇÕES E SUGESTÕES CONTIDAS NESTE *SITE* TÊM CARÁTER MERAMENTE INFORMATIVO. ELAS NÃO SUBSTITUEM O ACONSELHAMENTO E ACOMPANHAMENTO DE MÉDICOS, NUTRICIONISTAS, PSICÓLOGOS, PROFISSIONAIS DE EDUCAÇÃO FÍSICA E OUTROS ESPECIALISTAS E PROFISSIONAIS DA ÁREA SOBRE O DIABETES MELLITUS TIPO 1. NÃO DEIXE DE CONSULTAR O SERVIÇO DE SAÚDE. (DIABETESTATION, 2017)

4.11.1 Página de rosto do *site*

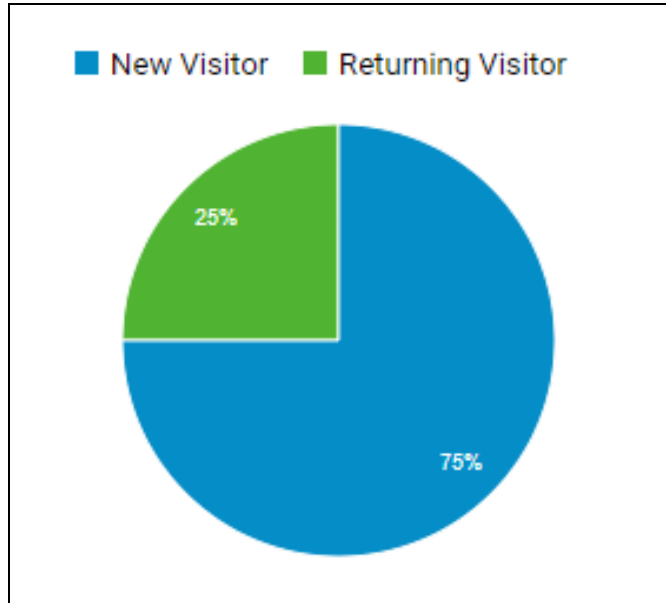
FIGURA 28 — PÁGINA DE ROSTO



FONTE: *SITE* DIABETESTATION (2017).

4.11.2 Visitantes do *site* (desde que foi criado)

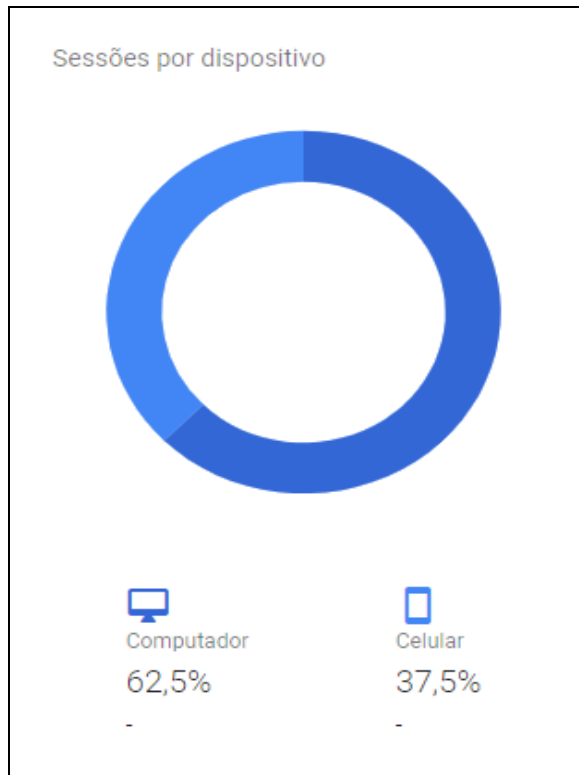
GRÁFICO 3 — PORCENTAGEM DE VISITANTES DO *SITE*



FONTE: *SITE* DIABETESTATION, 2017.

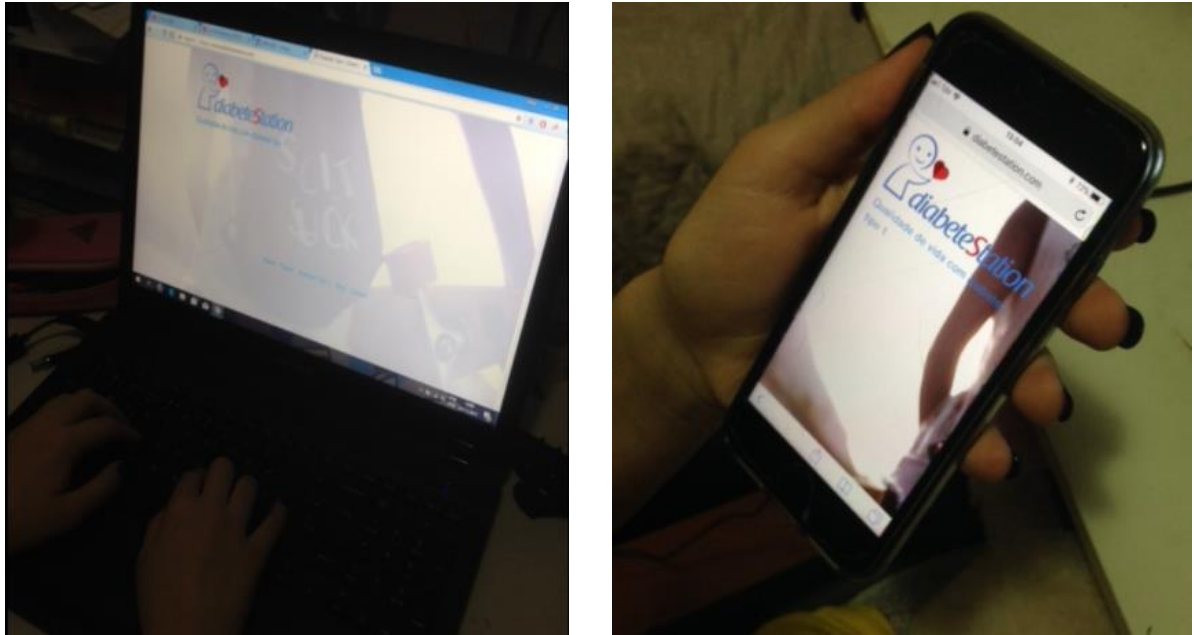
4.11.3 Tipo de acesso

GRÁFICO 4 — TIPO DE ACESSO



FONTE: *SITE* DIABETESTATION, 2017.

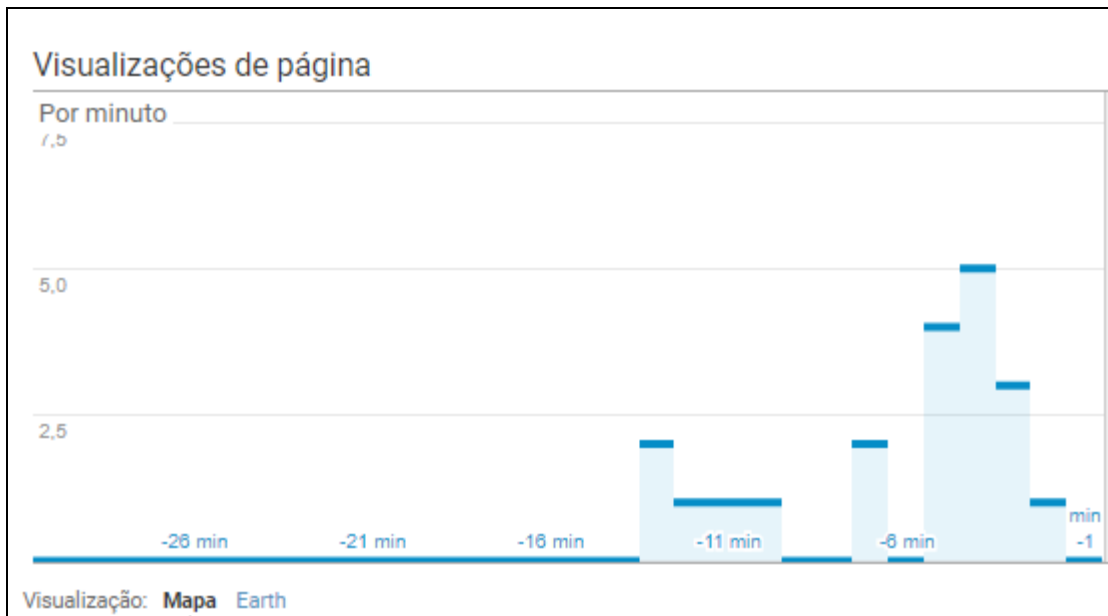
FIGURA 29 — DISPOSITIVOS DE ACESSO



FONTE: ACESSO DO SITE POR NOTEBOOK E SMARTPHONE, 2017.

4.11.4 Visualizações

GRÁFICO 5 — VISUALIZAÇÕES



FONTE: SITE DIABETESTATION (2017).

4.11.5 Tipo de navegador

GRÁFICO 6 — TIPOS DE NAVEGADORES

Navegador	Usuários	Porcentagem do Usuários
1. Chrome	4	66,67%
2. Safari	2	33,33%

FONTE: SITE DIABETESTATION (2017).

4.11.6 Idiomas

GRÁFICO 7 — IDIOMAS

Idioma	Usuários	Porcentagem do Usuários
1. pt-br	5	83,33%
2. en-us	1	16,67%

FONTE: SITE DIABETESTATION (2017).

4.11.7 País

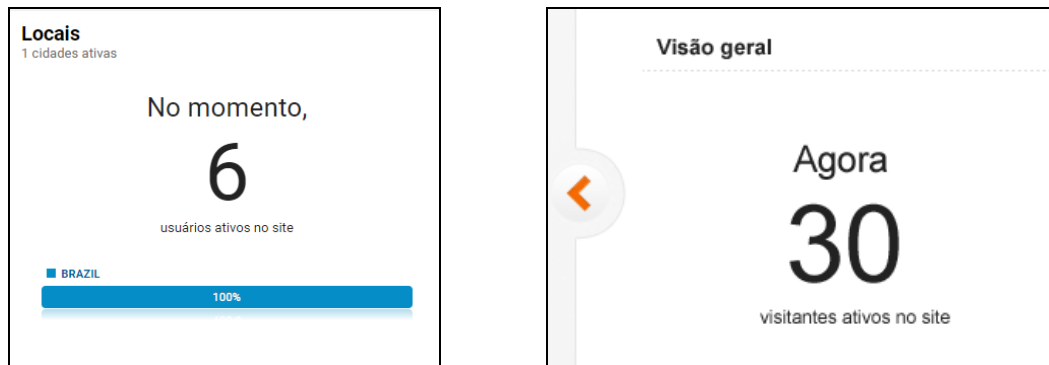
GRÁFICO 8 — SESSÕES POR PAÍS



FONTE: SITE DIABETESTATION (2017).

