

UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO E EXTENSÃO
DIRETORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
Credenciado pela CAPES, Parecer CNE/CES n.º 1.334/2001 aprovado em 12 de dezembro de 2001
Homologado pela portaria MEC 467 de 22 de fevereiro de 2002 (D.O.U. Seção I, 25/02/2002)



**ESTUDO DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE ALGUMAS POPULAÇÕES MBYÁ-
GUARANI DO RIO GRANDE DO SUL DECORRENTE DO SEU CONTATO COM
A CIVILIZAÇÃO CHAMADA OCIDENTAL**

EDWING MARTIN HOLGUIN WILSON

AREA DE CONCENTRAÇÃO: ATENÇÃO À SAÚDE

**LINHA DE PESQUISA: SAÚDE DE POPULAÇÕES INDÍGENAS E
ETNOTERAPIAS**

CANOAS, MAIO/ 2005

UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO E EXTENSÃO
DIRETORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
Credenciado pela CAPES, Parecer CNE/CES n.º 1.334/2001 aprovado em 12 de dezembro de 2001
Homologado pela portaria MEC 467 de 22 de fevereiro de 2002 (D.O.U. Seção I, 25/02/2002)



**ESTUDO DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE ALGUMAS POPULAÇÕES MBYÁ-
GUARANI DO RIO GRANDE DO SUL DECORRENTE DO SEU CONTATO COM
A CIVILIZAÇÃO CHAMADA OCIDENTAL**

Dissertação de Mestrado apresentada no Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Luterana do Brasil – RS, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva

ALUNO: EDWING MARTIN HOLGUIN WILSON

ORIENTADOR: Dra. ELAINE DA SILVEIRA

CANOAS, MAIO / 2005

UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO E EXTENSÃO
DIRETORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA



**ESTUDO DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE ALGUMAS POPULAÇÕES MBYÁ-
GUARANI DO RIO GRANDE DO SUL DECORRENTE DO SEU CONTATO COM
A CIVILIZAÇÃO CHAMADA OCIDENTAL**

EDWING MARTIN HOLGUIN WILSON

Esta dissertação foi julgada adequada para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva e aprovada em sua forma final pelo orientador e pela banca examinadora:

Prof. Dra Elaine da Silveira (ULBRA – orientadora)

Prof. Dra. Maria Elena da Silva Nery (FADEP)

Prof. Dra. Dorilda Grolli (ULBRA)

Prof. Dr. Celso Gutfreind (ULBRA)

AGRADECIMENTOS

Agradeço profundamente a participação das seguintes pessoas,
sem as quais este trabalho não poderia ser realizado.

Augusto Duarte

Cacique de Palmares.

Carlos Jimenes

Cacique de Varzinha.

Cesário Timoteo

Conselheiro de Campo Molhado.

Cleonice Gomes da Silva

Auxiliar de Enfermagem da Equipe de Saúde Indígena.

Deonildo José Veronese

Professor e Revisor de Português.

Elaine da Silveira

Orientadora.

Eloir de Oliveira

Professor de Estiva.

Eloy de Lima

Equipe de Pesquisa em Etnociências, Revisor de Português.

Horacio Lopes

Cacique de La Figueira – Torres.

Isabel Lourdes de Jesus

Coordenadora da Questão Indígena.

José da Silva

Morador de Capivari.

Letícia Lopes da Poian Holguin

Equipe de Pesquisa em Etnociências.

Márcio de Deus Lopes

Motorista da Equipe de Saúde Indígena.

Mario Karaí Moreira

Professor de Canta Galo.

Miguel Alexandre Brizuela

Cacique de Riozinho.

Rafael Lazarotto

Equipe de Pesquisa em Etnociências.

Ricardo Augusto Lopes Fagundes

Médico da Equipe de Saúde Indígena.

Rita de Cássia Nunes Soares

Auxiliar de Enfermagem da Equipe de Saúde Indígena.

Rogério Freitas Bertoldi

Enfermeiro da Equipe de Saúde Indígena.

Santiago Franco

Agente de Saúde de Lomba do Pinheiro.

Sinara Batista Ribeiro

Auxiliar de Enfermagem da Equipe de Saúde Indígena.

Tadeu Ascolli

Equipe de Pesquisa em Etnociências.

Tânia Caputo Pinheiro Machado

Ex-Médica da Equipe de Saúde Indígena.

Valdecir Timoteo

Ex-Cacique de Canta Galo.

RESUMO

Durante o período 2000 – 2004 foi estudada a relação existente entre o perfil epidemiológico e o nível de contato das populações Mbyá – Guarani dependentes da Equipe de Saúde Indígena do Pólo Base Viamão/RS, através do estudo das causas de consulta registradas, o estudo epidemiológico destas causas, o cálculo do Índice de Necessidades de Saúde Insatisfeitas (I.N.S.I.), o estudo do nível de contato com as populações da cultura envolvente aos Guaranis, e a relação entre este grau de contato e o perfil epidemiológico encontrado. Os resultados demonstram que entre as 20 causas maiores de consulta estão às doenças respiratórias com 42,99%; verminose com 11,98%; desnutrição com 9,47%; doenças dermatológicas com 8,6%; sinusopatias com 4,03%; diarreias com 3,92%; consulta pré-natal com 3,3%; escabiose com 2,97%; anemia com 2,9%; pediculose com 2,68%; feridas com 2,14%; puericultura com 2,1%; doenças perioftalmológicas com 1,85%; dermatomicose com 1,74%; asma com 1,56%; mialgia com 1,48%; abscesso com 1,45%; gastrite com 1,27%; hipertensão arterial com 0,98%; otite com 0,98%; alcoolismo com 0,83%. Com estes dados foi feito o cálculo do I.N.S.I., encontrando em ordem decrescente a Torres (+4,2005); Canta Galo (+2,748); Palmares (+2,11); Varzinha (+1,09); Capivari (+1,00); Estiva (+0,53); Campo Molhado (-1,00); Lomba do Pinheiro (-3,43); Riozinho (-6,889). O grau de contato encontrado em ordem crescente foi Palmares 8; Campo Molhado 11; Varzinha 12; Estiva 16; Lomba do Pinheiro 16; Torres 20; Capivari 20; Riozinho 21; Canta Galo 25. Concluindo que as comunidades que tem maior ou menor contato, apresentam melhores índices de saúde, entretanto as com contatos intermediários são os piores. Recomenda-se respeitar os valores culturais e evolutivos de cada comunidade para minimizar o impacto negativo do contato parcial entre culturas.

Palavras chave: Guarani – Epidemiologia - Contato

RESUMEN

Durante el período de 2000 – 2004, fue estudiada la relación existente entre el perfil epidemiológico y el grado de contacto entre las poblaciones Mbyá – Guaraní dependientes del Equipo de Salud Indígena del Polo Base Viamão/RS, mediante el estudio de las consultas registradas, el estudio epidemiológico de éstas, cálculo del Índice de Necesidades de Salud Insatisfechas (I.N.S.I.), estudio del grado de contacto con las poblaciones de cultura envolvente a los guaraní y la comparación del grado de contacto con el perfil epidemiológico. Los resultados demuestran que entre las 20 mayores causas de consulta están las enfermedades respiratorias 42,99%; parasitosis 11,98%; desnutrición 9,47%; enfermedades dermatológicas 8,6%; sinusopatías 4,03%; diarreas 3,92%; consulta prenatal 3,3%; sarcoptosis 2,97%; anemia 2,9%; pediculosis 2,68%; heridas 2,14%; control del niño sano 2,1%; enfermedades perioftalmológicas 1,85%; dermatomicosis 1,74%; asma 1,56%; mialgia 1,48%; absceso 1,45%; gastritis 1,27%; hipertensión arterial 0,98%; otitis 0,98%; alcoholismo 0,83%. Con estos datos se realizó el cálculo Del I.N.S.I., encontrándose en orden decreciente a Torres (+4,2005); Canta Galo (+2,748); Palmares (+2,11); Varzinha (+1,09); Capivari (+1,00); Estiva (+0,53); Campo Molhado (-1,00); Lomba do Pinheiro (-3,43); Riozinho (-6,889). El grado de contacto encontrado en orden creciente fue Palmares 8; Campo Molhado 11; Varzinha 12; Estiva 16; Lomba do Pinheiro 16; Torres 20; Capivari 20; Riozinho 21; Canta Galo 25. Concluyendo que las comunidades que tienen mayor o menor contacto, presentan mejores índices de salud, en tanto que las que tienen contacto intermedio los peores. Se recomienda respetar los valores culturales y evolutivos de cada comunidad para minimizar el impacto negativo del contacto parcial entre culturas.

