UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE GRADUAÇÃO
CURSO DE LICENCIATURA INTERCULTURAL INDÍGENA.

LENILDO FLORENCIO NARCISO E EVANDRO NARCISO

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS MORADORES DA ALDEIA KUMARUMÃ PORTADORES DE DIABETES

OIAPOQUE-AP 2013

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ

LENILDO FLORENCIO NARCISO E EVANDRO NARCISO

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS MORADORES DA ALDEIA KUMARUMÃ PORTADORES DE DIABETES

Trabalho de conclusão curso apresentado como requisito obrigatório para a obtenção do grau de licenciado no Curso de Graduação em Licenciatura Intercultural Indígena, da Universidade Federal do Amapá - UNIFAP, Campus Norte-Oiapoque. Orientado pelo professor. Adilson Mendes.

Oiapoque-Ap 2013

LENILDO FLORENCIO NARCISO E EVANDRO NARCISO

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS MORADORES DA ALDEIA KUMARUMÃ PORTADORES DE DIABETES

Trabalho de conclusão de curso na forma de artigo científico apresentado como requisito para obtenção do grau de Licenciado no curso de Licenciatura Intercultural Indígena pela Universidade Federal do Amapá, com habilitação na área de Ciências Exatas e da Natureza.

BANCA EXAMINADORA:

Professor: Msc. Adilson Mendes
Universidade Federal do Amapá
Orientador

Professora: Msc. Marina Teófilo Pignati
Universidade Federal do Amapá
Membro

Oiapoque-AP, 04 de Fevereiro de 2013

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS MORADORES DA ALDEIA KUMARUMÃ PORTADORES DE DIABETES

LENILDO FLORENCIO NARCISO E EVANDRO NARCISO
(Acadêmicos do Curso de Licenciatura Intercultural Indígena –UNIFAP).

Resumo: Este estudo se justificou em função da necessidade de se conhecer e analisar a realidade da população da Aldeia Kumarumã que apresenta a patologia diabetes, verificando o quanto isso afeta sua qualidade de vida. Para isso se aplicou questionário para 26 portadores da doença. Teoricamente se tomou por base estudos teóricos da área da saúde que discutem sobre a relação do diabetes e sua interferência na qualidade de vida. Metodologicamente se utilizou uma investigação através de informação direta com os moradores da aldeia para fazer coleta de dados e utilizando-se o questionário para cada portador da doença avaliar sua qualidade de vida, de acordo com o nível de preocupação que cada um tem com a doença. Esses dados foram analisados e calculados a partir que os questionários foram preenchidos e organizados. Concluiu-se que o diabetes é um grande fator de prejuízo na qualidade de vida dos sujeitos pesquisados e que os mesmo precisam de orientações e remédios constantes para minimizar os males da doença.

PALAVRAS-CHAVE: Aldeia Kumarumã, Qualidade de Vida, Diabetes.

ABSTRACT: This study was justified by the need to understand and analyze the reality of the population that has the Village Kumarumã pathology diabetes, checking how it affects their quality of life. For this questionnaire was applied to 26 patients with the disease. Theoretically if was based on theoretical studies of health that discuss the relationship between diabetes and its interference in quality of life. Methodologically used a research through information directly with the villagers to make data collection and using the questionnaire for each carrier of the disease to assess their quality of life, according to the level of concern that each has with the disease . These data were analyzed and calculated from the questionnaires were completed and organized. We conclude that diabetes is a major factor in loss of quality of life of the subjects studied and the same need constant guidance and remedies to minimize the burden of the disease.

Keywords: Village Kumarumã, Quality of Life, Diabetes.

INTRODUÇÃO

Diabetes é uma doença que existe no mundo todo e que prejudica a saúde das pessoas e consequentemente afeta a qualidade de vida dos portadores. Durante o tratamento dos doentes é necessário o controle dos profissionais de saúde e também disciplina por parte do paciente. O povo Galibi-Marworno, cuja aldeia se localiza em uma grande ilha à margem esquerda do médio Rio Uaçá, com uma população aproximadamente dois mil (2.000) indígenas, também sofre com essa doença.

Muito antes do contato com os não índios não existia tantos problemas de saúde nas aldeias como se tem hoje. Todos viviam livres de alguns tipos de doenças na aldeia, bem como sua alimentação era muito mais saudável. A população vivia da mata, da caça e da pesca em abundância. O relacionamento com a natureza auxiliava a se ter mais saúde que atualmente, consequentemente, as preocupações com as doenças eram menores.