Número de visitantes em duas capturas feitas na mesma semana (quarta-feira e domingo), mesmo horário

GRÁFICO 9 — NÚMERO DE VISITANTES



FONTE: SITE DIABETESTATION (2017).

4.11.8 “Twitter”

O projeto “DiabeteStation” também tem uma conta ativa no *Twitter*. Contudo, essa ferramenta não se mostrou efetiva. O endereço eletrônico é: <https://twitter.com/DiabeteStation>

FIGURA 30 — CAPTURA PÁGINA INICIAL DO TWITTER



FONTE: TWITTER DIABETESTATION (2017).

Os participantes do grupo não utilizam e nem se identificaram com essa ferramenta. A preferência da população do estudo recaiu sobre o *Facebook* e visitas ao *site*, que, em média, são de 15 por dia.

4.12 ENQUETES POPULARES

Ao longo do período de estudo, devido principalmente à necessidade dos grupos manifestarem suas opiniões, foram feitas duas enquetes populares, com perguntas sugeridas pelas próprias comunidades. Não foram questionários validados, mas um levantamento de opiniões de modo informal. As perguntas eram propostas pelos grupos. As enquetes se mostraram um válido instrumento para captar dados sobre o DM1 em meio à população visitada e também aquela virtual, já que em uma reunião, nem todos participam expondo suas opiniões. Além disso, servia de temas para as Rodas de Conversa. O anonimato das enquetes populares permitiu uma maior liberdade de expressão em relação aos temas perguntados.

4.12.1 Primeira enquete

A primeira enquete tratou sobre “A importância da interação com a comunidade sobre temas de saúde corporal”. Devido à dificuldade de conversar abertamente sobre obesidade, alimentação saudável e atividade física, após a apresentação das respostas advindas dessa enquete, as Rodas de Conversa, pautadas nos resultados apresentados aos grupos, com as opiniões das pessoas das comunidades, fluíram de maneira mais espontânea. A participação nas enquetes era de livre escolha e o caráter de anonimato foi rigorosamente mantido. O elenco de respostas da enquete foi elaborado a partir das citações dos participantes, por exemplo, 6 pessoas disseram frequentar academia para fazer exercícios físicos. Qualquer pessoa poderia responder a enquete, caso desejasse. As perguntas foram colocadas em lugares isolados (nos locais de reuniões). Quem quisesse poderia responder as perguntas. De 537 participantes das reuniões, 198 responderam a enquete abaixo. Essa enquete foi feita apenas para as pessoas das comunidades físicas (QUADRO 9).

QUADRO 9 — PRIMEIRA ENQUETE

RESULTADO
1) Participantes: 198
2) Sexo: Feminino: 123

RESULTADO
<p>Masculino: 75</p> <p>3) Idade: Mais jovem: 13 anos Mais velho: 78 anos Média de idade: 41 anos</p> <p>4) Você acha que está: Com peso normal = 54 Com sobrepeso = 93 Acima do peso = 51</p> <p>5) Você pratica alguma atividade física? Sim = 43 Não = 155</p> <p>6) Se sim, que tipo de atividade física você pratica? (43 responderam) Caminhada = 23 Futebol = 10 Bicicleta = 4 Academia = 6</p> <p>7) Você já leu ou ouviu alguma notícia sobre obesidade, atividade física ou diabetes Tipo 1? Sim = 198 Não = 0</p> <p>8) Você colocou em prática no seu dia a dia o que você ouviu nas notícias? Sim = 23 Não = 175</p> <p>9) Se não, por que não? Falta de tempo = 83 Falta de vontade = 11 Preguiça = 8 Falta de local/espço apropriado e seguro = 47 Falta de condições econômicas = 34 Falta de motivação = 15</p> <p>10) Você compreende tudo o que é falado nas notícias sobre esses temas? Sim = 39 Não = 159</p> <p>11) Você sabe sobre as doenças que estão relacionadas à obesidade? Sim = 170 Não = 28</p>

RESULTADO
<p>12) Você tem filhos que estão acima do peso? Sim = 47 Não = 151</p>
<p>13) Você se preocupa com isso? Sim = 171 Não = 27</p>
<p>14) Você tem vontade de mudar seus hábitos alimentares e praticar exercícios físicos? Sim = 195 Não = 3</p>
<p>15) Você, ou seus filhos que estão acima do peso, já consultaram alguma vez com o médico endocrinologista? Sim = 7 Não = 191</p>
<p>16) Você sabe que doenças trata um médico endocrinologista? Sim = 12 Não = 186</p>

FONTE: AUTOR (2017).

A partir dessas respostas, já que essa enquete ocorreu bem no início do processo de reuniões e acompanhamento das comunidades (2015), foi possível traçar um roteiro de trabalho para as reuniões e Rodas de Conversas seguintes. Os temas abordados incluíam orientações sobre as dúvidas, desconhecimentos e preocupações relatadas.

4.12.2 Segunda enquete

Com as comunidades físicas já mais acostumadas aos temas e debates propostos, foi sugerida a realização de uma segunda enquete popular. O significativo trabalho realizado após os resultados da primeira enquete, que facilitaram o diálogo, a interação e o roteiro para as reuniões, assinalou que uma segunda enquete mais específica sobre DM1 e Meios de Comunicação seria interessante para nortear novos diálogos e troca de experiências. Dessa vez, a enquete poderia também contar com a participação de internautas, já que as ferramentas virtuais já estavam melhor consolidadas.

Nessa enquete participaram, de modo livre e anônimo, 256 pessoas, sendo 78 portadores de DM1 que responderam algumas perguntas a mais que os não portadores de DM1. Um meio de resposta foi também a utilização do grupo formado no *whatsapp*. doze pessoas responderam por esse grupo (QUADRO 10).

QUADRO 10 — SEGUNDA ENQUETE

RESULTADO
<p>1) Sexo a) Masculino = 53 b) Feminino = 203</p> <p>2) Idade a) menos de 20 anos = 12 b) entre 20 e 40 anos = 124 c) entre 40 e 60 anos = 98 d) mais de 60 anos = 22</p> <p>3) Você costuma se informar sobre saúde através dos Meios de Comunicação? a) sim = 229 b) não = 27</p> <p>Se sim, por qual meio você recebe essas informações? (229 responderam) a) jornal impresso = 18 b) revistas = 12 c) rádio = 59 d) livros = 7 e) Internet = 127 f) outros = 6</p> <p>5) Você acredita nas informações? (229 responderam) a) Sim, totalmente = 28 b) Quase sempre = 52 c) De vez em quando = 96 d) Com desconfiança = 34 e) Quase nada = 11 f) Não = 8</p> <p>6) Se você tem acesso à Internet, você pesquisa na Rede antes ou depois de uma consulta médica? a) Sim, antes = 58 b) Sim, depois = 51 c) Sim, antes e depois = 116 d) Não = 31</p>

RESULTADO

<p>7) Se sim, por quê? (225 responderam)</p>

- | |
|--|
| <p>a) Quero saber antes sobre o meu problema para ver o que o médico vai dizer = 78</p> <p>b) Quero saber mais sobre o que o médico falou na consulta = 125</p> <p>c) Desconfio do que o médico falou e quero checar = 9</p> <p>d) Não acreditei no médico e por isso vou pesquisar na Internet = 7</p> <p>e) outros = 6</p> |
|--|

<p>8) Você costuma seguir as orientações dos Meios de Comunicação em caso de receitas, dicas e orientações sobre saúde?</p>
--

- | |
|--|
| <p>a) Sim = 195</p> <p>b) Não = 61</p> |
|--|

<p>9) Se sim, por quê? (195 responderam)</p>

- | |
|--|
| <p>a) Acredito que muitas dicas podem ajudar sem precisar de tratamento médico = 91</p> <p>b) Prefiro a automedicação = 8</p> <p>c) Gosto de tratamentos naturais = 59</p> <p>d) Entendo melhor as explicações = 32</p> <p>e) outros = 5</p> |
|--|

<p>10) Você já tinha ouvido falar sobre o Diabetes Tipo 1?</p>

- | |
|--|
| <p>a) Não = 41</p> <p>b) Só sobre diabetes em geral = 92</p> <p>c) Sim, muito = 85</p> <p>d) Sim, bem pouco = 38</p> |
|--|

<p>11) Você ouviu através de que Meios? (215 responderam)</p>
--

- | |
|---|
| <p>a) No serviço de saúde = 72</p> <p>b) Através de reportagens na TV, rádio ou jornal = 37</p> <p>c) Na Internet = 89</p> <p>d) Através de família ou amigos = 16</p> <p>e) Outros = 1</p> |
|---|

<p>12) Você tem Diabetes Tipo 1?</p>

- | |
|---|
| <p>a) Sim, eu tenho a doença = 78</p> <p>b) Não, não tenho a doença = 174</p> <p>c) Prefiro não responder = 4</p> |
|---|

<p>13) Se você tem Diabetes Tipo 1, na sua opinião os Meios de Comunicação influenciam você e sua conduta em relação à doença? (78 responderam)</p>
--

- | |
|---------------------------------------|
| <p>a) Sim = 51</p> <p>b) Não = 27</p> |
|---------------------------------------|

<p>14) Se sim, como os Meios de Comunicação influenciam você? (51 responderam)</p>

- | |
|--|
| <p>a) Informam sobre as novidades nas pesquisas sobre tratamentos e a cura = 9</p> <p>b) Informam sobre alimentação, exercício físico, medicamentos = 11</p> <p>c) Possibilita conhecer pessoas que têm o mesmo problema = 6</p> |
|--|

RESULTADO

- d) Ajuda a criar mais consciência sobre a importância de fazer certo o tratamento = 17
 e) Permite maior liberdade de expressão, especialmente nas Redes Sociais = 5
 f) Ajuda na mudança de hábitos = 3

15) Você acha que os Meios de Comunicação abordam de modo satisfatório o Diabetes Tipo 1? (256 responderam)

- a) Sim = 32
 b) Muito pouco, é difícil ver uma notícia sobre o Diabetes tipo 1 = 141
 c) Não = 83

16) Seria importante para você, que tem Diabetes Tipo 1, ver mais notícias sobre o Diabetes Tipo 1 nos Meios de Comunicação de modo geral? (78 responderam)

- a) Sim, seria ótimo = 9
 b) Sim, mas que fossem confiáveis = 53
 c) Não faria diferença para mim = 5
 d) Não me interessa em ler sobre isso = 3
 e) Sim, mas eu acho muito difícil. Só falam do Diabetes Tipo 2 = 8

17) Na sua opinião o Projeto “DiabeteStation” colaborou para aumentar o seu conhecimento sobre o Diabetes Tipo 1: (256 responderam)

- a) Sim = 254
 b) Não = 2

18) O que você mais gostou no Projeto “DiabeteStation”?