Palabras llave: Guarany – Epidemiología – Contacto

SUMÁRIO

Agradecimentos.....	4
Resumo.....	6
Resumen.....	7
Sumário.....	8
Título.....	11
Resoluções do Comitê de Ética.....	11
Introdução.....	12
1. Referencial Teórico e Justificativa.....	12
1.1. As Origens da Cultura.....	13
1.2. O Continente Americano.....	14
1.3. Os Guaranis.....	17
1.4. A Atualidade.....	18
1.5. Histórico e Relevância.....	21
2. Problema Identificado.....	23
3. Objetivos.....	24
4. Metodologia.....	25
4.1. Tipo de pesquisa.....	25
4.2. População em estudo.....	25
4.3. Perfil epidemiológico.....	27
4.4. Aplicação de questionário.....	27
4.5. Cálculo do Índice de Necessidades de Saúde Insatisfeitas (I.N.S.I.).....	31
4.6. Análise estatística.....	32
4.6.1. Análise quantitativa.....	32
4.6.1.1. Teste a ser empregado.....	32
4.6.1.2. Procedimento do Teste.....	33
5. Resultados.....	35
5.1. Perfil Epidemiológico das populações estudadas	35
5.1.1. Perfil Epidemiológico de Canta Galo.....	36
5.1.2. Perfil Epidemiológico de Varzinha – Caraá.....	39
5.1.3. Perfil Epidemiológico de Riozinho.....	41
5.1.4. Perfil Epidemiológico de Palmares – Granja Vargas.....	42

5.1.5. Perfil Epidemiológico de Capivari.....	44
5.1.6. Perfil Epidemiológico de Maquine – Campo Molhado.....	45
5.1.7. Perfil Epidemiológico de Torres – La Figueira.....	47
5.1.8. Perfil Epidemiológico de Lomba do Pinheiro.....	49
5.1.9. Perfil Epidemiológico de Estiva.....	50
5.2. Perfil Epidemiológico Consolidado das Populações Guarani estudadas e pertencentes ao Pólo Base Viamão.....	53
5.3. Os 21 diagnósticos mais frequentes.....	58
5.4. Índice de Necessidades de Saúde Insatisfeitas.....	60
5.4.1. Cálculo do Índice da doença respiratória.....	61
5.4.2. Cálculo do Índice da verminose.....	62
5.4.3. Cálculo do Índice da desnutrição.....	63
5.4.4. Cálculo do Índice da doença dermatológica.....	64
5.4.5. Cálculo do Índice das sinusopatias.....	65
5.4.6. Cálculo do Índice das diarreias.....	66
5.4.7. Cálculo do Índice do controle pré-natal.....	67
5.4.8. Cálculo do Índice da escabiose.....	68
5.4.9. Cálculo do Índice da anemia.....	69
5.4.10. Cálculo do Índice da pediculose.....	70
5.4.11. Cálculo do Índice de feridas.....	71
5.4.12. Cálculo do Índice de puericultura.....	72
5.4.13. Cálculo do Índice de doenças perioftalmológicas.....	73
5.4.14. Cálculo do Índice das dermatomicoses.....	74
5.4.15. Cálculo do Índice de asma.....	75
5.4.16. Cálculo do Índice da mialgia.....	76
5.4.17. Cálculo do Índice de abscesso.....	77
5.4.18. Cálculo do Índice da gastrite.....	78
5.4.19. Cálculo do Índice da hipertensão arterial.....	79
5.4.20. Cálculo do Índice da otite.....	80
5.4.21. Cálculo do Índice de alcoolismo.....	81
5.5. Índice de Necessidades de Saúde Insatisfeitas por Populações e por Variável das Terras Indígenas do Pólo Base Viamão/RS, 2000 - 2004.....	82
5.6. Índice de Necessidades de Saúde Insatisfeitas consolidado das Populações Mbyá – Guarani pertencentes ao Pólo Base Viamão/RS, 2000 – 2004.....	84
5.7. Localização dos índices aplicados no mapa.....	85
5.8. Nível de Contato das Populações Originárias Mbyá – Guarani do Pólo Base Viamão/RS, 2000 – 2004.....	86
5.8.1. Reserva Indígena de Canta Galo (Yriapú).....	87
5.8.2. Reserva Indígena de Varzinha (Tekoá kaateth).....	88
5.8.3. Acampamento Indígena de Riozinho.....	89
5.8.4. Reserva Indígena de Palmares (Yryapú).....	90
5.8.5. Acampamento Indígena de Capivari.....	91
5.8.6. Acampamento Indígena de Campo Molhado (Maquine – Barra de Ouro).....	92
5.8.7. Acampamento Indígena de Torres (La Figueira).....	93
5.8.8. Reserva Indígena de Lomba do Pinheiro.....	94

5.8.9. Acampamento Indígena de Estiva.....	95
5.9. Consolidação das pontuações de contato das populações Mbyá – Guarani do Pólo Base Viamão/RS, 2000 – 2004.....	96
5.10. Relação do grau de contato entre as populações ocidentais e as populações originárias com o Índice de Necessidades de Saúde (I.N.S.I.) encontrado.....	101
Conclusão.....	106
Recomendações.....	117
Referências.....	120
Anexo 1.....	124
Anexo 2.....	125
Anexo 3.....	127

TÍTULO

**ESTUDO DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE ALGUMAS
POPULAÇÕES MBYÁ-GUARANI DO RIO GRANDE DO SUL
DECORRENTE DO SEU CONTATO COM A CIVILIZAÇÃO
CHAMADA OCIDENTAL**

RESOLUÇÕES DOS COMITÊS DE ÉTICA

Projeto com termo de Avaliação e Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos e Animais da ULBRA, em 26 de Março de 2004.

Aprovado com o Parecer No 813/2004 do Ministério da Saúde/ Conselho Nacional de Saúde/ Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP de 20 de Maio de 2004.

INTRODUÇÃO

1. Referencial Teórico e Justificativa.

Estudar o comportamento do perfil epidemiológico de populações, e o contato entre culturas para posteriormente inferir resultados a partir destes estudos, requer um suporte legal que se baseia na Constituição da República Federativa do Brasil, no capítulo IV da Ciência e Tecnologia, seu artigo 218, parágrafo 4º que a letra diz “*A lei apoiará e estimulará as empresas que invistam em pesquisa, criação de tecnologia adequada ao País, formação e aperfeiçoamento de recursos humanos...*”, e na Constituição do Estado do Rio Grande do Sul, artigo 234, item IV, que a letra diz “*apoiar e estimular as empresas e entidades cooperativas, fundações e autarquias que investirem em pesquisa e desenvolvimento tecnológico e na formação e aperfeiçoamento de seus recursos humanos*”, e na Lei Orgânica Municipal de abril de 1990, artigo 159, item, que descreve; “*fomento á pesquisa, ao ensino e ao aprimoramento científico, tecnológico e de recursos humanos no desenvolvimento da área da saúde*”.

Neste trabalho encontramos, em cada população originária estudada (original do continente Americano), um perfil epidemiológico diferente quando relacionada com o contato com a civilização envolvente (civilização imigrante ou de descendência européia).

1.1 As origens da cultura.

Para poder entender e estudar a relação entre o impacto do contato de culturas, primeiro devemos conceituar o que é cultura.

Definimos cultura como o conjunto de saberes e obras de um agrupamento humano determinado. A palavra derivada do vocábulo alemão *kultur*; entende-se como “ato, efeito de cultivar”; aplicando-se a “desenvolvimento intelectual, saber, utilização industrial de certos produtos naturais, estudo, elegância, esmero, conjunto dos padrões de comportamento, das crenças, das instituições e de outros valores morais e materiais, característicos de uma sociedade, civilização”. (DICIONÁRIO UNIVERSAL DE LINGUA PORTUGUESA, 1998)

Todo agrupamento humano está constituído por núcleos menores que podem ser definidos, em ordem decrescente, como nações, tribos, clãs ou famílias (LEVI-STRAUSS, 1980).