A população indígena sempre conheceu e utilizou os remédios tradicionais para tratar as doenças das quais era acometida. Antigamente, os indígenas não sabiam o que era remédio industrializado e muito menos as ações do governo para a saúde indígena. Dentre as doenças que os indígenas não conheciam está a diabetes. Talvez ela já existisse nas aldeias, mas era muito difícil se perceber e de fato acometer os habitantes. Alguns casos da doença quando apareciam eram conhecidos como outra doença, ou considerada feitiçaria, causada por alguém da comunidade, segundo os pajés.

No decorrer do tempo, a partir do contato mais frequente e direto e indireto com os não índios, o índice de diabetes vem aumentando, em paralelo com a facilidade do desenvolvimento econômico, da transformação da cultura e dos alimentos que compramos na cidade, como enlatados, açucares, sal e outros alimentos gordurosos.

Essas mudanças vêm causando problemas na aldeia e no cotidiano tanto de homens, mulheres e crianças indígenas, que acabam ficando com inúmeras dúvidas sem saber o que fazer para diminuir o diabetes nas aldeias e como utilizar seu próprio conhecimento tradicional neste tipo de doença, comprometendo a qualidade de vida dos mesmos.

De acordo com Ferreira e Santos (2009), qualidade de vida (QV) é "a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações". Qualidade de vida está relacionada a elementos que a sociedade considera como padrão

de conforto e bem-estar, variando com a época, valores, espaços e histórias. Para os pesquisadores, mesmo na ausência de uma definição universal para o termo QV, em qualquer lugar do mundo, as pessoas são familiarizadas com o termo e entendem o que ele compreende.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) apud Ferreira e Santos (2009), define o *Diabetes mellitus* como uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou incapacidade da insulina exercer adequadamente suas ações, caracterizada pela hiperglicemia crônica e alterações no metabolismo dos carboidratos, lipídeos e proteínas. Os sintomas característicos são: polidipsia (sede excessiva), poliúria (aumento da diurese – urina mais), borramento da visão e perda de peso.

Assim, compreendendo o que vem a ser essa patologia, como índio que pertence ao povo Galibi-Marworno, procurou-se realizar este trabalho de pesquisa de modo a melhor compreender como ela se apresenta em termos de índices de pessoas atingidas, bem como o grau de conhecimento da mesma por eles. Com isso poderá se ter mais formas de auxiliar e orientar a população a se tratar e minimizar riscos de morte por falta de conhecimento de como se comportar por exemplo na alimentação.

PRESSUPOSTOS TEÓRICOS:

Observamos empiricamente que na aldeia do Kumarumã e em outras comunidades indígenas está aparecendo muitos casos de diabetes principalmente nos moradores mais velhos e com isso a qualidade de vida dos doentes com diabetes tem demonstrado uma grande mortalidade precoce, já que não temos orientação alguma por parte dos órgãos de saúde pública.

Desde a década de 70 os povos indígenas vêm sofrendo grandes impactos sociais devido à proximidade constante com a sociedade não indígena. Ate então começou aparecer muitos casos de diabetes e outras doenças nas aldeias. Imagina-se que esses fatos venham acontecendo devido a esse tipo de alimentação industrializada que os índios vêm trazendo para aldeia, que são fatores fundamentais para causar o diabetes.

Segundo DELOROSO (2002) o *Diabetes Mellitus* (DM) tem sido considerado uma das principais doenças crônicas que afetam o homem e causa problemas nas populações de países em todos estágios de desenvolvimento econômico-social. Sua principal característica é a presença aumentada de glicose (açúcar) no sangue, chamada

de hiperglicemia, tendo como conseqüências as deficiências visuais, que podem levar à cegueira; as deficiências renais e conseqüentemente à hemodiálise; as deficiências vasculares que podem resultar em gangrena dos membros inferiores podendo causar amputações de membros e também facilitam, em muito, o infarto agudo do miocárdio e o derrame cerebral.