- a) A oportunidade de conversar sobre o diabetes tipo 1 livremente = 24
 b) Conhecer outras pessoas que passam pelo mesmo problema = 31
 c) O *Facebook* e o *site* do projeto = 84
 d) Participar das reuniões = 115
 e) Não gostei do Projeto = 2

19) Para quem é portador de Diabetes Tipo 1: em relação às notícias que aparecem nos Meios de Comunicação sobre o Diabetes Tipo 1, o projeto ajudou em alguma coisa? (78 responderam)

- a) Sim = 75
 b) Não = 3

20) Como ajudou? (75 responderam)

- a) Agora não acredito em tudo que leio ou ouço = 12
 b) Aprendi que antes de abandonar o tratamento e acreditar na propaganda de um chá ou de uma notícia que fala de alguma dica para curar o diabetes tipo 1, preciso conversar antes com o médico = 27
 c) Entendi que existem notícias falsas também para o Diabetes Tipo 1 = 6
 d) Agora sei que antes de compartilhar uma notícia, preciso ter certeza que é verdadeira = 11
 e) Aprendi que existem sites que falam sobre o Diabetes Tipo 1 que dá para confiar = 19

21) As atividades e informações do Projeto DiabeteStation ajudaram você em

RESULTADO
<p>relação ao seu tratamento? (78 responderam)</p> <p>a) Sim, muito = 63 b) Sim, um pouco = 12 c) Não = 3</p> <p>22) Se sim, como elas ajudaram você? (75 responderam)</p> <p>a) Entendi que preciso levar o tratamento de modo correto, como o médico falou = 19 b) Fiquei mais animado para me cuidar = 10 c) Gostei do jeito que falam do Diabetes Tipo 1, que não é uma sentença de morte, mas que dá para levar uma vida normal também = 11 d) Apesar de não gostar do tratamento, compreendi que ele é necessário e importante para minha saúde = 17 e) Minha mãe se convenceu de que a gente pode praticar esporte = 4 f) O Projeto me deu muita força para meu tratamento, porque eu não levava a sério = 9 g) Minha família compreendeu melhor a minha doença e parou de se sentir culpada e de ter pena de mim = 5</p> <p>23) Qual foi a melhor coisa que ficou para você desse Projeto? (75 responderam)</p> <p>a) A certeza de que eu não sou "uma doença", mas sou uma pessoa = 16 b) Minha família ficou amiga de outras famílias que têm filhos com diabetes tipo 1 = 6 c) Eu estava muito deprimido e tinha muita raiva por ter essa doença. Agora eu aceito melhor e sei que o tratamento é muito importante = 29 d) Eu aprendi a ficar mais atento sobre o Diabetes Tipo 1 e os Meios de Comunicação = 21 e) Não contribuiu em nada = 3</p>

FONTE: AUTOR (2017).

Após os resultados dessa segunda enquete ainda houve tempo para trabalhar algumas questões nas reuniões e também reforçou a necessidade da postagem mais constante de informações e mensagens positivas que pudessem apoiar os portadores de DM1 e suas famílias. Além disso, para aqueles que participaram das reuniões, mas não são portadores de DM1 ficou a consciência e o compromisso de ajudar a difundir nas comunidades os sinais de alerta, para que aqueles identificados com os sintomas procurassem o Serviço de Saúde o quanto antes para um correto diagnóstico. Outro compromisso assumido pelas comunidades foi o de dar apoio às pessoas da comunidade portadores de DM1 e suas famílias.

4.13 CAPACITAÇÃO

Para que o acompanhamento e a metodologia utilizados nas reuniões não parassem, antes e após a conclusão do estudo, voluntários de cada comunidade foram capacitados para multiplicação da metodologia utilizada. Atualmente, os voluntários continuam a aplicar as técnicas que se mostraram úteis não só nos temas desse projeto, mas também para se fazer um trabalho mais amplo nas comunidades, também com outros temas.

4.14 CIDADANIA

Durante o estudo, nas reuniões comunitárias e nos contatos via Internet, foi possível constatar que, se não houvesse participação de membros da comunidade nas políticas públicas, não haveria mudanças sociais significativas no âmbito da saúde. Assim, a equipe reforçou a importância da participação de membros das comunidades nos Conselhos Municipais de Saúde.

Esse projeto orientou, sobretudo, as pessoas da comunidade para a cidadania. Por isso, todos foram orientados a recorrer, em caso de necessidade, e quando a Secretaria de Saúde local não resolve a questão, ao Disque Saúde, do MS, ligando para 136. A ligação é gratuita e funciona 24 horas/dia. Além disso, os participantes receberam a orientação de como entrar em contato com a Ouvidoria do Ministério da Saúde para solicitar esclarecimentos e encaminhar sugestões.

5 DISCUSSÃO

5.1 COMPOSIÇÃO DA AMOSTRA

Levar comunidades carentes ao debate de temas sobre saúde se constitui em um grande aprendizado recíproco. O saber popular soma-se ao conhecimento científico não de forma vertical, mas dialogal, numa verdadeira troca de saberes e experiências. O objetivo maior era proporcionar um maior conhecimento sobre o DM1 nessas comunidades em vista, sobretudo, do diagnóstico precoce e do incentivo ao tratamento correto, quando diagnosticado o DM1. Constatou-se, no início do estudo, que o DM1 era um grande desconhecido das populações visitadas. Muitos se referiam ao Diabetes de modo geral e principalmente a conceitos culturalmente arraigados, como o de que o diabetes é uma doença crônica que afeta pessoas mais idosas. O diferencial desse estudo foi poder levar esse tema do DM1 para 21 comunidades, utilizando recursos dos Meios de Comunicação e ferramentas da Internet, para com isso abrir espaço para que as comunidades, a partir de então, tivessem um novo olhar sobre o diabetes e conhecessem os sintomas e sinais de alerta do DM1, que poderiam estar ocorrendo nesses locais, sem que as famílias se dessem conta, ajudando, assim, a prevenir os diagnósticos tardios.

O presente estudo foi realizado em comunidades localizadas na periferia de municípios da RMC, mais precisamente em bairros formados pelo êxodo rural e pela migração dos últimos 20 anos. O SUS é a referência destas comunidades para os cuidados com a saúde. Alguns moradores, incluindo um coordenador comunitário escolhido através de voto popular, se reúnem a intervalos regulares para discutir temas de relevância para a comunidade. Com isso, muitos moradores que atenderam ao convite para participar das reuniões já tinham o hábito de participar de outros momentos importantes da comunidade, como eventos pontuais ou rodas de conversas temáticas. Embora o tema “Meios de Comunicação e Diabetes Tipo 1”, inicialmente parecia estar fora do cotidiano das comunidades, no desenrolar do trabalho constatou-se um ganho importante, somando conhecimento sobre o DM1 e também uma postura crítica frente aos Meios de Comunicação. Quanto à amostra virtual, naturalmente não foram colocados limites, sendo composta por seguidores no *Facebook* e visitantes do *site* e do *blog*, criando uma oportunidade para a

participação dos mais jovens, uma vez que o tema estava sendo exposto em um ambiente amplamente frequentado pelos jovens, a Internet.

5.2 A COMUNICAÇÃO-DIÁLOGO

Só foi possível trabalhar nos grupos de maneira uniforme, sem dificuldades na comunicação ou de compreensão das técnicas de comunicação empregadas para motivar a discussão, através de uma prática pautada em muito diálogo e respeito pela opinião de todos. Evitar a comunicação vertical, em que só o palestrante fala e os demais são sujeitos, ouvintes, passivos foi de grande relevância para estabelecer um canal de comunicação sempre aberto e de trabalho conjunto. O educador popular Paulo Freire, também fala da importância de se comunicar na comunidade. A base dessa comunicação é o diálogo, que problematiza, critica e assim insere o ser humano em sua realidade como sujeito da mudança.

Não há um 'penso', mas um 'pensamos'. É o 'pensamos' que estabelece o 'penso' e não o contrário. Esta coparticipação dos sujeitos no ato de pensar se dá na comunicação. Assim, na comunicação não há sujeitos passivos, a comunicação é diálogo, e a "educação é comunicação, é diálogo, na medida em que não é transferência de saber, mas um encontro de sujeitos interlocutores que buscam a significação dos significados (FREIRE, 1988, p. 69).

Levando isso em consideração, tudo foi pensado em conjunto. Cada participante ou colaborador foi incorporado como parte do estudo, em situação de igualdade. Utilizar as técnicas de comunicação popular foi a opção mais conveniente para uma aproximação maior das famílias, portadores do DM1 e comunidades. Adequar a informação, a linguagem e o método de abordagem à realidade de cada comunidade mostrou ser o maior desafio desse estudo, mas também sua grande força.

5.3 DISPOSITIVOS

No dia 13 de setembro de 2016, o Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações divulgou que mais de 100 milhões de brasileiros acessavam a internet e que o telefone celular era o dispositivo mais utilizado para o

acesso individual da internet pela maioria dos usuários. A pesquisa⁹ realizada em 23.465 domicílios em todo o território nacional, entre novembro de 2015 e junho de 2016 tinha como objetivo medir a posse, o uso, o acesso e os hábitos da população brasileira em relação às tecnologias de informação e de comunicação. Dados coletados:

- a) 58% da população brasileira usava a internet. A proporção era 5% superior à registrada no levantamento de 2014;
- b) o telefone celular é o dispositivo mais utilizado para o acesso individual da internet pela maioria dos usuários: 89%;
- c) o computador de mesa: 40%;
- d) computador portátil ou *notebook*: 39%;
- e) *tablet*: 19%;
- f) televisão: 13% e videogame (8%).

Na área geográfica abrangida por este estudo, é possível ver dados semelhantes, já que a maioria dos participantes acessava a Internet através de dispositivos móveis, por serem mais baratos e acessíveis que computadores de mesa. A tendência é o aumento acelerado desses dados e por isso o uso da Internet no apoio e educação em saúde torna-se um assunto que deveria ocupar os principais debates no âmbito da Saúde Pública.