Estes agrupamentos menores estão constituídos por indivíduos. Então se pode dizer que os indivíduos agrupados em famílias, com obras, costumes e saberes próprios são formadores da cultura, que, ao serem agrupados e organizados dentro dela conceituam a civilização, acorde com o conceito de **civilização** da língua portuguesa: “1.ato ou efeito de civilizar-se. 2.conjunto de caracteres próprios da vida social, política, econômica e cultural de um país ou região; cultura”(FERREIRA, 1977)

A origem da cultura humana em geral perde-se na nuvem do tempo, porque ainda não se conhece com certeza absoluta, qual a origem de nossa espécie, mas, uma coisa é certa, até agora parece que somos a única espécie em nosso planeta que produz instrumentos, gera obras, coleciona e transmite saberes.

Desde o primeiro espécime que se considera ancestral humano conhecido, o *Australopithecus afarensis*, de quatro a seis milhões de anos de antiguidade, até o *Homo*

habilis, e posteriormente o *Homo sapiens*, há uns 50.000 anos atrás, nossa espécie se distingue por ir deixando lembranças do seu passo pelo planeta (BIOMANIA, 2003)

A capacidade de produzir instrumentos fez a diferença, e não é raro que fosse a mão a indicada como diferenciadora de nossa espécie como órgão do trabalho (MARX, ENGELS, 1867)

Desde esta origem africana até nossos dias, os agrupamentos humanos foram-se afastando uns dos outros conquistando terras, alimentos, animais e recursos minerais. Assim foram-se diferenciando, criando-se culturas menores mais ou menos parecidas dependendo do lugar onde se encontravam (DIAMOND, 2001).

A aprendizagem e domínio desses recursos permitiram a cada agrupamento criar características próprias de acordo ao meio em que se desenvolveu cada um deles.

Assim foram-se desenvolvendo culturas que, com o passar do tempo foram criando identidade própria, tais como língua, instrumentos, cultivando a lavoura, domesticando animais, criando hábitos de vida, roupas etc., que ainda hoje permitem diferenciar-lhes.

1.2 O continente Americano

No continente americano, foram-se desenvolvendo culturas, que comumente se denominam indígenas, porém, atendendo aos critérios dessas próprias populações neste trabalho denominaremos como **populações originárias** (INDYMEDIA, 2003); algumas mais complexas e outras menos, que conhecemos como Maias, Astecas, Tihuanacotas, Incas, Moches, Toltecas, Olmecas, Zapotecas, entre muitas outras.

No ano 1492 d.c., europeus da península ibérica encontram o continente americano. Estes europeus, evoluídos desde o ponto de vista militar pela contínua relação de guerra e comércio existente com outras culturas européias e asiáticas mais ou menos próximas, mas

sem barreiras geográficas importantes, constituíram um conjunto de culturas mais uniforme, isto é, apenas diferenciadas por idioma, etnia, roupas, construções, mais similares em armas, meios de transporte e fontes de alimento. Conhecemos isto pela história antiga ou história europeia, mal chamada de história universal, pois muito se conhece dos gregos, romanos, macedônios, egípcios, hebreus, menos dos babilônios, persas, assírios, indianos, chineses, núbios, cartagineses, etíopes, e quase nada dos outros.

Menos ainda da real história do continente americano, estando este afastado por barreiras infranqueáveis, como deveriam ser para a época os oceanos Atlântico e Pacífico, mas no ano de 1492 d.c. algo aconteceu.

A descoberta do continente americano trouxe a invasão e conquista do continente por parte de imigrantes acostumados à guerra, deve-se lembrar que no ano 1492 d.c. acontece a rendição da última cidade árabe na Espanha, Granada, e com isto a unificação espanhola.

Não menos belicosos eram os franceses, ingleses e portugueses que seguiriam rapidamente o caminho aberto (se é possível dizer em termos marítimos) por Colombo.

Também é verdade que as primeiras culturas a serem destruídas, submetidas e colonizadas, foram aquelas que tinham mais riquezas, pelo menos desde o ponto de vista europeu; **“ouro e prata foram à maldição dos Astecas e Incas”** (grifo meu).

Como é possível que uma cultura como a Inca, que contara com mais de 10 milhões de habitantes, fosse conquistada por pouco mais de 1000 espanhóis?

Tentou-se responder esta pergunta mencionando alguns aspectos tais como:

- **RELIGIOSOS.**- Os incas aguardavam o regresso de seu deus Wiracocha, que segundo a sua lenda era barbado e viria por oriente.
- **MILITARES.**- Os incas não conheciam o cavalo nem as armas de fogo e por isto se apavoraram.

- BIOLÓGICOS.- Os incas não tinham defesa natural para a malária, varíola, tuberculose, gripe.
- POLÍTICOS.- A habilidade espanhola de explorar às diferenças políticas dos povos contatados e criar guerras entre eles, debilitando-os e conquistando depois ao vencedor.

Considera-se que a população originária foi dizimada de tal forma que no fim da colonização da parte andina, de 10 milhões, só restou um milhão de habitantes (DIAMOND,2001; FINOT,1980)

Por parte da colonização portuguesa, esta foi realizada perto das costas do oceano atlântico no território em início limitado pelo tratado de Tordesilhas (1494), que dividiu as terras da América num lado espanhol e outro português, sem considerar os verdadeiros donos da terra, isto é os originários.(ENCICLOPEDIA MIRADOR INTERNACIONAL, 1976).

A floresta amazônica e atlântica ficou preservada até a aparição das lendas de uma cidade feita em ouro, chamada pelos espanhóis “EL DORADO” que iniciou a procura de tal cidade mítica e sua riqueza.

Descobriram-se os afluentes do rio Amazonas e posteriormente o mesmo rio Amazonas, e os primeiros que estiveram lá estimavam a população em 5 milhões morando nessas terras, mas levaram de presente doenças, que dizimaram essas populações, sendo que atualmente, no Brasil, existem menos de 500.000 originários (DIAMOND, 2001; FUNASA, 2003)

Nem todos os originários morreram ou foram conquistados, pois já existiam povos afastados e descobertos posteriormente ou simplesmente considerados pouco importantes do ponto de vista econômico e assim criando-se ou preservando-se troncos culturais e étnicos diferenciados, um deles, é o tronco Guarani.

1.3 Os Guaranis.

Não se conhece quando os Guaranis tiveram sua aparição como etnocultura no território que compreende Brasil, Bolívia e Paraguai, pois se considera que os primeiros assentamentos humanos sul americanos poderiam ter acontecido há 12.000 anos, os dados não são concluintes, pois pesquisadores brasileiros levam esta data até 30.000 anos (FUNAI, 2003; BIOMANIA, 2003)

Quando as migrações européias chegaram ao Brasil, muitas sociedades originárias foram conquistadas pela ação das armas ou dizimadas por doenças, pela aplicação de políticas visando a “assimilação” dos originários à nova sociedade implantada.

Muito da história foi perdida pela brutal destruição de sociedades consideradas pelos europeus como primitivas ou heréticas pela Igreja.

Os povos que habitavam a costa oriental, a maioria de língua Tupi, foram eliminados ou fugiram de suas terras, ficando somente os Fulniô em Pernambuco, os Maxakali em Minas Gerais e os Xokleng em Santa Catarina, que ainda conservam suas línguas, que estão ligadas ao tronco Macro-Jê (FUNAI, 2003)

Os Guaranis, que vivem em diversos estados do Sul e Sudeste do Brasil, conservam ainda sua língua e muitos dos seus costumes.

Este povo teve três destinos, o primeiro foi inicialmente incorporado às engrenagens da máquina colonial espanhola nas “encomiendas”, processo que também aconteceu na América portuguesa, sobrevivendo apenas uns 10% dos Guaranis pelas inúmeras doenças dos europeus; um segundo grupo preservado pelos missionários jesuítas, e posteriormente vitimado pela “reconquista” das missões pelos “bandeirantes” paulistas e os “encomenderos” espanhóis, e um terceiro grupo, que sobreviveu escondendo-se nas florestas do Paraguai e do Sul do Brasil. (GUARANI ÑANDUTI ROGUE, 2003).