Costa e Neto (1992) explicam que o DM diminuí a capacidade do organismo de consumir a glicose que ele retira dos alimentos para a obtenção de energia. A glicose será transportada pelo sangue para as células do corpo, mas as células precisam de insulina, que é produzida pelo pâncreas, para permitir que a glicose se mova para seu interior. Sem a insulina a glicose se acumula no sangue e precisa então ser eliminada pelos rins, através da urina. A insulina é um hormônio produzido pelo pâncreas, cuja principal função é ajudar a glicose presente no sangue a passar para o interior das células, onde será utilizada para fornecer energia ou será armazenada para futuras necessidades. Na maioria dos diabéticos há uma diminuição absoluta ou relativa na produção de insulina.

A insulina impede que a glicose lançada na corrente sangüínea (glicemia) ultrapasse de 160 a 180 mg/dl após a alimentação. O agravante é que, em grande parte dos casos, o paciente somente poderá se dar conta quando as complicações decorrentes já estiverem instaladas (FRAIGE, 1998).

De acordo com Forjaz et al. (1998) em seus estudos destacam dois tipos mais comuns, o DM tipo I (ou insulino-dependente) que apresenta deficiência na produção de insulina, tornando o indivíduo dependente de insulina exógena; e o DM tipo II (ou não insulino-dependente) que apresenta, principalmente, resistência periférica à ação da insulina que o torna inicialmente hiperinsulinêmico e não insulino-dependente e posteriormente hipoinsulinêmico e dependente de insulina exógena.

O Diabetes Mellitus configura-se hoje como uma epidemia mundial, traduzindo se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. O envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade são os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência do diabetes em todo o mundo.

Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) o número de portadores da doença em todo o mundo era de 177 milhões em 2000, com expectativa de alcançar 350 milhões de pessoas em 2025. No Brasil são cerca de seis milhões de portadores, a números de hoje, e deve alcançar 10 milhões de pessoas em 2010.

Um indicador macroeconômico a ser considerado é que o diabetes cresce mais rapidamente em países pobres e em desenvolvimento e isso impacta de forma muito negativa devido à morbimortalidade precoce que atinge pessoas ainda em plena vida produtiva, onera a previdência social e contribui para a continuidade do ciclo vicioso da pobreza e da exclusão social.

Cerca de 50% da população com diabetes não sabe que são portadores da doença, algumas vezes permanecendo não diagnosticados até que se manifestem sinais de complicações. Por isso, testes de rastreamento são indicados em indivíduos assintomáticos que apresentem maior risco da doença, apesar de não haver ensaios clínicos que documentem o benefício resultante e a relação custo-efetividade ser questionável (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2006).

De acordo com a Constituição Brasileira (BRASIL, 1988) "todos têm o direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, bem de uso comum do povo e essencial à sadia qualidade de vida, impondo-se ao Poder Público e à coletividade o dever de defendê-lo e preservá-lo para os presentes e futuras gerações". Para assegurar este direito, o Poder Público, entre outras ações, necessita controlar a produção, a comercialização e o emprego de técnicas, métodos e substâncias que incorram em risco para a vida, bem como a sua qualidade e a do meio ambiente.

Segundo Leal (2007) o conceito de qualidade de vida é utilizado no contexto de linguagem comum e no contexto de pesquisa científica em diferentes áreas do saber como a enfermagem, a economia, a sociologia, a educação e a psicologia, entre outras.

Definir qualidade de vida não é tarefa simples. O conceito é complexo, ambíguo, lato, volúvel e difere de cultura para cultura, de época para época, de indivíduo para indivíduo e até num mesmo indivíduo se modifica com o decorrer do tempo: o que hoje é boa qualidade de vida pode não ter sido ontem e poderá não ser daqui a algum tempo.

A qualidade de vida está, assim, diretamente relacionada com a percepção que cada um tem de si e dos outros, do mundo que o rodeia e pode ser avaliada mediante critérios apropriados, tais como a educação, a formação de base, a atividade profissional, as competências adquiridas, a resiliência pessoal, o otimismo, as necessidades pessoais e a saúde. Estes critérios são valorizados de forma diferente por cada indivíduo consoante as circunstâncias físicas, psicológicas; sociais; culturais; espirituais e econômicas em que este se encontra, o que levou a que, vários autores, se tenham empenhado a criarem escalas de avaliação de qualidade de vida específicas para indivíduos que apresentam o mesmo diagnóstico médico.