Para a RMC, que possui uma das maiores coberturas da Rede SUS no país e maiores facilidades de acesso, é de se indagar o que provoca essa situação do DM1 ser um assunto tão afastado dos temas cotidianos debatidos e das atividades propostas pelos órgãos de saúde dos municípios visitados. Sem uma ampla divulgação da doença, sintomas e sinais de alerta, como a população pode se conscientizar da necessidade de, em caso de suspeita da doença, buscar um diagnóstico correto e o quanto antes? Como relatado nas comunidades “parece que essa doença não existe, parece que ela se restringe a alguns casos isolados e que a sociedade em geral não precisa saber muito sobre ela”. Essa colocação das comunidades demonstra que se de fato o DM1 não é divulgado, debatido, explicado em todas as esferas da sociedade, muitos casos podem ficar sem diagnóstico ou

⁹ Pesquisa foi realizada pelo Comitê Gestor da Internet no Brasil (CGI.br), pelo Centro Regional de Estudos para o Desenvolvimento da Sociedade da Informação (Cetic.br) e pelo Núcleo de Informação e Coordenação do Ponto BR (NIC.br). Divulgação: 13 de setembro de 2016.

mesmo receber um diagnóstico tardio. Despertar as autoridades sanitárias e a sociedade em geral para “enxergar”, discutir e inserir os portadores de DM1 em campanhas e programas de saúde, seja via Meios de Comunicação ou atividades locais, é mais do que necessário, é urgente. A maioria das atividades, geralmente, ocorrem em áreas centrais da cidade ou espaços e eventos específicos, dificilmente as atividades chegam em comunidades extremamente carentes.

5.4 ORIENTAÇÕES E SERVIÇOS

Na opinião das famílias e dos portadores de DM1, ficou também aquém da expectativa a quantidade e a qualidade das informações e orientações recebidas nas consultas, especialmente no que se refere à nutrição, reconhecimento dos sinais de risco e informação sobre a prevenção de agravos, nos casos em que pode ser prevenido, e a correta conduta no tratamento. As dúvidas são muitas, especialmente para quem está iniciando o tratamento. OLSON (1994), descreveu que os médicos, embora acreditem que seja importante um trabalho educativo com seus pacientes, dedicam pouco tempo a esta tarefa por presumirem que estes não querem seus conselhos e, portanto, não os seguirão. Referiu-se, ainda, a falta de autoconfiança dos médicos em seus conhecimentos e habilidades na promoção de mudanças comportamentais. Contudo, deve-se ressaltar que em muitas situações os profissionais de saúde trabalham em condições, por vezes precárias e com tempo reduzido, situações que não favorecem a melhoria da qualidade no atendimento.

A situação encontrada nessas comunidades da RMC identificou a fragilidade da educação em saúde, com vistas à melhoria do bem-estar do paciente e suas famílias. Nesse estudo ficou demonstrado que as orientações dadas em curto espaço de tempo foram pouco efetivas na mudança de comportamentos arraigados, necessitando de um trabalho contínuo nas comunidades. Outro ponto evidenciado foi que o DM1 é uma doença vivida não de modo individual, mas em família. Todos os membros de uma família são afetados diante de um diagnóstico de DM1. Caso o diagnóstico ocorra antes dos dez anos de idade, a família precisa se envolver completamente no cuidado, atenção e tratamento da criança. Já para os adolescentes e adultos jovens, ficou demonstrado que, mesmo com mais autonomia no manejo do tratamento em si, a ligação familiar é constante no sentido de apoio psicológico, nutrição e presença em momentos críticos. Essa “família portadora de

DM1” necessita de atenção e apoio para ter forças diante das vitórias e revezes que as doenças crônicas geralmente trazem.

5.5 SUGESTÕES

Seria muito importante estudar novas ações que ajudassem a manter e melhorar nas comunidades os efeitos positivos encontrados no trabalho feito por esse estudo, já que é urgente que se busque dar maior visibilidade ao DM1. Além de Campanha institucionais em comunidades, escolas e Unidades Básicas de Saúde, a Internet poderia ser um canal importante para expor as reivindicações, as necessidades e aspirações dos portadores de DM1 e suas famílias.

Deixar que uma criança, um adolescente ou adulto jovem sofram algum tipo de exclusão ou problemas nas etapas formativas de seu desenvolvimento significa abrir uma brecha no mais básico dos princípios sobre os direitos de cidadania. Como disse M.W, um jovem de 23 anos portador de DM1, em seu testemunho, em uma reunião de comunidade em Curitiba:

Eu participo dessas reuniões, porque aqui eu me sinto uma pessoa e não uma doença. Quando eu era criança, a professora não me deixava nem me mexer na carteira e nem brincar no recreio, com medo que acontecesse alguma coisa comigo. As outras crianças achavam que eu era o doente da classe, que não podia ir em festa de aniversário. Para toda a minha família eu sempre fui o coitadinho. Minha vó olhava pra mim e dizia: ‘como é que esse menino foi pegar essa doença?’ Aí eu fui crescendo e todo mundo que me encontrava na rua dizia: ‘Oi, você está melhor?’ e fazia aquela cara de sofrimento! Sempre isso. Ninguém nunca pergunta se estou feliz, como vai a minha vida, meus estudos... mas sempre ‘se eu estou melhor’... Eu tenho vontade de fazer uma camiseta onde está escrito ‘Diabetes não pega’. Quando eu vou a algum lugar, ou na faculdade, que abro a bolsa com meu material de tratamento, eu percebo que depois as pessoas se afastam. Por isso que eu venho aqui. Qualquer informação sobre o DM1 para a pessoas da comunidade, mesmo que pouca, já é alguma coisa. Já ajuda muito. E digo a todos aqui (disse olhando para os participantes da reunião, pessoas da comunidade onde ele mora) eu nunca vou ficar curado do Diabetes, mas eu posso ser feliz!.

O testemunho de M.W abriu precedentes para uma grande discussão na comunidade, com revelações até muito pessoais. Dentre elas, destacam-se: a grande quantidade de famílias que buscam nas religiões um meio de cura do DM1 de seus filhos, porque, segundo eles, “para Deus nada é impossível” e a revolta presente no comportamento de adolescentes e jovens, que necessitariam de um

acompanhamento de psicólogos e profissionais da área de nutrição e esportiva, para ajudá-los a construir bases mais sólidas para o convívio com a doença.

Outra ação importante é a certificação de *sites* sobre o DM1, para conferir maior credibilidade aos usuários que não conseguem diferenciar os conteúdos com orientações corretas daqueles sem respaldo científico.

Como forma de ação concreta desse estudo, em seu compromisso junto à população das comunidades visitadas na RMC, propõe-se levar a discussão desses resultados nos Conselhos Municipais de Saúde e junto aos programas de saúde que mais atingem as comunidades dessa Região, entre eles o Programa de Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, observando especialmente os sinais de alerta, o acompanhamento no tratamento e a disponibilidade gratuita, e constante, dos medicamentos necessários em casos de DM1.

5.6 PAPEL DA COMUNICAÇÃO

Como demonstrado na enquete feita com 78 portadores de DM1, ficou claro que os Meios de Comunicação exercem forte influência no seu dia a dia e em relação a sua doença. A grande maioria admitiu pesquisar, ouvir, informar-se sobre os DM1 pelos Meios de Comunicação convencionais e virtuais.

A estratégia utilizada no projeto, em unir uma parte presencial e outra remota, surtiu o efeito de trazer à tona o tema em questão. As ferramentas elaboradas na Internet ajudaram a ampliar a visibilidade sobre o DM1 e a criar uma identidade específica para o projeto. Quem vê a larca, acessa o *site* ou página do *Facebook* já identifica de imediato o que tudo isso significa: falar, colocar em relevância, sobre o DM1. Isso só vem confirmar qual deveria ser o grande papel dos Meios de Comunicação: informar com veracidade; oportunizar o debate sobre temas não recorrentes; dar voz aos excluídos e aos cidadãos, setores e questões da sociedade que necessitam ser vistos, conhecidos e transformados.

É importante destacar o efeito multiplicador das técnicas e estratégias utilizadas no estudo, com destaque para o empenho em capacitar voluntários locais como replicadores das técnicas empregadas nas reuniões. O trabalho educativo do multiplicador contribui para reforçar os conhecimentos, atitudes e habilidades que auxiliam as famílias e auxiliarão os futuros portadores de DM1 das comunidades. As

estratégias de abordagem e as técnicas de comunicação popular e pela Internet mostraram-se muito úteis, tanto para os moradores das comunidades, como para internautas do Brasil e exterior.

6 CONCLUSÃO

O presente estudo demonstrou que a oferta de informações e conhecimentos através da comunicação física e virtual podem efetivamente ampliar o conhecimento sobre o DM1 e impactar na melhoria da qualidade de vida de crianças, adolescentes e adultos portadores da doença. É necessário intensificar o trabalho de esclarecimento, conscientização e leitura crítica das informações encontradas nos diversos meios de comunicação, sobretudo na Internet, ajudando as pessoas no discernimento do que é verdadeiro, relevante, do que é falso ou oportunismo.

6.1 LIMITAÇÕES DO TRABALHO

A principal limitação do estudo foi a não abrangência de todos os municípios da RMC, dado às distâncias e o grande número de comunidades. Foi necessário optar por concentrar o trabalho em 21 comunidades para se ter a oportunidade de voltar mais vezes na mesma comunidade e aprofundar os temas propostos. Avaliou-se a percepção dos participantes e não tanto a efetividade do processo de comunicação na melhoria de vida dos portadores de DM1.

6.2 PONTOS FAVORÁVEIS

A discussão do tema nas comunidades abriu um espaço novo especialmente para aqueles que viviam a realidade do DM1 apenas em nível domiciliar e familiar; propiciou o conhecimento por todos do que significa a convivência diária com a doença; trouxe apoio comunitário e compromisso solidário no enfrentamento de situações adversas.

O contato diário com internautas, através das ferramentas utilizadas no projeto, contribui para o fortalecimento do diálogo e da união em torno do DM1 no Brasil e além-fronteiras, demonstrando uma atitude de ajuda mútua a quem precisa, não importa onde esteja.

A capacitação de multiplicadores locais revelou a certeza da continuidade do debate em torno ao DM1, em atitude de atenção e alerta, no intuito de ajudar a detectar precocemente possíveis novos casos da doença e reforçar a necessidade

do tratamento de modo correto em prol da qualidade de vida dos portadores da doença e seus familiares.

REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION – ADA. Physical activity/exercise and diabetes. **Diabetes Care**, v. 27, suppl. 1, p. S58-S62, 2004.

ALBUQUERQUE, R. A Internet como Fonte de Informação em Saúde. PORTAL MÉDICO 2010. **Site do Conselho Regional de Medicina da Paraíba**. Disponível em: <http://www.crm-pb.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=21885:a-internet-como-fonte-de-informacao-em-saude&catid=46:artigos&Itemid=483>. Acesso em: 29 de mai. de 2017.

ASSUNÇÃO, M.C.F.; SANTOS, I.S.; VALLEC, N.C.J. Controle glicêmico em pacientes diabéticos atendidos em centros de atenção primária à saúde. **Rev Saúde Públ.**, v. 39, n.11, p.183-90, 2005.

BARCELÓ, A. et al. An intervention to improve diabetes control in Chile. **Rev Panam Salud Publica**, v. 10, n. 5, p. 328-33, 2001.

BARBOSA, A. **Uso da Internet pelo celular cresce entre os brasileiros**. Comitê Gestor da Internet no Brasil (CGI.br). Publicação 15 de set. de 2015.