Os Mbyá- Guaraní começaram a chegar, ao que se sabe, a partir do início do século XX. Em 1921, Nimuendaju, antropólogo alemão, encara a sociedade Guaraní, pela primeira vez e seu pensamento, a partir de então, foi influenciar de maneira decisiva, a visão deste povo indômito e amante de sua liberdade.

Mas não foi o único pesquisador a se ocupar dos Guaranis, Darwin, faz referência a eles na sua obra “A Origem do Homem e a Seleção Sexual” atribuindo a Azara e sua obra “Voyages dans L`Amérique Mérid.”; Tomo II, de 1809, pág 60 o seguinte:

“As mulheres dos selvagens guaranis do Paraguai estão para os homens numa proporção de 14 para 13...[]”(DARWIN, 1877).

1.4 A Atualidade.

A colonização brasileira trouxe imigrantes de vários países, e no caso do Rio Grande do Sul foram particularmente italianos e alemães além dos espanhóis e portugueses, algo mais antigos, todos isolaram os Guaranis (BRUNELLI, 1996).

Foram assim criadas as reservas indígenas, onde os Guaranis conservam sua fala, arte, obras, mas rodeados por povoados com integrantes de diferentes etnias e culturas não originárias.

Estas diferentes etnias e culturas ao redor dos Guaranis, acompanharam o desenvolvimento tecnológico e cultural do século XX que depois das duas grandes guerras mundiais, ficou cada vez mais homogeneizado. Assim, atualmente, vestir calças, usar óculos, ter carro, televisão, geladeira, rádio, microondas, água encanada, eletricidade, não diferenciam nenhum grupo cultural pois são usados tanto pelos japoneses, suecos, noruegueses, indianos ou brasileiros levando a uma expressão cultural homogênea. (SILVA, 2001). Isto é o que passaremos a chamar de **cultura envolvente**, ou cultura chamada ocidental por seguir padrões predominantemente europeus ou norte-americanos que desde a guerra fria insistem em chamar-se de ocidente.

Este contato entre culturas trouxe novas doenças aos habitantes originários do continente americano. Desde o início da colonização, em forma inexorável, novas doenças foram sendo transmitidas pela proximidade de grupos migrantes que não se fusionaram, sendo que ambas as culturas (a chamada ocidental e a Guarani) ainda estão separadas, tanto política quanto economicamente.

Por um lado a cultura chamada ocidental, de corte capitalista, dependente da indústria, consumo, a produção, a venda, de natureza particularmente individualista, e por outro lado a cultura Guarani com estrutura de grupo forte, fazendo parte da natureza, ecologista, social e pluralista, atualmente sustentados e protegidos pelo governo brasileiro (SILVEIRA, HOLGUIN, FERREIRA & MACHADO, 2003)

Diferentes povos, diferentes culturas, diferentes formas de se alimentar, diferentes formas de vida, mas cada comunidade, cada povoado tem características próprias.

O inter relacionamento da cultura envolvente feito com estradas, ônibus, estradas de ferro, carros, produtos industrializados e comércio conseguiu homogeneizar os padrões de comportamento que mesmo com a criação de reservas indígenas, não conseguiu penetrar totalmente nestas populações.

É este grau de inter-relacionamento que muda os padrões culturais nas populações que interagem entre si, o que é importante, pois os hábitos de vida mudam, e também o tipo e apresentação das doenças, sendo que muitas estão relacionadas a padrões de consumo (dieta gordurosa ou industrializada, mal balanceada) ou hábitos (álcool, fumo, vida desorganizada).

Outro aspecto é que a civilização envolvente se caracteriza por depredar o meio ambiente, que os povos originários aprenderam a conviver, neste caso, as doenças de ordem ambiental, decorrentes da inter relação do homem com seu meio ecológico também mudarão (MINAYO, 2002; HOLGUIN, 2000)

Considerando que existem doenças que em função da média de populações do mesmo tipo podem servir de marcadoras (traçadoras) para avaliar as necessidades de saúde (HOLGUIN, 2000), pretende-se relacionar este fenômeno biológico saúde/doença e tipo de doença com o grau de contato entre culturas, envolvente e Guarani.

A importância deste trabalho está exatamente na avaliação do grau de afetação, historicamente temos exemplos de contato intercultural que determinaram a desaparecimento de povos completos ou diminuição crítica. Este tipo de informação foi disponibilizado faz dois séculos atrás, eis três exemplos.

Charles Darwin, na obra anteriormente citada, pág 219 escreve:

Exemplo 1

“Entre todas as causas de extinção (dos povos bárbaros) o fator mais relevante parece ser a diminuição da fertilidade e as doenças, especialmente entre as crianças, originadas pela mudança de condições de vida embora os novos hábitos em si mesmos não sejam danosos”.

Exemplo 2

Na Tasmânia, quando foi colonizada estimava-se a população entre 7.000 e 20.000, e foram assassinados pelos colonos ingleses, em 1828, 120 sobreviventes foram transferidos a Flinders, ilha situada entre Tasmânia e Austrália. Segundo Darwin, foram bem tratados e a ilha teria boas condições, e para 1834 estavam reduzidos a 47 adultos masculinos, 48 adultos femininos e 16 crianças; para 1835 sobrevieram 100. No intento de salvar-lhes, em 1847 foram levados para a Bahia de Oyster na parte meridional da Tasmânia, eram 14 homens, 22 mulheres e 10 crianças; em 1864 sobreviveu só 1 homem que morreu em 1869 e 3 mulheres idosas.

Exemplo 3

O mesmo autor menciona aos Maoris de Nova Zelândia, que a partir de 1830, em 14 anos a população diminuiu 19,42%; e para 1872 eram 32,29% menos.

Os três exemplos mencionam diminuição da população envolvida pelos conquistadores, mas o primeiro menciona enfaticamente as doenças como uma das causas desta situação (DARWIN, 1877).

1.5 Histórico e Relevância

O perfil epidemiológico das populações permite entender o estado de saúde destas perante seu meio ecológico. Para poder entender o quê é um problema de saúde, precisa-se conhecer como essas populações estruturam os problemas, como os enfrentam e como os notificam.

Dentre os problemas de natureza epidemiológica que apresentam as populações originárias, está a notificação das doenças, tomando em conta que desde muito tempo atrás às populações originárias foram consideradas como populações de segunda ordem, portanto a possibilidade de acesso a atenção médica por diferentes causas (localização rural, fora do perímetro urbano, ou terra indígena) é dificultada e conseqüentemente sua notificação não é tão completa quanto as de outros tipos de populações.

Ainda não estão estruturados os perfis das doenças nas populações originárias, conhecendo-se poucos estudos relacionados com o tema, porque não existe padronização da informação epidemiológica, serviços de saúde precariamente preparados, mal equipados e deficientemente atendidos.

Neste ponto é necessário mencionar que o esforço dos funcionários de saúde que trabalham em muitas destas populações (infelizmente não em todas) substitui a falta de equipamento com sua vontade, criatividade, competência que supera em muito as médias ideais.

Conhecer a forma e o tipo de apresentação das doenças nas populações obriga a realizar um estudo de tipo epidemiológico que permita entender o perfil das doenças tanto na sua freqüência quanto na época de maior ocorrência, isto para poder planejar as ações a serem feitas no sentido de controlar qualquer situação emergente.

Da mesma forma, as causalidades ambientais da doença, que servem como indicadores de problemas de longo prazo, nas regiões habitadas pelos originários em

particular, tais como desmatamento, uso indevido de águas, solo, exploração não sustentável, que causam mudanças no meio ambiente e quase imperceptíveis para o homem, mas inexoráveis, sendo que “*um pequeno dano mensurável no humano, já representa um enorme dano na natureza*” (HOLGUIN, 2000).

Mais ainda, quando consideramos que um tipo de população tem um *modus vivendi* diferente do estabelecido no território brasileiro. A população em estudo pertence a etnia Mbyá – Guarani que tem costumes próprios, típicos e ainda pouco influenciados pela ocidentalização decorrente do processo de colonização (SILVEIRA et al, 2003).