O fato de os critérios serem valorizados de forma diferente também levou ao surgimento de diversas significações de qualidade de vida, tornando-se estas, motivo de reflexão. A qualidade de vida de um portador de doença crônica compreende a percepção individual dentro de um contexto de interações de ordem física, emocional e social que refletirá no seu grau de satisfação com a vida (VIEIRA; LIMA 2005).

Não se pode perder de vista que qualidade de vida está relacionada à saúde, e inclui o estado de bem estar físico, mental e social, compondo o aspecto físico do individuo, de acordo com a realidade e a cultura em que vive. Destaca-se também que a maiorias dos casos dos portadores de diabetes sofre depressão por ser portador da doença e se sente incapaz de superar determinadas reações da doença. Isso interfere na qualidade de vida da família e mesmo na alimentação do grupo familiar.Um portador de diabetes, quando adquire a doença já se sabe que é incurável, e se sente muito desequilibrada no que fazia anteriormente, ou melhor, muda totalmente o estilo de vida.

A maioria dos portares de diabetes leva uma vida muito complicada ou ruim principalmente para quem vive em lugar de difícil acesso, onde não há médico e outros profissionais de saúde para orientá-los quando for necessário, como é o caso da nossa aldeia.

Na concepção de Silva (2003), os indicadores de qualidade de vida procuram contemplar a noção individual ou coletiva, porém subjetiva, de qualidade de vida, referindo-se aos mais variados eventos que constituem o termo, como: saúde, trabalho, educação, moradia e transporte.

Indicadores de qualidade de vida relacionados à saúde são definidos a partir de situações particulares envolvendo um indivíduo ou grupo de pessoas doentes, submetidos a tratamento, e procura avaliar a questão da eficácia dos procedimentos quanto à melhora ou piora do estado de saúde. Neste caso, medir qualidade de vida relativa à saúde, parece orientar as pesquisas no sentido de isolar fenômenos até o ponto de serem passíveis de controle e intervenção em prol dos pacientes ou dos investimentos financeiros na área.

Investe-se no desenvolvimento de instrumentos de medida de qualidade de vida denominados específicos, diferentes dos genéricos que medem qualidade de vida em geral, como forma de discriminar as menores diferenças no estado de saúde do usuário, avaliando, assim, os resultados da intervenção medicamentosa ou cirúrgica. Isto permite informar aos órgãos governamentais e agências de fomento sobre os resultados e necessidade ou não de investimentos na área.

CAMINHOS METODOLÓGICOS

Local do desenvolvimento da pesquisa

Esta pesquisa foi realizada entre os meses de maio e junho de 2012 na aldeia Kumarumã que pertence ao Povo Indígena da etnia Galibi-Marworno, localizada a margem esquerda do médio Rio Uaçá – Terra Indígena Uaçá – Município de Oiapoque, Estado do Amapá na divisa com a Guiana Francesa. Sua população é de, aproximadamente, dois mil (2.000) indígenas.

Sujeitos pesquisados

Na referida aldeia hoje tem uma população de 32 (trinta e dois) pessoas na aldeia consideradas portadoras de diabetes. Mas o grupo da pesquisa se organizou com apenas vinte e seis (26). Esse grupo dos participantes é composto por seis (06) homens e vinte (20) mulheres, cujas idades variaram entre 33 (trinta e três) e 94 (noventa e quatro) anos. Portanto, esta pesquisa foi feita com o apoio destas pessoas que foram entrevistadas, fornecendo o passo a passo da sua vida cotidiana sobre como está sendo a sua convivência com a doença.

Coleta de dados

Para se obter os dados, foram formulados questionários (ANEXO I) e fornecido um para cada portador da doença avaliar sua qualidade de vida. Coletou-se os dados a partir da visita nas casas dessas pessoas. O questionário contava com 20 perguntas onde se indagava como eles se sentem com a convivência com a doença, se a doença lhe traz alguma preocupação e o que mudou em suas vidas depois que contraiu o diabetes.

Nas respostas eles precisavam estabelecer uma nota de 0 a 04 de acordo com nível de preocupação que cada um tem com a doença. Alguns questionários foram preenchidos pelo próprio pesquisador, principalmente para as pessoas com dificuldade na visão, onde se fez as perguntas oralmente e eles responderam, outros que não sabiam ler e do mesmo modo se lia o questionário e se explicava bem detalhadamente para que eles pudessem entender. Com isso se conseguiu concluir a pesquisa com êxito e chegar a uma conclusão mais concreta.