BETTI, M. Mídia e Educação: análise da relação dos meios de comunicação de massa com a Educação Física e os esportes. In: **SEMINÁRIO BRASILEIRO EM PEDAGOGIA DO ESPORTE, 1998**, Rio Grande do Sul. UFSM, 1998.

BHATT, D. L. et. al. International prevalence, recognition, and treatment of cardiovascular risk factors in outpatients with atherothrombosis. **Journal of the American Medical Association**, v. 295, p. 180-189, 2006.

BIANCHI, P. A presença das tecnologias de informação e comunicação na Educação Física permeada pelo discurso da indústria cultural. **Revista Digital Buenos Aires**, v.13, n.120, p.1-12, 2008.

BIRUEL E. P. **Websites para diabéticos: uso da internet como instrumento de educação em saúde**. 2008, 92p. Dissertação, Mestrado em Ensino de Ciências da Saúde, Universidade Federal de São Paulo: UNIFESP; 2008.

BORUS, J.S.; LAFFEL, L. Adherence challenges in the management of type 1 diabetes in adolescents: prevention and intervention. **Curr Opin Pediatr.**,v. 22, n.4, p. 405-11, 2010.

BOUHANICK, B. et al. Description of microangiopathy in children with type 1 diabetes mellitus: a 19-year retrospective study. **Diab Metab.**, v. 29, p. 395-402, 2003.

BRIGGS, Asa. BURKE, Peter. **Uma história social da mídia**. Tradução: Maria Carmelita. Pádua Dias; revisão técnica: Paulo Vaz. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 2004.

CASTELLS, Manuel. **A galáxia da Internet: reflexões sobre a Internet, os negócios e a sociedade**. Trad. Maria Luiza X. de A. Borges. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

CASTELLS, M. *et al.* **Comunicación móvil y sociedad, una perspectiva global**. Massachusetts: Massachusetts Institute of Technology (MIT), 2006. Disponível em: <<http://citep.rec.uba.ar/ubatic/wp-content/uploads/2012/04/Castells-comunicaciones-movilesy-sociedad1.pdf>>. Acesso em: 19 de out. de 2016.

CORRÊA, I.L.S.; MORO, R. L. O livro como meio e mensagem comunicacional na Educação Física. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DO ESPORTE, 14., 2005, Porto Alegre. **Anais...** Porto Alegre:Grupo Temático Comunicação e Mídia, 2005.

COX, D. et al. Blood glucose awareness training delivered over the internet. **Diabetes Care**, v. 31, n. 8, p. 1527-1528, 2008.

CREMESP. **Manual princípios éticos para sites de medicina e saúde na internet**. 2001. Disponível em: <<http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=PublicacoesConteudoSumario&id=26>>. Acesso em: 25 de jul. de 2015.

CUENCA, A.M.B. **Buscadores na Internet**. 2017. Disponível em:<https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3043834/mod_resource/content/1/PSP5703_Onde%20publicar_Sistemas_21mar2017.pdf/29>. Acesso em: 10 de jul. de 2017

CYRINO, A. P. P. **As competências no cuidado com o diabetes mellitus: contribuições à educação e comunicação em saúde**. 2005, 278p. Faculdade de Medicina, Universidade São Paulo. Catálogo USP – TESES DE DOURADO, 2005 – Medicina Preventiva.

DASHIFF, C.; MORRISON, S.; ROWE, J. Fathers os children and adolescents with diabetes: What do we Know? **Journal of Pediatric Nursing**, v.23, n.2, p. 101-119, 2008.

DELAMATER, A. M. **Psychological care of children and adolescents with diabetes**. ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2006-2007. *Pediatric Diabetes* 2007;8:1-9.

DIABETES CONTROL AND COMPLICATIONS TRIAL (DCCT). The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term

complications in insulin-dependent diabetes mellitus. **N Engl J Med.**, v. 329, p. 977-986, 1993.

ELIAS, V. C. **No Brasil, 34% dos diabéticos não sabem se têm tipo 1 ou 2 da doença.** Publicado em 22 de out. de 2013. Disponível em **Erro! A referência de hiperlink não é válida.**. Acesso: 25 de out. de 2016.

ELLIS, D.A. et al. Multisystemic treatment of poorly controlled type 1 diabetes: effects on medical resource utilization. **J Pediatr Psychol.**, v. 30, n. 8, p. 656-66, 2005.

FERREIRA, S.R.G. **Respostas da Enquete sobre Epidemiologia – Parte II - Prevenção de diabetes e suas complicações:** paralelo entre o conhecimento dos profissionais de saúde e da população leiga. 2015. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/publico/ideias-e-comentarios/1179-respostas-da-enquete-sobre-epidemiologia-parte-ii-prevencao-de-diabetes-e-suas-complicacoes-paralelo-entre-o-conhecimento-dos-profissionais-de-saude-e-da-populacao-leiga>>. Acesso em: 18 de jul. de 2017

FESTA, R. **Comunicação popular e alternativa: a realidade e as utopias.** 1984. 290f. Dissertação, Mestrado em Comunicação Social – Instituto Metodista de Ensino Superior, São Bernardo do Campo, 1984.

FIDALGO, A.; CANAVILHAS, J. **Todos os jornais no bolso: pensando o jornalismo na era do celular.** In: RODRIGUES, C. (Ed.). **Jornalismo on-line: modos de fazer**, Rio de Janeiro: Sulina, 2009.

FOX, S. (Ed.) Pew Research Center. **Health topics.** Washington, 2011. Disponível em:<http://www.pewinternet.org/~media/Files/Reports/2011/PIP_Health_Topics.pdf>. Acesso em: 30 mai. 2016.

FREIRE, P. **Extensão ou comunicação?.** Coleção “O mundo hoje”, vol. 24, 10. edição, São Paulo: Paz e Terra, 1988.

GARBIN, H. B. R.; PEREIRA NETO, A. F.; GUILAM, M. C. R. **A internet, o paciente expert e a prática médica: uma análise bibliográfica.** Interface, São Paulo, v.12, n. 26, p.579-588, 2008.

GERSTL, E. M. *et al.* Metabolic control as reflected by HbA1c in children, adolescents and young adults with type-1 diabetes mellitus: combined longitudinal analysis including 27,035 patients from 207 centers in Germany and Austria during the last decade. **European Journal Pediatrics.**, v. 67, p. 447-53, 2008.

GIANOTTI; P.S.P.; PELLEGRINO, H.P.; WADA, E. **Globalização e serviços médicos: impulsionando o turismo de saúde.** Turydes, v.2, n.4, 2009. Disponível em: <<http://www.eumed.net/rev/turydes/04/ggw.htm>>. Acesso em: 25 de mai. de 2016.

GROSSI, S.A.; CIANCIARULLO, T.I.; MANNA, T.D. Evaluation of 2 home monitoring schemes in patients with type 1 diabetes mellitus. **Rev Esc Enferm USP**, v. 36, n. 4, p. 317-23, 2002.

GRUNDY, S.M. et al. Third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) expert panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult Treatment Panel III) final report. National Institutes of Health. **National Heart, Lung, and Blood Institute**. [s.l.]: NIH Publication, 2002.

HANAS, R. **Diabetes Tipo 1 - em crianças, adolescentes e jovens adultos**. 3. ed. [s.l.]: Lidel Edicoes Tecnicas, 2007.

HANCOX, R.J.; MILNE, B.J.; POULTON, R. Association between child and adolescent television viewing and adult health: a longitudinal birth cohort study. **Lancet**, v.364, n.9430, p. 257-267, 2004.

HATJE, M. **Grande Imprensa: valores e/ou características veiculadas por jornais brasileiros para descrever a participação da seleção brasileira de futebol na Copa do Mundo de 1998**. Tese, Doutorado em Educação Física, Universidade Federal de Santa Maria, UFSM, 2000.

HENRY J. KAISER FAMILY FOUNDATION. Fact Sheet: **The Millenium Challenge Corporation and Global Health**. Washington D.C. Kayser Family Foudation.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>. Acesso em: 27 de nov. de 2016.

IZQUIERDO, R. et al. School-centered telemedicine for children with type 1 diabetes mellitus. **J Pediatr.**, v. 155, n. 3, p. 374-379, 2009.

JADAD AR, GAGLIARDI A. **Rating health information on the Internet: navigating to knowledge or to Babel?** JAMA. 1998;279(8):611-4.

JARDIM, G. Como procurar informações confiáveis sobre saúde na internet. **Revista Galileu**, formato digital, 2014. Disponível em: **Erro! A referência de hiperlink não é válida.** Acesso em: 08 de jun. de 2015.

KARVONEN M, VIIK-KAJANDER M, MOLTCHANOVA E et al. Incidence of the childhood type 1 diabetes worldwide. **Diabetes Care**. 2000; 23:1516-26.

KOMATSU, W.R. et al. Aerobic exercise capacity in normal adolescents and those with type 1 diabetes mellitus. **Pediatr Diab.**, v. 6, p. 145-149, 2005.

LAFFEL, L.M. et al. Impact of ambulatory, family-focused teamwork intervention on glycemic control in youth with type 1 diabetes. **J Pediatr.**, v. 142, n. 4, p. 409-16, 2003.

LAWSON, M.L. et al. A randomized trial of regular standardized telephone contact by a diabetes nurse educator in adolescents with poor diabetes control. **Pediatr Diabetes**, v. 6, n.1,p. 32-40, 2005.

LEMOS, A. **Cibercultura e mobilidade: a era da conexão**. Razón y Palabra, México, n. 41., 2004. Disponível em: < [http:// www.razonypalabra.org.mx/anteriores/n41/alemos.html](http://www.razonypalabra.org.mx/anteriores/n41/alemos.html)>. Acesso em: 18 de set. de 2016.

MAJALIWA, E. S., et. al. Survey on acute and chronic complications in children and adolescents with type 1 diabetes at Muhimbili National Hospital in Dar es Salaam, Tanzania. **Diabetes Care**, v. 30, p. 2187-2192, 2007.

MALERBI, Fani Eta Korn. **Adesão ao tratamento, importância da família e intervenções comportamentais em diabetes**. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Compêndio 2007, capítulo 7, s/p.

MARGEIRSDOTTIR, H.D. et al. High prevalence of cardiovascular risk factors in children and adolescents with type 1 diabetes: a population-based study. **Diabetologia**, v.51, p. 554-61, 2008.

MARKETING SEM GRAVATA. **Dados da internet 2017 no Brasil e no mundo**. 2017. Disponível em: <[http:// marketingsemgravata.com.br/site/2017/04/17/dados-da-internet-2017-brasil-redes-sociais/](http://marketingsemgravata.com.br/site/2017/04/17/dados-da-internet-2017-brasil-redes-sociais/)>. Acesso em: 30 de mai. de 2017.