Mas o processo de inter-relacionamento humano faz com que exista uma dinâmica contínua de transferência cultural, o que pode influenciar na situação de saúde, podendo ser medido considerando o perfil epidemiológico desta população (HOLGUIN, 2000).

Não tendo dados epidemiológicos históricos disponíveis destas populações, particularmente no tema saúde, deve-se tomar como ponto de referência os dados existentes, que são recentes, e não se podem inferir mudanças a partir deles.

Pode-se interpretar a situação de saúde em função do perfil epidemiológico comparado entre elas, e relacionando-o com o grau de interação entre estas populações e as similares ocidentais, que parece ser diferente em cada população originária. Esta pesquisa se propõe avaliar o impacto do perfil epidemiológico decorrente da interação entre duas culturas diferentes possuidoras de tecnologias, sistemas de saúde e eco-culturas distintas (SILVEIRA et al, 2003; GUTTARI, 2000).

Pretende-se estudar as populações originárias de etnia Mbyá e Xiripá Guarani nas seguintes terras indígenas: Canta Galo, Capivari, Riozinho, Barra de Ouro – Maquine – Campo Molhado, Granja Vargas - Palmares, Estiva, La Figueira - Torres, Lomba do Pinheiro e Varzinha – Caraá.

Cada uma destas populações tem características diferentes, sendo que se dividem em Reservas, Acampamentos estáveis e Acampamentos instáveis.

Das populações acima mencionadas, são **reservas** reconhecidas: a de Canta Galo, Lomba do Pinheiro, Palmares – Granja Vargas, Campo Molhado – Maquine e Varzinha – Caraá. A característica da reserva é que a terra pertence aos Guaranis.

Estiva, Torres – La Figueira e Riozinho, são considerados **acampamentos estáveis**, por tempo de ocupação ou em tramite de declaração de reserva, sendo que a terra pode pertencer aos municípios ou pessoas particulares. Deste grupo a mais nova (fundada entre 1999 e 2000) é a de Riozinho.

Capivari tem a característica de **acampamento instável**, sendo que a população que permanece na área, nunca é a mesma, vindo para comerciar de diversos acampamentos ou reservas.

2. Problema Identificado.

O problema de pesquisa em questão busca **compreender a variação entre o perfil de saúde das populações Mbyá-Guarani e a sua inter-relação com as populações circunvizinhas ditas de cultura ocidental**

3. Objetivos

a. Objetivo Geral

Conhecer o impacto no perfil epidemiológico de algumas populações Mbyá – Guarani do Rio Grande do Sul decorrente do contato com a civilização chamada ocidental.

b. Objetivos Específicos

- i. Descrever o perfil epidemiológico das populações originárias das reservas de: Canta Galo, Capivari, Riozinho, Barra de Ouro – Maquine – Campo Molhado, Granja Vargas - Palmares, Estiva, La Figueira - Torres, Lomba do Pinheiro, Varzinha - Caraá.
- ii. Relacionar os diferentes perfis epidemiológicos das populações originárias entre si calculando o Índice de Necessidades de Saúde Insatisfeitas (I.N.S.I.)
- iii. Descrever e estabelecer o grau de contato com populações ocidentais das populações originárias acima citadas.
- iv. Relacionar o grau de contato entre as populações ocidentais e as populações originárias com o índice de necessidades de saúde (I.N.S.I.) encontrado.

4. Metodologia

4.1. Tipo de Pesquisa

Esta é uma pesquisa etnoepidemiológica que utiliza o método híbrido de tipo:

Quantitativo de tipo Observacional, Descritivo, Transversal utilizando a técnica de análise documental (dados secundários). Como procedimento de análise se utilizam a avaliação de coeficientes comparados e indicadores de saúde.

Qualitativo de tipo Etnográfico, com a técnica de observação participante e aplicação de questionário através da entrevista e diário de campo (LAPLANTINE,1998).

Procedimento de descrição e hierarquização dos dados estabelecendo parâmetros de intensidade de contato, construídos pelo próprio autor.

Devido às características da pesquisa, este estudo está dividido em dois períodos; o primeiro de 2000 – 2002 que é o período em que os dados das fichas de consulta existem e correspondem ao estudo quantitativo, e o segundo de 2003 – 2004 que correspondem à pesquisa de campo, de tipo qualitativo.

4.2. População em estudo

No Rio Grande do Sul se considera 13448 originários residentes, distribuídos nas etnias Guarani, Mbyá-Guarani e Kaingang.

Para esta pesquisa, foram utilizados dados secundários de povos originários de etnia Mbyá – Xiripá - Guarani residentes no Rio Grande do Sul, pertencentes às reservas indígenas de Canta Galo, Capivari, Riozinho, Barra de Ouro – Maquine – Campo Molhado, Granja Vargas - Palmares, Estiva, La Figueira - Torres, Lomba do Pinheiro, Varzinha -

Caraá, e correspondem aos registros de consultas da equipe de saúde indígena do Pólo Base Viamão /RS.

O Procedimento de análise partiu da conversão de dados epidemiológicos com embasamento na análise hermenêutica – dialética a dizer de Maria Cecília Minayo:

“Na hermenêutica dialética, a linguagem é tomada como sujeito da forma de vida e da tradição e apoiando-se na reflexão histórica que concebe o intérprete e seu objeto de pesquisa como momentos de um mesmo contexto. Este contexto objetivo se apresenta como tradição entendida como uma linguagem transmitida na qual vivemos” (MINAYO, 2004).

A linguagem é a vida do Guarani, e não é possível padronizar interpretações nos sujeitos de pesquisa que tem idioma diferente ao do pesquisador. A linguagem é a tradição, a língua, a história.

Se bem se considera lingüísticamente a *hermenêutica* como “a arte de explicar os livros sagrados; interpretação dos textos, dos símbolos; a interpretação dos símbolos das palavras; arte de interpretação das leis”; e a *dialética* como “arte de raciocinar; lógica; arte de argumentar ou discutir; argumentação dialogada; argumentação engenhosa;”, então, a reflexão interpretativa de sujeitos de estudo de línguas diferentes deve ser considerada desde todos os pontos de vista possíveis, particularmente dos originários. (DICIONÁRIO UNIVERSAL DA LÍNGUA PORTUGUESA, 2003).

Na população de Canta Galo foi possível fazer o estudo de quatro anos (1999-2002), por existirem os dados correspondentes, enquanto que nas populações de Capivari, Riozinho, Barra de Ouro – Maquine – Campo Molhado, Granja Vargas – Palmares, Estiva, La Pigueira – Torres, Lomba do Pinheiro, Varzinha - Caraá, somente existiam dados de dois anos (2000-2001). A população total estudada é de 534 pessoas que se agrupam segundo a Equipe de Saúde Indígena do Pólo Base Viamão em:

Canta Galo	121 habitantes
Estiva	108 habitantes

Torres – La Figueira	30 habitantes
Varzinha – Caraá	85 habitantes
Capivari	43 habitantes
Riozinho	35 habitantes
Lomba do Pinheiro	35 habitantes
Palmares	28 habitantes
Campo Molhado – Maquine – Barra de Ouro	49 habitantes

A população é flutuante, podendo mudar de uma comunidade a outra em qualquer época do ano dependendo de inúmeros fatores, dentre os quais o alimento é um dos mais fortes.

4.3. Perfil epidemiológico

Todas as 2754 consultas devidamente catalogadas em formulários de pesquisa epidemiológica manual (Anexo 1), foram analisados para encontrar o perfil epidemiológico de cada população em função do número de casos totais transformados em porcentagens de prevalência. O procedimento foi feito para todas as populações em função das doenças de notificação compulsória de acordo com formulário consolidado (Anexo 2).

Todos os perfis das populações estudadas foram comparados e obtida a média ponderada conseguimos a média total como linha de base do estudo.

4.4. Aplicação de Questionário

Durante o período de 2002 – 2004 foi aplicado um questionário para avaliar o grau de contato entre as populações originárias e ocidentais baseado na experiência do autor desta pesquisa (Anexo 3).