A partir de todos os resultados do questionário que foram preenchidos por cada um dos portadores de diabetes, foi feito o cálculo seguinte:

O resultado foi realizado a partir do calculo feito com o auxilio do teste estatístico T de student, (que é um teste de hipóteses que usa conceitos estatísticos para rejeitar ou não uma hipótese nula quando a estatística de teste (t) segue uma distribuição t de Student. Trata-se de uma suposição quanto ao valor de um parâmetro populacional, ou quanto à natureza da distribuição de probabilidade de uma variável populacional. TESTE DE HIPÓTESE É uma regra de decisão para aceitar ou rejeitar uma hipótese estatística com base nos elementos amostrais)

Resultado da pesquisa:

Conforme já disse antes, a aldeia Kumarmã tem aproximadamente dois mil (2.000) moradores, desses encontram-se diagnosticados trinta e dois (32) moradores portadores da doença. Foram entrevistados vinte e seis (26). Isso ocorreu devido os outros não estarem na aldeia no período da pesquisa. Como já se apontou esse grupo dos participantes é composto por seis (06) homens e vinte (20) mulheres, cujas idades variaram entre 33 (trinta e três) e 94 (noventa e quatro) anos. Todos os entrevistados foram visitados nas suas residenciais para responder o questionamento de acordo com o número que indica a melhor resposta para cada questão que está relacionada com seus problemas de saúde.

TABELA-1 número de pessoas pesquisadas:

Variável	Total
Sexo (n=26)	Nº 26
Masculino	06
Feminino	20

Como se pode verificar, no preenchimento da tabela 2 se verifica que a população é composta de pessoas que variam entre 25 a 94 anos. A idade é um dos fatores que contribui para o surgimento de diabetes: quanto mais idosa a pessoa vai ficando, menor sua capacidade de metabolizar os açucares e maior o risco de diabetes tipo 2 (DIEHL, 2008).

TABELA 2. Os participantes da pesquisa (por faixa etária de 15 a 94 anos).

Variável	Idades					
Nº de pessoas	15 a25	25 a 35	35 a 45	45 a 55	55 a 65	65 a 94
03		X				
02			X			
06				X		
08					X	
07						X

Descrição dos dados

A tabela 3 explica a escala de conversão relativa ao somatório das respostas do questionário. Por exemplo, ser o somatório das respostas estiver entre 1 – 20 significa que é um pequeno problema de saúde, conforme explicado abaixo.

TABELA 3. Escala de convenção relativa ao somatório das respostas do questionário:

Variável em classe	Nível	Descrição
0	1	Não é um problema de saúde
1 até 20	2	É um pequeno problema de saúde
2 até 40	3	É um problema moderado de saúde
3 até 60	4	É quase um problema de saúde
4 até 80	5	É um problema sério de saúde

Nota: A referida escala foi elaborada para este estudo.

Os resultados foram divididos em homens e mulheres para facilitar o entendimento da pesquisa.

EXPOSIÇÃO TABULAR E ANÁLISE DE VARIÁVEL QUANTITATIVA:

A TABELA 4, foi elaborado somente para as 20 mulheres entrevistadas, são apresentado por dez coluna vertical e quarenta horizontal sendo que a cada 2 linhas representa a resposta de 1 pessoa para todas as perguntas feitas no questionário. Ela foi dividida com uma linha em branco no meio para facilitar a visualização dos resultados.

Tabela 4: Dados brutos da pesquisa: Sujeitos pesquisados do sexo feminino.