MASTERS, K. For what purpose and reasons do doctors use the internet: a systematic review. **Int J Med Informatics**, v.77, p. 4-16, 2008.

MCGILL, H.C.J. et al. Relation of glycohemoglobin and adiposity to atherosclerosis in youth. **Arterioscler Thromb Vasc Biol.**, v. 15, p. 431-440, 1995.

MAGLIANO, D. Estudo mostra que diabetes tipo 1 tira 12,2 anos de vida dos pacientes. In: **Jornal Correio Braziliense**. 2016. Disponível em: <http://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/ciencia-e-saude/2016/04/06/inter_na_ciencia_saude,525935/estudo-mostra-que-diabetes-1-tira-12-2-anos-de-vida.shtml> Acesso em: 28 out. 2016.

MORETTI, Felipe Azevedo; OLIVEIRA, Vanessa Elias de and SILVA, Edina Mariko Koga da. **Acesso a informações de saúde na internet: uma questão de saúde pública?**. Rev. Assoc. Med. Bras. [online]. 2012, vol.58, n.6, pp.650-658. ISSN 0104-4230. [http:// dx.doi.org/10.1590/S0104-42302012000600008](http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302012000600008) .

MORTENSEN, H.B.; HOUGAARD, P. Comparison of metabolic control in a cross-sectional study of 2,873 children and adolescents with IDDM from 18 countries. **Diab Care**, v. 20, n. 5, p. 714-20, 1997.

MOURÃO-JÚNIOR, C.A. et al. Glycemic control in adult type 1 diabetes patients from a Brazilian country city: comparison between a multidisciplinary and a routine endocrinological approach. **Arq Bras Endocrinol Metab.**, v. 50, n. 5, p. 944-50, 2006.

MURPHY, H.R. et al. Approaches to integrating paediatric diabetes care and structured education: experiences from the Families, Adolescents, and Children's Teamwork Study (FACTS). **Diabetes Med.**, v. 24, n.11, p. 1261-1268, 2007.

MURRAY E., et al. Interactive health communication applications for people with chronic disease. **Cochrane Database System Rev.**, v.4, p. 23-36, 2009.

NANSEL, T.R. et al. Long-term maintenance of treatment outcomes: diabetes personal trainer intervention for youth with type 1 diabetes. **Diabetes Care**, v. 32, n. 5, p. 807-9, 2009.

NIRANJAN, V. et al. Glycemic control and cardiopulmonary function in patients with insulin-dependent diabetes mellitus. **Am J Med.**, v. 103, p. 504-13, 1997.

OERMANN, M. Using health web sites for patient education. **Journal Wound Ostomy Continence Nurs.** 2003;30(4):217-23.

OLIVETO, Paloma. Estudo mostra que diabetes tipo 1 tira 12,2 anos de vida dos pacientes. **Jornal Correio Braziliense.** 2016. Disponível em: <http://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/ciencia-e-saude/2016/04/06/interna_ciencia_saude,525935/estudo-mostra-que-diabetes-1-tira-12-2-anos-de-vida.shtml>. Acesso em: 20 de abr. de 2016.

OLSON, C.M. **Promoting positive nutritional practices during pregnancy and lactation.** Am J Clin Nutr 1994; 59 (suppl): 525S-31S.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Informe mundial sobre la diabetes.** 2016. Disponível em: <<http://www.who.int/diabetes/global-report/es/>> Acesso em: 10 jan. 2017.

PERUZZO, Cicília Maria Krohling. **Comunicação nos movimentos Populares: a participação na construção da cidadania.** Petrópolis: Vozes, 1998.

PIRES, G. L. **A mediação tecnológica do esporte com substituição da experiência formativa.** Rev. Corpoconsciência, n. 9, v.1, 2002.

PRENSKY, M. **Digital natives, digital immigrants**. MCB University Press, Irlanda, vol. 9, n.5, out. 2011. Disponível em: <<http://www.marcprensky.com/writing/Prensky%20-%20Digital%20Natives,%20Digital%20Immigrants%20-%20Part1.pdf>>. Acesso em: 21 de setembro de 2016.

RIBEIRO, R.C.Q. et al. Fatores adicionais de risco cardiovascular associados ao excesso de peso em crianças e adolescentes: o estudo do coração de Belo Horizonte. **Arq Bras Cardiol.**, v. 86, n. 6, p. 408-418, 2006.

SCHWARTZ KL, ROE T, NORTHRUP J, MEZA J, SEIFELDIN R, NEALE AV. **Family Medicine Patient's use of the internet for health information**. J Am Board Fam. 2006;19:39-45.

SELLERS, E.A.; YUNG, G.; DEAN, H.J. Dyslipidemia and other cardiovascular risk factors in a Canadian First Nation pediatric population with type 2 diabetes mellitus. **Pediatr Diabetes**, v. 8, n. 6, p. 349-53, dez. 2007.

SENKOVSKI, A. Diabéticos vão à Justiça por bombas de insulina. **Gazeta do Povo**. 2015. Disponível em: <<http://www.gazetadopovo.com.br/saude/diabeticos-vao-a-justica-por-bombas-de-insulina-0zambpjfzz9haz368kpckoqew>>. Acesso em: 02 de abr. de 2015.

SILVA, E. O diabetes nas mídias sociais. **Sociedade Brasileira de Diabetes. Publicação**, online de 24 de abril de 2017. Disponível em: **Erro! A referência de hiperlink não é válida.**. Acesso em 15 de mai. de 2017.

SILVA IM, CATRIB AMF, MATOS VC, GONDIM ANS. Automedicação na adolescência: um desafio para saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, Supl. 1, p. 1651-60, 2011.

SILVERSTEIN, J., et al. Care of children and adolescent with type 1 diabetes: a statement of the American Diabetes Association. **Diabetes Care**, v.28, n.1, p. 186-212, 2005.

SKRIVARHAUG, T., et. al. Long-term mortality in a nationwide cohort of childhood-onset type 1 diabetic patients in Norway. **Diabetologia**, v. 49, n. 2, p. 298-305, 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES – **Diretrizes SBD 2015-2016**, p. 21. Disponível em <http://www.diabetes.org.br/profissionais/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Tipos de Diabetes**. Disponível em <http://www.diabetes.org.br/publico/diabetes/tipos-de-diabetes>. Acesso em 25 de mar. de 2017.

SOUZA, C.; SOARES, V. Número de adultos diabéticos pulou de 108 mi para 422 milhões. **Jornal Correio Braziliense**. 2016. Disponível em: <http://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/ciencia-e-saude/2016/04/07/interna_ciencia_saude,526101/numero-de-adultos-diabeticos-pulou-de-108-mi-para-422-milhoes.shtml>. Acesso em: 20 de Ago. de 2016.

TAPSCOTT, D.; WILLIAMS, A. D. **Wikinomics: how mass collaboration changes everything**. Portfolio: Nova York, 2006.

TELECO. **Estatísticas de celulares no Brasil**. 2014. Disponível em: <<http://www.teleco.com.br/ncel.asp>>. Acesso em: 27 de fev. de 2016.

THE NIELSEN COMPANY REPORT. **The data behind diabetes**. Pulicado em 04-07-2016. Disponível em **Erro! A referência de hiperlink não é válida.**. Acesso em 19 de nov. de 2016.

TODA MATÉRIA. **Classificação**. 2016. Disponível em <<https://www.todamateria.com.br/meios-de-comunicacao/>> Acesso em: 23 de out. de 2016.

URBACH, S.L. et al. Predictors of glucose control in children and adolescents with type 1 diabetes mellitus. **Pediatr Diab.**, v. 6, p. 69-74, 2005.

VANBIERVLIET, A.; EDWARDS-SCHAFER, P. Consumer health information on the web: trends, issues and strategies. **Medsurg Nursing**, Nova Jersey, v. 13, n. 2, p. 91-96, abr. 2004.

VIEIRA, M. A.; LIMA, R. A. G. Crianças e adolescentes com doença crônica: convivendo com mudanças. **Rev. Latino-americana. Enfermagem**, v.10, n.4: p. 552-560, 2002.

VIGITEL BRASIL 2012: **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

VINER, R. M., et al. Motivational/solution-focused intervention improves HbA1c in adolescents with Type 1 diabetes: a pilot study. **Diabet Med.**, v. 20, n.9, p. 739-42, 2003.

VON SENGBUSCH, S. et al. Mobile diabetes education and care: intervention for children and young people with Type 1 diabetes in rural areas of northern Germany. **Diabetes Med.**, v. 23, n. 2, p. 122-127, 2006.

WATERFRONT, A. C. **Waterfront assume dianteira na saúde on-line**. [s.l.]: Business Week, 2009.

WE ARE SOCIAL; HOOTSUITE. **DIGITAL IN 2017: GLOBAL OVERVIEW**. 2017. Disponível em: [https:// wearesocial.com/special-reports/digital-in-2017-global-overview](https://wearesocial.com/special-reports/digital-in-2017-global-overview)
Acesso em: 10 jul.2017.

WEISER, M. The computer for 21th century. **Scientific American**, v. 265, n. 3, 1991, p. 94-104. Disponível em: <<https://www.ics.uci.edu/~corps/phaseii/Weiser-Computer21stCenturySciAm.pdf> >. Acesso em: 15 de mai. de 2016.

WEISSBERG-BENCHELL, J.; ANTISDEL, J. E. Balancing development needs and intensive management in adolescents. **Diabetes Spectrum**, v.13, n.2, p. 88-94, 2000.

WHALEY L. F.; WONG D. L. **Enfermagem Pediátrica**: elementos essenciais à intervenção efetiva. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1999.

YUSUF, S. et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the Interheart study): case-control study. **Lancet**, v. 364.9438, p. 937-957, 2004.

ZYLBERBERG, T. P. **Possibilidades corporais como expressão da inteligência humana no processo de ensino-aprendizagem**. 2007. 280 f. Tese, Doutorado em Pedagogia do Movimento, Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2007.

ANEXOS

ANEXO 1 – ANÁLOGOS DE INSULINA - PROTOCOLO

A Secretaria de Estado da Saúde do Paraná forneceu o protocolo para o fornecimento de Análogos de Insulina, utilizados no atendimento a pacientes insulino-dependentes.

ANÁLOGOS DE INSULINA – DIABETES TIPO 1¹⁰

O fornecimento de Análogos de Insulina para pacientes com Diabetes mellitus tipo 1 (insulino-dependentes) instáveis ou de difícil controle foi implantado no Estado do Paraná em outubro de 2006. É pré-requisito para o cadastro no programa o uso prévio das Insulinas humanas NPH e Regular ou Insulina pré-misturada, sem a obtenção do controle adequado da doença.