O questionário aplicado foi embasado no critério da Hermenêutica-dialética e a experiência do autor, nas populações Aymará de Tiquina na área do Lago Titicaca na Bolívia e Tacana de Tumupasa da área amazônica boliviana. (HOLGUIN, 1994; 1999)

O questionário permitiu obter dados qualitativos relacionados ao grau de contato em função de pontuações por tipo de resposta, estes dados foram recolhidos através de entrevista junto ao Cacique que representa a máxima autoridade democrática da população em estudo além de fazer um diário de campo com observações do pesquisador “in loco”.

Foi feito o relacionamento entre estes resultados com o perfil epidemiológico de cada população originária.

Foram seguidas as considerações decorrentes da Constituição da República Federativa do Brasil, que no Título I, dos princípios fundamentais no artigo 3º, IV, que a letra diz:

“Promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação”.

O trabalho com população de cultura diferente está contemplado no artigo 3º, IX, que a letra diz:

“Cooperação entre os povos para o progresso da humanidade”

O povo Guarani, será contemplado em função ao Título II dos direitos e garantias fundamentais, que no seu capítulo I, dos direitos e deveres individuais e coletivos, no artigo 5 a letra diz:

“Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança, à propriedade nos termos seguintes”.

“I.- Homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações, nos termos desta constituição”.

“II.- Ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa se não em virtude de lei”.

O termo livre e esclarecido foi apresentado ao Cacique que assinou após explicação oral por parte do pesquisador, fundamentado em que o Guarani do Rio Grande do Sul é cidadão brasileiro, pois no Capítulo III, da nacionalidade, no seu artigo 12 a letra diz que são brasileiros:

“a) Os nascidos na República Federativa do Brasil, ainda que de pais estrangeiros desde que estes não estejam a serviço de seu país”.

Foi utilizado um termo livre esclarecido no idioma Português, e outro texto informativo em Português, Guarani e Castelhana, para melhor entendimento das partes envolvidas na pesquisa, sendo que os Guaranis de Canta Galo, numa primeira entrevista, manifestaram entender melhor o castelhano, e prefeririam uma pequena explicação em Guarani, por tanto foram respeitadas todos os delineamentos do comitê de Ética, e foi feita uma explicação resumida em português, castelhano e Guarani, porque o idioma original dos sujeitos de pesquisa é o Guarani.

O questionário original contém 17 questões, as quais são:

1.- *Tem contato com a população Y (a mais próxima)*

Se a resposta for positiva terá valor de um ponto, se for negativa o valor é zero.

2.- *Como é esse contato? Comercial; Cultural; Médico; Odontológico; Escolar; Lazer; Religioso; Policial; Jurídico; Alimentos; Transporte; Outros...(especificar).*

Cada item tem valor de um ponto.

3.- *Qual é a frequência com que viaja a população Y?*

Diária; Semanal; Mensal; Anual; Nenhum.

Os valores são: Diária = 4; Semanal = 3; Mensal = 2; Anual = 1; Nenhum = 0 pontos.

4.- *Qual é a frequência com que gente da população Y visita sua população?*

Diária; Semanal; Mensal; Anual; Nenhum.

Os valores são: Diária = 4; Semanal = 3; Mensal = 2; Anual = 1; Nenhum = 0 pontos.

5.- *Existe comunicação física entre sua população e a população Y?*

Trilha; Caminho; Estrada; Estrada de ferro; Outros...(especificar)

Os valores são: Trilha = 1; Caminho = 2; Estrada = 3; Estrada de ferro = 1; Outros = 1 pontos.

6.- *Essa comunicação é percorrida por transportes?*

Se a resposta for positiva terá valor de um ponto, se for negativa o valor é zero.

7.- *Com que frequência?*

Diária; Semanal; Mensal; Anual; Nenhum.

Os valores são: Diária = 4; Semanal = 3; Mensal = 2; Anual = 1; Nenhum = 0 pontos.

8.- *Que idiomas você fala?*

Guarani; Português; Espanhol; Outro.

Cada idioma falado tem valor de um ponto.

9.- *Os visitantes que têm são:*

Brasileiros; Estrangeiros hispânicos; Estrangeiros anglos; Europeus; Asiáticos.

Cada item positivo tem valor de um ponto.

As seguintes perguntas foram para consideração do pesquisado, sem valor em pontos, porque durante a pesquisa pareceu criar um tipo de ofensa ao entrevistado.

10.- *Apareceu alguma doença nova?*

11.- *Qual?*

12.- *Religião: Católica; Cristã; Animista; Outras.*

13.- *Existem grupos religiosos: Visitando; Instalados; Residentes.*

14.- *Quais?*

As seguintes perguntas foram respondidas fazendo-se ênfase que o produto gerado é de consumo próprio.

15.- *Têm plantações?.....Quais?.....*

As seguintes perguntas foram eliminadas por serem contestadas e causarem constrangimento ao entrevistado.

16.- *Renda*

17.- *De onde provêm a renda.....uso.....*

Grau de dependência à renda.....

O valor mínimo possível neste questionário é de 1 (só um idioma falado), e um máximo de 37.

4.5. Cálculo do Índice de Necessidades de Saúde Insatisfeitas (I.N.S.I.)

Os dados quantitativos devidamente hierarquizados e transformados em índice de acordo ao sistema I.N.S.I., de cálculo de necessidades de saúde insatisfeitas segundo método da Organização Mundial da Saúde, que permite avaliar diferentes categorias e calcular sua relação em quanto à saúde.

O Índice de Necessidades de Saúde Insatisfeitas é uma ferramenta utilizada para padronização de variáveis de diversas índoles, sendo valiosa para relacionar analfabetismo,

renda, perfis sociais, econômicos, religiosos ou variáveis estruturais como moradia, esgoto, eletricidade entre muitas outras.

Nesta pesquisa o I.N.S.I. será empregado para relacionar diversas doenças entre si.

4.6. Análise estatística

A análise estatística visa conhecer quais populações se afastam mais da média das populações em estudo. Não se considerando as populações envolvidas nem suas estatísticas, sendo o objetivo criar uma linha de base epidemiológica aplicada à população em estudo.

4.6.1. Análise quantitativa

O sistema de análise quantitativa dos registros é média, desvio padrão e taxas de prevalência, sendo os perfis endêmicos obtidos em função do número de casos de cada doença e cada população no tempo de estudo.

4.6.1.1. Teste a ser empregado

O teste de cálculo para o Índice de Necessidades de Saúde Insatisfeitas está embasado na fórmula:

$$Z = \frac{X_i - \bar{X}}{S}$$

X_i = dado por variável
 \bar{X} = média
 Z = valor da variável
 S = desvio padrão

Este cálculo permite, a partir de dados qualitativos, considerar os valores numéricos consignados a critério subjetivo por cada variável, totalizar as porcentagens, obter a média e o desvio padrão de cada variável estudada e calcular o valor Z para cada variável.

Uma vez obtido o valor Z de todas as variáveis, se procede à soma algébrica, o que resulta no Índice de Necessidades de Saúde Insatisfeitas, que são aplicadas num mapa onde está localizada cada população.

O valor Z das populações estudadas aplicados num mapa, permitem ver a situação com relação a elas mesmas ou sua linha de base epidemiológica, obtendo assim os resultados da pesquisa.

4.6.1.2. Procedimento do teste.

Primeiro passo: Selecionar os diagnósticos a serem empregados no teste; este passo inclui o estudo de todos os diagnósticos notificados num tempo dado, obter a prevalência deles e selecionar o número de diagnósticos a serem estudados, neste trabalho foram selecionadas as 20 maiores prevalências (21 diagnósticos).

Segundo passo: Obter a média da percentagem do diagnóstico em estudo de todas as populações; Somando todas as percentagens e dividindo pelo número de populações obtém-se a média total. Isto se faz no estudo de cada doença nas nove populações.

Terceiro passo: Subtrair ao valor inicial o valor da média, respeitando se o resultado for negativo ou positivo; passo de fundamental importância, porque neste ponto se definem os valores positivos ou negativos usados no último passo. Deve ser feito em cada diagnóstico e em todas as populações.