4	2	1	4	3	3	2	2	3	1
2	1	2	4	4	2	2	3	4	2
2	4	4	2	4	0	4	2	2	4

4	1	2	3	2	1	1	1	1	2
0	1	2	4	3	1	1	1	2	2
4	4	4	4	4	1	3	4	2	2
2	3	2	2	2	2	4	4	2	2
4	4	4	4	1	4	4	4	4	4
2	4	3	4	1	4	3	4	4	1
4	4	4	3	4	1	4	3	4	2
0	1	2	4	2	1	1	1	2	2
4	4	4	2	4	4	3	4	2	1
3	4	2	2	4	3	4	2	4	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
3	2	1	4	2	2	2	2	3	3
2	4	2	4	1	1	4	4	3	3
2	1	2	1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4	4	4	4	4	1	4	4	4	2
2	4	2	4	4	2	4	3	4	4
2	0	3	4	4	1	4	1	2	4
4	1	2	2	1	2	3	2	3	2
1	0	3	1	4	4	2	4	4	4
1	2	2	0	4	2	1	2	2	2
1	2	2	0	3	4	3	3	2	2
4	3	3	3	4	4	4	4	4	4
4	4	2	2	2	2	2	2	3	3
4	3	3	4	4	2	4	4	4	4
2	4	3	4	1	3	4	4	4	4
4	4	3	4	3	4	2	4	2	4
1	2	3	0	3	2	3	1	4	4
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	2	3	3	1	4	4	3	2	2
4	4	3	4	4	4	4	4	4	4
4	4	3	2	4	1	4	2	2	3
3	2	4	4	3	2	4	4	2	2
1	2	3	2	2	0	1	2	2	3
1	1	2	2	2	0	1	2	2	2
4	4	3	1	1	4	3	4	4	4
2	2	4	3	4	2	2	2	2	2

Desta maneira, a partir do somatório das colunas dos dados brutos obtivemos os seguintes dados, conforme a tabela 5.

Tabela 5: Rol a partir do somatório das colunas dos dados brutos:

39	46	49	50	51	52	54	54	55	55
56	56	57	58	58	58	59	59	63	64

amostra categorizam-se no nível 5 da escala de convenção, ou seja, este grupo de mulheres indígenas têm problemas sérios de saúde. Os resultados das respostas das moradoras indígenas tiveram uma aproximação quanto às respostas dos moradores indígenas da Aldeia Kumarumã no que se refere ao questionário aplicado na pesquisa, pois nenhuma das respostas das participantes correspondeu ao nível 1, 2 ou 3 da escala de convenção deste estudo.

Dessa forma para que a ocorra à elevação da expectativa de vida das moradoras indígenas é imprescindível que estas tenham acesso a atendimento preventivo de doenças, o que influenciaria nos resultados do índice de desenvolvimento humano indígena (IDH-I), e consequentemente, na qualidade de vida do povo Galibi Marworno, já que a saúde é um dos direitos sociais previsto na Constituição Federal (BRASIL, 1988, 2010, Art. 6º).

TABELA 7: Avaliação da qualidade de vida de moradoras indígenas da faixa etária de 33 a 94 anos.

Na Aldeia Kumarumã / 2012

Variável Quantitativa	Frequência (%)
39 ⊢——— 45	5
45 ⊢——— 51	15
51 ⊢——— 57	40
57 ⊢——— 63	30
63 ⊢——— 69	10
Total	100

. EXPOSIÇÃO TABULAR E ANÁLIE DE VARIÁVEL QUANTITATIVA:

A TABELA 8, foi elaborado somente para os homem, são apresentado por seis (06) coluna vertical e 20 horizontal sendo que cada uma (01) linhas representa a resposta de uma (01) pessoa para todas as perguntas feitas no questionário

Tabela 8: Dados Brutos da pesquisa:

2	4	4	2	3	1
1	4	3	3	2	2

1	4	0	4	4	4
1	3	2	1	1	2
1	3	4	1	1	4
2	4	4	4	4	4
2	2	0	4	2	2
4	4	4	4	4	4
4	4	4	2	4	4
4	4	4	4	4	4
1	4	4	1	1	2
4	4	2	4	4	4
3	4	1	2	2	4
4	3	4	4	4	4
1	4	3	1	2	2
4	3	4	3	2	4
1	1	2	1	1	2
1	2	1	1	1	2
4	4	2	3	4	4
4	4	1	3	4	2

Desta maneira a partir do somatório das colunas da tabela de dados brutos obtivemos os seguintes dados, conformes a tabela 9.

Tabela 9: Rol a partir do somatório das colunas da tabela de dados brutos:

49	52	53	54	61	70

Tabela de frequência simples:

TABELA 10: Avaliação da qualidade de vida de homens indígenas da faixa etária de 54 a 73 anos.

Na Aldeia Kumarumã / 2012

Variável Quantitativa	Frequência
49	1
52	1
53	1
54	1
61	1
70	1
Total	6

- Cálculos estatísticos para organizar a tabela de dados em classe:
- Amplitude do intervalo de classe (AT):

$AT = Ls - Li \quad \rightarrow \quad AT = 70 - 49 = 21$ pontos.