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	CONCENTRAÇÃO	APRESENTAÇÃO
Insulina Asparte	100 UI/ml	Caneta, Refil e Frasco ampola
Insulina Detemir	100 UI/ml	Caneta
Insulina Glargina	100 UI/ml	Caneta, Refil e Frasco ampola
Insulina Lispro	100 UI/ml	Caneta e Refil

Acesso aos medicamentos:

O acesso aos medicamentos deste programa se dá, via de regra, através das Farmácias das Regionais de Saúde do Estado.

Consulte aqui os endereços das Farmácias das Regionais de Saúde

O processo de solicitação dos medicamentos é iniciado pelo usuário, ou seu responsável, por meio da apresentação dos seguintes documentos:

- a) Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- b) Cópia de documento de identidade¹¹;
- c) Cópia de comprovante de residência;
- d) Prescrição médica;

¹⁰ Fonte: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná.

¹¹ São aceitos como documento de identidade: Certidão de Nascimento (para crianças sem RG), RG, Carteira de Motorista, Carteira profissional e Carteira de trabalho.

e) Laudo para solicitação, avaliação e autorização de medicamentos – LME devidamente preenchido pelo médico prescritor; (clique aqui para baixar o arquivo) (clique aqui para preenchimento eletrônico).

f) Relatório médico específico para Diabetes Mellitus tipo 1, totalmente preenchido e assinado por endocrinologista. (clique aqui para baixar o arquivo)

g) Cópias dos Exames:

I. Glicemia de jejum;

II. Glicemia pós prandial;

III. Hemoglobolína glicada

A solicitação será avaliada com base nos critérios definidos no PROTOCOLO CLÍNICO PARA DISPENSAÇÃO DE ANÁLOGOS DE INSULINA PARA PACIENTES COM DIABETES MELLITUS TIPO 1 NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE DO PARANÁ. Em caso de deferimento, o processo será autorizado para posterior dispensação do medicamento. Para a continuidade do tratamento deverá ser feito o pedido de renovação, a cada três meses.

ANEXO 2 - PUBLICAÇÃO LINHA GUIA DE DIABETES

Em 2014, a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná lançou a publicação Linha Guia de Diabetes, com explicação sobre a doença, normas de conduta e orientações para profissionais de saúde no manejo da doença.



FONTE: SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ (2014)

ANEXO 3 - LISTAGEM DAS PESSOAS QUE FAZEM PARTE DOS SEGUIDORES NO FACEBOOK - POR PAÍS E IDIOMA

País	Seus fãs	Cidade	Seus fãs	Idioma	Seus fãs
Brasil	523	Curitiba, PR	120	Português (Brasil)	514
México	44	São Paulo, SP	34	Espanhol	94
Argentina	28	Rio de Janeiro, RJ	21	Espanhol (Espanha)	35
Espanha	21	Porto Alegre, Rio Gran...	18	Inglês (EUA)	16
Estados Unidos da Am...	13	Mauá, SP	9	Italiano	13
Itália	12	Fortaleza, CE	8	Francês (França)	8
Peru	7	Uberlândia, MG	8	Português (Portugal)	8
Colômbia	6	Colombo, PR	7	Romeno	2
Paraguai	6	Belo Horizonte, MG	6	Inglês (Reino Unido)	2
Argélia	5	Ponta Grossa, PR	6	Alemão	2
Portugal	5	Ribeirão Pires, SP	6	Africâner	1
Venezuela	4	São José dos Pinhais, ...	6	Espanhol (México)	1
Chile	3	Campinas, SP	5		
França	2	Campo Largo (Argentin...	5		
Bolívia	2	Maringá, PR	5		
Romênia	2	Salvador, BA	4		
Marrocos	1	Santo André, SP	4		
Etiópia	1	Guarapuava, PR	4		
África do Sul	1	Florianópolis, SC	4		
Porto Rico	1	Brasília, DF	4		
Reino Unido	1	Annaba, Annaba (proví...	4		
Indonésia	1	Carapicuíba, SP	3		
Austrália	1	Lima, Lima (região), Peru	3		
Suécia	1	Fernando de la Mora, ...	3		
Índia	1	Itajaí, SC	3		
Canadá	1	Cidade do México, Mé...	3		
Israel	1	Joinville, SC	3		

Fazenda Rio Grande, ...	3
Manaus, AM	3
Santos, SP	3
São Gonçalo, RJ	3
São José do Rio Preto,...	3
Belém, PA	3
Tijuana, Península da ...	3
Parnaíba, PI	3
Bogotá, Colômbia	3
Santa Fé, Argentina	3
Piracicaba, SP	3
Buenos Aires, Argentina	3
Córdoba (Argentina), C...	3
Bucaramanga, Santan...	2
São Bernardo do Cam...	2
Roma, Lácio, Itália	2

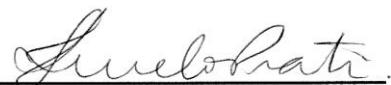
FONTE: DADOS EXTRAÍDOS DAS INFORMAÇÕES SOBRE PESSOAS NA PÁGINA DO FACEBOOK DIABETESTATION, OUTUBRO 2017

**ANEXO 4 – DECLARAÇÃO DE USO ESPECÍFICO DO MATERIAL E/OU DADOS
COLETADOS**

**DECLARAÇÃO DE USO ESPECÍFICO DO MATERIAL E/OU DADOS
COLETADOS**

Declaro que os dados coletados serão de uso específico para o desenvolvimento da pesquisa em questão.

Curitiba, 12 de setembro de 2012.



Francisca Sonia de Melo Prati
Pesquisadora

ANEXO 5 – DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO**DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO**

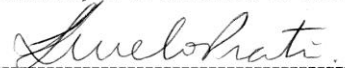
Eu, Francisca Sonia de Melo Prati, pesquisadora da Universidade Federal do Paraná (UFPR), solicito dispensa do TCLE na presente pesquisa intitulada **"INFLUÊNCIA DOS MEIOS DE COMUNICAÇÃO EM ADOLESCENTES E ADULTOS JOVENS NO CONHECIMENTO DO DIABETES TIPO 1"** devido aos motivos relacionados a seguir:

1) A pesquisa está fundamenta no uso de meios digitais e redes sociais para divulgar informações sobre o Diabetes Tipo 1, como Site, Twitter, Facebook e e-mail. Com a impossibilidade da delimitação do alcance dessas ferramentas eletrônicas torna-se difícil preencher um TCLE para cada indivíduo que acessa esses endereços eletrônicos na WEB.

2) Os resultados da pesquisa serão analisados de modo analítico: número de acessos em cada ferramenta eletrônica; tópicos postados que suscitaram maior interesse; número de expectadores das Twitcam realizadas com itens referentes ao tema; "feed-back", via mensagem eletrônica e postagens, de tópicos do interesse dos sujeitos alvo da pesquisa.

3) As pessoas que acessarem os endereços eletrônicos próprios da Pesquisa (vinculados ao nome "diabetestation") deixarão suas sugestões de temas e abordagens. O projeto é um diálogo permanente entre o pesquisador e os sujeitos que acessam o serviço disponibilizado. No final do tempo estabelecido para o projeto, o resultado apresentará também quais os temas sugeridos pelos internautas e quais suas principais dúvidas, dificuldades e esperanças com relação ao tratamento e a convivência com o Diabetes Tipo 1.

Curitiba, 12 de setembro de 2012



Francisca Sonia de Melo Prati.

ANEXO 6 – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

A pesquisadora, abaixo firmado, assegura que o caráter anônimo dos adolescentes e adultos jovens portadores de Diabetes Tipo 1, tanto os que são atendidos no Hospital de Clínicas, UFPR-PR, como os diagnosticados como portadores de Diabetes Tipo 1 em comunidades da Região Metropolitana de Curitiba e dos que acessarem o conteúdo web será mantido e que suas identidades serão protegidas.

As informações de Internet (como endereço IP – e-mail, cadastro no site) não serão identificados pelo nome, mas por um código.

A pesquisadora manterá um registro de inclusão dos sujeitos de maneira sigilosa, contendo códigos, nomes e endereços para uso próprio, e as informações pessoais fornecidas por modo eletrônico, serão mantidos pelo pesquisador em confidência estrita, juntos em um único arquivo.

Curitiba, 12 de setembro de 2012.



Francisca Sonia de Melo Prati
Pesquisadora


ANEXO 7 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – HC – UFPR

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA

- DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INFLUÊNCIA DOS MEIOS DE COMUNICAÇÃO EM ADOLESCENTES E ADULTOS JOVENS NO CONHECIMENTO DO DIABETES TIPO 1
Pesquisador Responsável: FRANCISCA SONIA DE MELO PRÁTI
Área Temática:
Versão: 2
CAAE: 05738412.1.0000.0096
Submetido em: 04/02/2013
Instituição Proponente: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná
Situação da Versão do Projeto: Aprovado
Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio



Comprovante de Recepção:  PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_57384

Artigo:

Informação educativa sobre o Diabetes Mellitus Tipo 1 em comunidades carentes

Francisca Sonia de Melo Prati, Margaret Cristina da Silva Boguszewski

Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, Universidade Federal do Paraná, Brasil

RESUMO

O objetivo desse estudo é demonstrar como os Meios de Comunicação Social e as Redes Sociais podem ajudar a melhorar o conhecimento sobre o Diabetes Mellitus Tipo 1 em comunidades carentes. Através da intervenção direta em comunidades carentes da Região Metropolitana de Curitiba, estado do Paraná, Brasil, foi possível realizar um trabalho de educação em saúde comunitária. O foco principal foi oferecer informações e um ambiente de discussão através de visitas às comunidades e do uso de ferramentas da Internet, especialmente as Redes Sociais, para aumentar o conhecimento sobre a doença, incentivar o compromisso com o tratamento e apoiar a melhoria da qualidade de vida dos portadores de DM1 e suas famílias.

Diabetes Tipo 1; Meios de Comunicação e Saúde; Educação em Saúde Comunitária.

ABSTRACT

The objective of this study is to demonstrate how Social Media and Social Networks can help improve knowledge about Type 1 Diabetes Mellitus in poor communities. Through direct intervention in needy communities in the Metropolitan Region of Curitiba, state of Paraná, Brazil, it was possible to carry out a community health education work. The main focus was to provide information and a discussion environment through community visits and the use of Internet tools, especially Social Networks, to increase knowledge about the disease, encourage commitment to treatment and support the improvement of quality of life of DM1 patients and their families.