Quarto passo: Quadrado do resultado da subtração; Operação necessária para obter o valor Z, esta operação deve ser feita para cada diagnóstico e em todas as populações.

Quinto passo: Somar todos os quadrados; Este resultado permitira obter a linha de base para o valor Z, deve ser feito em todos os diagnósticos selecionados.

Sexto passo: Dividir por o número de populações menos um; Neste caso, o número de populações é de nove, por tanto a divisão será por oito, com o intuito de chegar ao desvio padrão de cada diagnóstico.

Sétimo passo: Raiz quadrada do produto anterior; Assim obtemos o desvio padrão.

Oitavo passo: O resultado da subtração, produto do terceiro passo, dividir pelo desvio padrão; A operação deve ser feita em cada resultado de cada diagnóstico de cada população.

Nono passo: Assinalar a condição do resultado; O terceiro passo deu como resultado valores negativos ou positivos, sinal que deve ser inscrita no resultado, que passa a ser o valor Z.

Décimo passo: Somatória de valores Z; O resultado final quanto mais afastado do zero (0) no sentido positivo significa menores necessidades de saúde, em tanto que quanto mais afastado do zero (0) no sentido negativo significa maior necessidade de saúde.

NOTA: O valor zero (0) corresponde à média de necessidades de saúde das populações estudadas.

5. Resultados.

5.1. Perfil Epidemiológico das populações estudadas.

No perfil epidemiológico foi feito o estudo de todos os diagnósticos apresentados, mas cabe ressaltar que alguns casos tinham mais de um diagnóstico, sendo a porcentagem valorizada sobre o total de consultas e não sobre o total de diagnósticos.

A posição do diagnóstico em função da porcentagem encontrada pode ser compartilhada por mais de um diagnóstico, sendo que estudamos as 20 primeiras posições.

Existem dois diagnósticos a serem considerados de forma diferente, são o de Puericultura e de Pré-natal, que por sua importância fazem parte do reporte de saúde, não correspondendo a doenças, e sim a indicadores positivos de controle de saúde da população.

Nesta pesquisa se respeita a ordem original dos dados como encontrados nos registros de atendimento.

Por serem dados quantitativos e feitos por primeira vez nestas populações, pede-se ao leitor desculpar a seqüência do reporte, que pode ser enfadonha, mas necessária para a compreensão do perfil epidemiológico, a localização da variabilidade para efeitos comparativos necessários no cálculo do I.N.S.I. que toma como base esta seqüência de diagnósticos.

5.1.1. Perfil epidemiológico de Canta Galo.

Na lista a seguir está a posição, diagnóstico ou motivo de consulta, percentagem do total e número absoluto entre parênteses de Canta Galo, a maior população estudada, com 121 habitantes, que sobre 1155 diagnósticos estudados em 4 anos demonstra entre as 20 primeiras causas de consulta.

1. Doenças respiratórias	48,78%	(441)
2. Desnutrição	11,28%	(102)
3. Verminose	9,29%	(84)
4. Doenças dermatológicas	8,73%	(79)
5. Diarréias	7,52%	(68)
6. Sinusopatias	5,64%	(51)
7. Doenças perioftalmológicas	3,31%	(30)
8. Feridas	2,98%	(27)
9. Gastrites	1,99%	(18)
10. Escabiose	1,88%	(17)
11. Abscessos	1,65%	(15)
11. Candidiase	1,65%	(15)
12. Anemia	1,54%	(14)
12. Gravidez	1,54%	(14)
13. Otites	1,1%	(10)
13. Pré-natal	1,1%	(10)
13. Puericultura	1,1%	(10)
14. Alcoolismo	0,99%	(9)
14. Asma	0,99%	(9)
14. Hipertensão	0,99%	(9)
14. Mialgia	0,99%	(9)
15. Alergia	0,88%	(8)
15. Pediculose	0,88%	(8)
16. Obstrução nasal	0,77%	(7)
17. Cefaléia	0,66%	(6)

17. Trauma	0,66%	(6)
18. Infecção urinária	0,44%	(4)
18. Puerpério	0,44%	(4)
18. Varicela	0,44%	(4)
18. Virose	0,44%	(4)
19. Cervicites	0,33%	(3)
19. Dermatomicose	0,33%	(3)
19. Queimadura	0,33%	(3)
20. Depressão	0,22%	(2)
20. Cialgia	0,22%	(2)
20. Hérnia umbilical	0,22%	(2)
20. Náuseas	0,22%	(2)
20. Hepatites	0,22%	(2)
20. Icterícia neonatal	0,22%	(2)
20. Odontalgia	0,22%	(2)
20. Pancreatites aguda	0,22%	(2)
20. Parto domiciliar	0,22%	(2)
20. Picada de insetos	0,22%	(2)
20. Rágades	0,22%	(2)
20. Tonturas	0,22%	(2)
20. Tricomóníase	0,22%	(2)
21. Aborto	0,11%	(1)
21. Adenites	0,11%	(1)
21. Acne	0,11%	(1)
21. Artrose	0,11%	(1)
21. Bronquiectasias	0,11%	(1)
21. Catarata	0,11%	(1)
21. Celulites	0,11%	(1)
21. Colites	0,11%	(1)
21. Cor pulmonale	0,11%	(1)
21. Desidratação	0,11%	(1)

21. Dor abdominal	0,11%	(1)
21. Emagrecimento	0,11%	(1)
21. Eritema nodoso	0,11%	(1)
21. Escoliose	0,11%	(1)
21. Hemangioma	0,11%	(1)
21. Hipoacusia	0,11%	(1)
21. Lesões descamativas	0,11%	(1)
21. Rinites	0,11%	(1)
21. Suspeita de tuberculoses	0,11%	(1)
21. Vaginites	0,11%	(1)
21. Vaginose	0,11%	(1)
22. Diagnósticos não definidos	0,55%	(7)

As doenças respiratórias, verminose e diarreias, marcadoras das variáveis ambientais de ar, terra e água (HOLGUIN, 2000) estão entre as mais frequentes, acompanhadas da desnutrição, e das doenças dermatológicas, que podem ser consideradas como doenças da pobreza. (MORALES, 1999).

5.1.2. Perfil epidemiológico de Varzinha – Caraá.

Na lista a seguir está a posição, diagnóstico ou motivo de consulta, percentagem do total e número absoluto entre parênteses de Varzinha - Caraá, que sobre 171 diagnósticos estudados demonstra entre as 20 primeiras causas de consulta:

1. Doenças respiratórias	42,1%	(72)
2. Desnutrição	12,28%	(21)
3. Verminose	9,35%	(16)
4. Doenças dermatológicas	5,26%	(9)
5. Puericultura	4,67%	(8)
6. Anemia	4,09%	(7)
6. Escabiose	4,09%	(7)
6. Insuficiência cardíaca	4,09%	(7)
6. Sinusopatías	4,09%	(7)
7. Doenças perioftalmológicas	3,5%	(6)
7. Otite	3,5%	(6)
8. Pediculose	2,92%	(5)
9. Abscesso	2,33%	(4)
10. Dermatomicose	1,75%	(3)
10. Puerperio	1,75%	(3)
10. Pré-natal	1,75%	(3)
11. Bursite	1,16%	(2)
11. Feridas	1,16%	(2)
11. Gastrite	1,16%	(2)
11. Icterícia	1,16%	(2)
11. Infecção urinária	1,16%	(2)
11. Ronquidão	1,16%	(2)
12. Alergia	0,58%	(1)
12. Deshidratação	0,58%	(1)
12. Ascite	0,58%	(1)
12. Asma	0,58%	(1)

12. Diarréia	0,58%	(1)
12. Dor no peito	0,58%	(1)
12. Emagrecimento	0,58%	(1)
12. Epigastralgia	0,58%	(1)
12. Febre	0,58%	(1)
12. Hematoma	0,58%	(1)
12. Hepatite	0,58%	(1)
12. Hipertensão arterial	0,58%	(1)
12. Infecção urinária	0,58%	(1)
12. Lesão por calor	0,58%	(1)
12. Mialgia	0,58%	(1)
12. Obstrução nasal	0,58%	(1)
12. Planificação familiar	0,58%	(1)
12. Rinite	0,58%	(1)
12. Trauma	0,58%	(1)
12. Trauma ocular	0,58%	(1)
12. Varicela	0,58%	(1)
12. Virose	0,58%	(1)
12. Vômitos	0,58%	(1)
13. Sem Diagnóstico	3,5%	(6)

As doenças respiratórias e a verminose, marcadoras das variáveis ambientais de ar e terra (HOLGUIN, 2000) estão entre as mais frequentes, acompanhadas da desnutrição, e das doenças dermatológicas, que podem ser consideradas como doenças da pobreza. (MORALES, 1999). A puericultura, em forma interessante está com alta consulta, o que constitui uma variável altamente positiva.