• Número de classes (K):

$K = \sqrt[5]{n}$ → $K = \sqrt[5]{6} = 2{,}44$ classes.

• Amplitude do intervalo de classe (i):

$i = \frac{AT}{n}$ → $i = \frac{AT}{n} = \frac{21}{2{,}44} = 8{,}60 \cong 9$ pontos/classes.

Tabela de dados em classe:

Comparando os dados da tabela 11 com a escala de convenção adotada para análise deste estudo, constata-se que 66,6% dos moradores homens indígenas da Aldeia Kumarumã participantes da amostra da pesquisa estão no nível 4 de avaliação de qualidade de vida, ou seja, têm problemas moderados de saúde. Enquanto que 33,4% da amostra caracterizaram-se no nível 5 da escala de convenção, ou seja, correspondem a moradores indígenas que têm problemas sérios de saúde. Os resultados são alarmantes considerando que nenhuma das respostas dos participantes da pesquisa correspondeu ao nível 1, 2 ou 3, o que seria a detecção de nenhum tipo de problema, pequeno problema ou problema moderado de saúde.

TABELA 11: Avaliação da qualidade de vida de moradores indígenas do sexo masculino da faixa etária de 54 a 73 anos.

Na Aldeia Kumarumã / 2012

Variável Quantitativa	Frequência (%)
49 ⊢——— 58	66,6
58 ⊢——— 67	16,7
67 ⊢——— 76	16,7
Total	100

RESULTADO DA PESQUISA COM TODOS OS SUJEITOS PESQUISADOS.

De acordo com a tabela 12 verificamos que a população indígena desta aldeia, tanto homem quantos mulheres requer de atendimento à saúde a fim de suprir as demandas de doenças que afligem a este grupo étnico.

TABELA 12: Respostas de todos os entrevistados portadores de diabetes

Sugestões:	Intervalo	Nº de pessoa	(%)
Não é um problema – 0 = 0	0 a 20	0	0
É um pequeno problema – 1 = 20	21 a 40	01	3,85
É um problema moderado – 2 = 40	41 a 60	21	80,77
É quase um problema sério – 3 = 60	61 a 80	04	15,38
É um problema sério – 4 = 80	81 a 200	0	0
Total		26	100

Como a questão da saúde é uma das variáveis que se relaciona com a esperança de vida, onde este é usado para medir o desenvolvimento humano dos países (UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME, 1990, p. 9-16).

De acordo com a pesquisa realizada a conclusão a que se chegou foi a de que o diabetes é uma doença que compromete a qualidade de vida dos moradores da aldeia Kumarumã, de forma que a maioria dos entrevistados disse por ser um problema, embora moderado, como se ver na tabela 12. Constata-se ainda que não existe uma relação linear entre a gravidade da complicação e o impacto na qualidade de vida, uma vez que, por vezes, doentes com níveis mais graves da complicação apresentam uma qualidade de vida superior à de indivíduos com níveis menos graves desta.

Os portadores dessa doença recebem tratamento no posto de saúde da aldeia e recebem seus remédios regularmente, mas existe uma grande preocupação com o crescimento do número dos diabéticos e é preciso que haja um controle dessa doença para que ela não venha a se espalhar na aldeia.

Considerações finais

O resultado deste estudo aponta para a necessidade de investimentos no atendimento da saúde do povo Galibi Marworno e em pesquisas futuras para se instituir o índice de desenvolvimento humano indígena (IDH-I) deste grupo étnico que faz parte dos Povos Indígenas do Norte do Amapá e Pará. Pois como os mesmos demonstraram, há dificuldades de conviver com o diabetes e que muitas coisas mudaram em suas vidas depois da doença. A prevenção pode minimizar essa doença, mas a falta de informação para a população Indígena, que poderia vir dos programas públicos de saúde

faz com que essa doença gere um grande problema para a comunidade, causando pavor nas pessoas.

REFERÊNCIAS:

BITTENCOURT A. C.; COSTA, F. T. **Relação entre comportamento governado por regra e controlado por contingência em caso de adultos com Diabetes,** belém 2002

BRASIL (1988). Constituição da república federativa do brasil. artigo 225.