Type 1 Diabetes; Means of Communication and Health; Community Health Education

Introdução

O *Diabetes Mellitus* é uma condição crônica do metabolismo da glicose que surge quando o pâncreas perde sua capacidade de produzir insulina (DM1) ou ainda quando a insulina não consegue agir de forma adequada (DM2). Noventa por cento dos casos de DM pertencem ao tipo 2, e 10% ao tipo 1. A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2016) publicou seu primeiro relatório global sobre o diabetes em geral, tanto o DM1 quanto o DM2, divulgado em razão da escolha do diabetes como tema daquele ano para o Dia

Mundial da Saúde, "Vencer o Diabetes". O relatório chamou atenção pelo fato de que a incidência de diabetes aumenta não apenas nos países industrializados, mas também nos que adotaram estilos de vida e hábitos alimentares "ocidentalizados". A OMS estimou que cerca de 5,1% da população mundial, entre 20 e 79, anos sofra da doença e que 422 milhões de adultos em todo o mundo viviam com diabetes em 2014, quatro vezes mais do que em 1980, quando o índice era de 108 milhões. Nas Américas, o percentual de Diabetes subiu de 5%, em 1980, para 8,3%, em 2014, ou seja, de 18 milhões para 62 milhões de pacientes adultos. A Federação Internacional do Diabetes estima que, em 2015, havia no Brasil 14,3 milhões de diabéticos e que, em 2040, o número chegará a 23,2 milhões (SOUZA; SOARES, 2016). A cada minuto, 10 pessoas morrem em decorrência do diabetes, ao menos 3,7 milhões de pessoas anualmente. Por isso, a OMS caracteriza a doença como "um dos principais assassinos no mundo". O aumento do sobrepeso e da obesidade estão diretamente ligados ao avanço do diabetes. O primeiro afeta 25% dos adultos. O segundo, 10%.

No Dia Mundial do Diabetes, 14 de novembro, uma pesquisa apresentada no 30º Congresso Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia, realizado em 2012, em Goiânia, Goiás, apontou que menos de 20% dos brasileiros com diabetes tipo 1 (DM1) faziam o tratamento da doença de maneira adequada. Participaram do estudo 3.591 voluntários de todas as regiões do país, todos em tratamento do DM1 pelo Sistema Único de Saúde. Destes, 70% foram considerados, segundo dados da pesquisa apresentada, de níveis sociais baixos. A pesquisa mostrou, ainda, que entre os pacientes de DM1, com tratamento inadequado, havia um contingente importante de analfabetos funcionais e de pessoas que não entendiam as prescrições médicas ou o modo correto de efetuar o tratamento. De acordo com Marília Gomes, endocrinologista e coordenadora do estudo multicêntrico, o problema do controle do DM1 tinha relação direta com o nível de escolaridade do paciente – que geralmente estava vinculado à sua classe social. "Descobrimos que, infelizmente, quanto mais pobre é a pessoa, menos ela consegue entender a complexidade da doença", afirmou Marília. Como resultado, o paciente não faz o tratamento de maneira adequada ou não adere por completo a ele. Na época, os Meios de Comunicação divulgaram o estudo como sendo um sinal de alerta para os médicos, principalmente pelo crescente número de pessoas com diabetes no Brasil. Na data da apresentação do estudo, dados do Ministério da Saúde (2012) indicavam que 5,6% dos brasileiros sofriam de diabetes. Os números foram obtidos pela pesquisa da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL, 2012), que coletou informações nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal. Apesar do estudo ter sido divulgado, segundo sua coordenação, como um alerta para os médicos, o mesmo serviu também de ponto de reflexão para os que atuam na área da saúde comunitária. Outro exemplo em que a falta de informação dos pacientes

portadores de DM1, especialmente de comunidades carentes, é um complicador da doença, pode ser encontrado na reportagem de Oliveto (2016), publicada na edição digital do Jornal Correio Braziliense. Oliveto, na ocasião, entrevistou a então Coordenadora de Epidemiologia da Sociedade Brasileira de Diabetes, Bianca de Almeida Pititto. A médica afirmou que uma enquete realizada pela Sociedade Brasileira de Diabetes, com 1 mil pessoas, mostrou que, mesmo entre os portadores de diabetes, por falta de informações adequadas, a confusão é grande:

Alguns tinham a doença, mas não sabiam se portavam o tipo 1 ou o 2. Estudos também sugerem que chega a 50% o número de pacientes, a quantidade de pessoas, que têm diabetes, já apresentam sintomas, as complicações, mas não receberam o diagnóstico.

Como proceder para que as populações das comunidades carentes tenham mais informação sobre o DM1? Como ajudá-las a compreender o que é repassado pelo Serviço de Saúde e Meios de Comunicação? Como apoiar aqueles mais de 80% portadores de DM1 para realizarem o tratamento de maneira adequada? Tais indagações deram origem ao presente estudo.

Amostra

Estudo populacional, envolvendo famílias e portadores de DM1 em 21 comunidades situadas em bairros periféricos e áreas rurais de nove municípios da Região Metropolitana de Curitiba (RMC), Estado do Paraná, Brasil.

Métodos

Recursos educativos e técnicas de comunicação popular foram utilizados para passar às famílias orientações sobre o reconhecimento dos sintomas, os sinais de alerta, a nutrição e prevenção de riscos, e para fortalecer o compromisso com o próprio tratamento, além de noções de direitos e cidadania, especialmente em relação à obtenção gratuita dos medicamentos necessários. Foram priorizados os seguintes meios de intervenção nas comunidades: encontros presenciais, Rodas de conversa, pesquisas temáticas interativas e foram criados canais na Internet para a divulgação de informações sobre o DM1. A coleta de dados foi realizada de diversas formas, nas visitas em domicílio, nas reuniões e por meio eletrônico.

Para que o acompanhamento e métodos utilizados nas reuniões com não parassem, após a conclusão do estudo, voluntários foram capacitados. Eles continuam a aplicar as técnicas que se mostraram úteis, não só para o acompanhamento das famílias e

portadores de DM1, mas também para se fazer um trabalho mais amplo de educação e saúde nas comunidades, também com outros temas. Cada encontro de capacitação durava em torno de 4 a 6 horas, com uma média de 20 participantes. Um site, um *blog* e uma página no *Facebook* foram criados para apoiar o projeto que recebeu, pelas comunidades, o nome de "DiabeteStation".

Resultados

537 moradores da RMC participaram de reuniões presenciais em 21 comunidades da RMC no período de julho de 2015 a dezembro de 2016. Duas enquetes populares foram realizadas. Na primeira, sobre alimentação saudável e atividade física, participaram 198 indivíduos. Na segunda, sobre DM1 e MCS, participaram 256 indivíduos, sendo 78 portadores de DM1. As enquetes foram realizadas de forma presencial e via eletrônica. Dos 256 indivíduos que se manifestaram sobre a influência do estudo em suas vidas, 254 afirmaram que o projeto ajudou a aumentar o conhecimento sobre o DM1. Dos 78 portadores de DM1, 75 afirmaram ter adquirido um maior senso crítico em relação aos MCS e 63 que o projeto ajudou na consciência sobre a importância na perseverança no tratamento. 537 moradores da RMC participaram de reuniões comunitárias. A comunidade virtual é composta de 694 seguidores.

Discussão

Utilizar métodos de educação comunitária aliados à técnicas de comunicação popular e ferramentas da Internet nesse estudo foi a opção conveniente para uma aproximação maior do mundo sócio-cultural de portadores de DM1 e das comunidades. Adequar a informação, a linguagem e o método de abordagem à realidade de cada comunidade mostrou ser o maior desafio desse estudo, já que a amostra é constituída de indivíduos de comunidades onde o acesso ao serviço de saúde e a utilização da Internet são limitados.

Na opinião dos participantes dos grupos, ficou aquém da expectativa a quantidade e a qualidade das informações e orientações recebidas nas consultas médicas, especialmente no que se refere à nutrição, reconhecimento dos sinais de risco, utilização correta da insulina e prevenção de eventos adversos. A Lei dos Cuidados Inversos, descrita por HART (1971) pode ser observada nas comunidades de baixa renda da RMC, em que as populações carentes são sistematicamente as que menos recebem atendimento dos Serviços de Saúde. Estes serviços ao "invés de corrigir acentuam os diferenciais, através de uma discriminação contra as mães e crianças mais pobres" (COSTA E COL. 1996).

A situação encontrada na RMC identificou a fragilidade da educação em saúde nas comunidades em relação ao Diabetes Tipo 1. Nesse estudo ficou demonstrado que as orientações dadas, mesmo em curto espaço de tempo, foram efetivas na mudança de comportamentos arraigados. Com medidas simples, técnicas de comunicação popular e utilização de ferramentas da Internet, foi possível aumentar o conhecimento sobre o DM1, enfatizar a importância do tratamento; ampliar o canal de discussão sobre a doença; e estabelecer novos laços de apoio entre comunidades, famílias e pacientes. O estudo ainda fortaleceu o senso crítico dos participantes em relação ao conteúdo das informações sobre o DM1 que circulam diariamente nos diversos veículos de comunicação.

A realização de estudos com características similares e com a utilização de uma ação educativa inserida nas comunidades, como também campanhas de incentivo e orientação, podem contribuir para uma mudança na situação atual do portador de DM1 em comunidades da Região Metropolitana de Curitiba e, conseqüentemente, nos índices de atraso de diagnóstico e agravos da doença. As evidências levantadas por esse estudo podem ser importantes para subsidiar o debate entre governos, profissionais de saúde, e educadores comunitários na aplicação preventiva de uma abordagem adequada e eficaz no enfrentamento dessa doença crônica e na busca de soluções para reversão do quadro atual.

REFERÊNCIAS

COSTA, DIAS DA J, VICTORA CG, BARROS FC, HALPERN R, HORTA BL, MANZOLLI P. Assistência médica materno-infantil em duas coortes de base populacional no Sul do Brasil: tendências e diferenciais. Cad Saúde Pública 1996; 12 (S1): 59-66.

HART JT. The inverse care law. Lancet 1971; Feb; 405-12.

OLIVETO, Paloma. Estudo mostra que diabetes tipo 1 tira 12,2 anos de vida dos pacientes. 2016. Disponível em: <http://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/ciencia-e-saude/2016/04/06/interna_ciencia_saude,525935/estudo-mostra-que-diabetes-1-tira-12-2-anos-de-vida.shtml>. Acesso em: 20 de abril de 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Informe mundial sobre la diabetes. 2016. Disponível em: <<http://www.who.int/diabetes/global-report/es/>> Acesso em: 10 jan. 2017.

SOUZA, C.; SOARES, V. Número de adultos diabéticos pulou de 108 mi para 422 milhões. 2016. Disponível em: <http://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/ciencia-e-saude/2016/04/07/interna_ciencia_saude,526101/numero-de-adultos-diabeticos-pulou-de-108-mi-para-422-milhoes.shtml>. Acesso em: 20 de Agosto de 2016.

Correspondência

Francisca S. M. Prati
Rua Dr. Faivre, 54 – sala 102 - Centro
80.060-140 – Curitiba - Brasil.
diabetestation@gmail.com
www.diabetestation.com