BRASIL, ministério da saúde, coordenação de doenças cardiovasculares no Brasil-SUS: dados epidemiológicos e assistência médica. Brasil, ministério da saúde, 1993.

Carla Manuela da silva leal (omaildacarla @ yahoo. com.br) 2008. reavaliar o conceito de qualidade de vida

COSTA, A. A.; silva neto, j. **Manual de Diabetes.** sarvier. são paulo, 1992.

DELOROSO, F. t. **Promoção da Qualidade de Vida em Diabéticos:** a atividade física como fator mobilizador da comunidade da região dos amarais/campinas / são paulo. departamento de fisioterapia. uniararas – sp.

FERREIRA, F. S. e SANTOS, C. B. **Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes diabéticos atendidos pela equipe saúde da família.** UERJ, Rio de Janeiro, 2009

FORJAZ, c. l. m.; Junior, c. g. c.; BISQUOLO, v. a. f. **exercício físico resistência à insulina e diabetes melito: efeitos agudos e crônicos, cuidados necessários.** *revista da sociedade de cardiologia do estado de são paulo*, 12(5a):16-27, 2002.

Ministério da saúde, secretaria de atenção à saúde, departamento de atenção básica, cadernos de atenção básica N.º 16, série a. normas e manuais técnicos, brasília – df 2006, diabetes mellitus

NETO, Brandão; DIEHL, Rodrigo Antõnio. **Leandro Arthur. Principais Temas em Endocrinologia para Residência Medica. São Paulo: Medcel Editora e Eventos, 2008.**

SILVA, maria josé Moreira. **da avaliação da qualidade de vida de portadores de diabetes melito, -** florianópolis 2003; universidade federal de santa catarina centro de filosofia e ciências humanas programa de pós-graduação em psicologia.

Teste t-Student PROFª DOUTORA CÉLIA SALES – 01/07/2010

VANESSA GRAZIELLE VIEIRA (bolsista sae/unicamp) e prof. dra. maria helena de melo lima (orientadora), faculdade de ciências médicas - fcm, unicamp. **diabetes e qualidade de vida: utilização do "whoqol-bref" em uma amostra de clientes de uma unidade básica de saúde no município de campinas-sp, 2005.**

.

ANEXO I

Instrumento para coleta de dados

I. Dados sobre a qualidade de vida relacionada ao diabetes

B-PAID (Versão brasileira da escala PAID - *Problems Areas in Diabetes*)
Instruções: A partir de sua própria perspectiva, em que grau as seguintes questões relacionadas ao diabetes são um problema comum para você?
Por favor, circule o número que indica a melhor resposta para você em cada questão.

1. A falta de metas claras e concretas no cuidado do seu diabetes:				
Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4
2. Sentir-se desencorajado com o seu tratamento do diabetes:				
Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4
3. Sentir medo quando pensa em viver com diabetes:				
Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4
4. Enfrentar situações sociais desconfortáveis relacionadas aos cuidados com seu diabetes (por exemplo pessoas falando para você o que você deve comer):				

Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4
5. Ter sentimentos de privação a respeito da comida e refeições:				
Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4
6. Ficar deprimido quando pensa em ter que viver com diabetes:				
Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4
7. Não saber se seu humor ou sentimentos estão relacionados com o seu diabetes:				
Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4
8. Sentir que o seu diabetes é um peso para você:				
Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4
9. Preocupar-se com episódios de glicose baixa:				
Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4
10. Ficar brabo /irritado quando pensa em viver com diabetes:				
Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4
11. Preocupar-se com a comida e o que comer:				
Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4
12. Preocupar-se com o futuro e com a possibilidade de sérias complicações:				
Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4
13.Sentir-se culpado(a) ou ansioso(a) quando você deixa de cuidar do seu diabetes:				
Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4
14. Não aceitar seu diabetes:				
Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4
15. Sentir-se insatisfeito com o médico que cuida o seu diabetes:				
Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4
16. Sentir que o diabetes está tomando muito de sua energia mental e física diariamente:				

Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4
17. Sentir-se sozinho com seu diabetes:				
Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4
18. Sentir que seus amigos e familiares não apóiam seus esforços em lidar com o seu diabetes:				
Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4
19. Lidar com as complicações do diabetes:				
Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4
20. Sentir-se esgotado com o esforço constante que é necessário para cuidar do seu diabetes:				
Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4