5.1.3. Perfil epidemiológico de Riozinho.

Na lista a seguir está a posição, diagnóstico ou motivo de consulta, percentagem do total e número absoluto entre parênteses de Riozinho, que sobre 72 diagnósticos estudados demonstra entre as 20 primeiras causas de consulta:

1. Verminose	40,27%	(29)
2. Doenças respiratórias	34,72%	(25)
3. Desnutrição	13,88%	(10)
4. Doenças dermatológicas	8,33%	(6)
5. Pediculose	6,94%	(5)
6. Mialgia	5,55%	(4)
7. Anemia	4,16%	(3)
7. Escabiose	4,16%	(3)
7. Gastrites	4,16%	(3)
7. Varicela	4,16%	(3)
8. Sinusopatia	2,77%	(2)
9. Cefaléia	1,38%	(1)
9. Emagrecimento	1,38%	(1)
9. Fratura	1,38%	(1)
9. Linfadenopatia submaxilar	1,38%	(1)
9. Otites	1,38%	(1)
9. Pré-natal	1,38%	(1)
9. Puericultura	1,38%	(1)
9. Queilitis	1,38%	(1)

As doenças respiratórias e a verminose, marcadoras das variáveis ambientais de ar e terra (HOLGUIN, 2000) estão entre as mais frequentes, acompanhadas da desnutrição e das doenças dermatológicas e a pediculose, que podem ser consideradas como doenças da pobreza. (MORALES, 1999).

5.1.4. Perfil epidemiológico de Palmares – Granja Vargas.

Na lista a seguir está a posição, diagnóstico ou motivo de consulta, percentagem do total e número absoluto entre parênteses de Palmares – Granja Vargas, que sobre 175 diagnósticos estudados demonstra entre as 20 primeiras causas de consulta:

1. Doenças respiratórias	26,28%	(46)
2. Doenças dermatológicas	15,42%	(27)
3. Desnutrição	11,42%	(20)
4. Verminose	10,85%	(19)
5. Asma	10,28%	(18)
6. Pré-natal	4,57%	(8)
7. Diarréia	4,0%	(7)
7. Insuficiência cardíaca	4,0%	(7)
7. Mialgia	4,0%	(7)
8. Escoriações	3,42%	(6)
8. Feridas	3,42%	(6)
9. Anemia	2,28%	(4)
9. Puericultura	2,28%	(4)
10. Escabiose	1,71%	(3)
10. Gastrite	1,71%	(3)
10. Infecção urinária	1,71%	(3)
10. Planificação familiar	1,71%	(3)
10. Sinusopatia	1,71%	(3)
10. Virose	1,71%	(3)
11. Alergia	1,14%	(2)
11. Cólicas	1,14%	(2)
11. Doença perioftalmológica	1,14%	(2)
11. Pediculose	1,14%	(2)
12. Abscesso	0,57%	(1)
12. Aftas	0,57%	(1)
12. Aumento de peso	0,57%	(1)

12. Cefaléia	0,57%	(1)
12. Depressão	0,57%	(1)
12. Granuloma inguinal	0,57%	(1)
12. Hérnia umbilical	0,57%	(1)
12. Hipertensão pulmonar	0,57%	(1)
12. Otites	0,57%	(1)
12. Queimaduras	0,57%	(1)
12. Tendinites	0,57%	(1)
12. Vômitos	0,57%	(1)
13. Sem diagnóstico	1,14%	(2)

As doenças respiratórias e a verminose, marcadoras das variáveis ambientais de ar e terra (HOLGUIN, 2000) estão entre as mais freqüentes, acompanhadas da desnutrição e das doenças dermatológicas que podem ser consideradas como doenças da pobreza. (MORALES, 1999). A asma, doença de tipo ambiental e sazonal na sua forma extrínseca, aparece entre elas.

5.1.5. Perfil epidemiológico de Capivari.

Na lista a seguir está a posição, diagnóstico ou motivo de consulta, porcentagem do total e número absoluto entre parênteses de Capivari, que sobre 101 diagnósticos estudados demonstra entre as 20 primeiras causas de consulta:

1. Verminose	35,64%	(36)
2. Doenças respiratórias	14,85%	(15)
3. Desnutrição	13,86%	(14)
4. Doenças dermatológicas	10,89%	(11)
5. Pediculose	9,9%	(10)
6. Puericultura	7,92%	(8)
7. Abscesso	4,95%	(5)
8. Doenças perioftalmológicas	2,97%	(3)
8. Pré-natal	2,97%	(3)
9. Candidíase	1,98%	(2)
9. Sinusopatia	1,98%	(2)
10. Anemia	0,99%	(1)
10. Asma	0,99%	(1)
10. Diarréia	0,99%	(1)
10. Escoriações	0,99%	(1)
10. Insuficiência cardíaca	0,99%	(1)
10. Mialgia	0,99%	(1)
10. Otites	0,99%	(1)
10. Trauma	0,99%	(1)
10. Vinculo familiar	0,99%	(1)
10. Virose	0,99%	(1)
11. Sem diagnóstico	1,98%	(2)

As verminoses e as doenças respiratórias, marcadoras das variáveis ambientais de ar e terra (HOLGUIN, 2000), acompanhadas da desnutrição, das doenças dermatológicas e da pediculose, consideradas como doenças da pobreza. (MORALES, 1999).

5.1.6. Perfil epidemiológico de Maquine – Barra de Ouro – Campo Molhado.

Na lista a seguir está à posição, diagnóstico ou motivo de consulta, percentagem do total e número absoluto entre parênteses de Maquine – Barra de Ouro – Campo Molhado, que sobre 452 diagnósticos estudados demonstra entre as 20 primeiras causas de consulta:

1. Doenças respiratórias	58,62%	(265)
2. Verminose	17,25%	(78)
3. Desnutrição	12,61%	(57)
4. Pediculose	9,07%	(41)
5. Escabiose	8,84%	(40)
6. Anemia	8,18%	(37)
7. Doenças dermatológicas	7,96%	(36)
8. Diarréia	3,31%	(15)
9. Asma	2,43%	(11)
9. Sinusopatia	2,43%	(11)
10. Alcoolismo	1,99%	(9)
10. Dermatomicose	1,99%	(9)
11. Suspeita de tuberculose	1,76%	(8)
11. Pré-natal	1,76%	(8)
12. Doença perioftalmológica	1,54%	(7)
13. Abscesso	1,1%	(5)
13. Hipertensão arterial	1,1%	(5)
14. Alergia	0,88%	(4)
14. Cefaléia	0,88%	(4)
14. Odontalgia	0,88%	(4)
14. Puericultura	0,88%	(4)
15. Desidratação	0,66%	(3)
15. Feridas	0,66%	(3)
15. Insuficiência cardíaca	0,66%	(3)
15. Mialgia	0,66%	(3)
15. Puerpério	0,66%	(3)

15. Virose	0,66%	(3)
16. Cólica menstrual	0,44%	(2)
16. Escoriação	0,44%	(2)
16. Febre	0,44%	(2)
16. Picada de inseto	0,44%	(2)
16. Trauma	0,44%	(2)
17. Abstinência alcoólica	0,22%	(1)
17. Aleitamento materno	0,22%	(1)
17. Ametropia	0,22%	(1)
17. Contusão	0,22%	(1)
17. Depressão	0,22%	(1)
17. Dor abdominal	0,22%	(1)
17. Entorse	0,22%	(1)
17. Epigastralgia	0,22%	(1)
17. Esmagamento	0,22%	(1)
17. Lombalgia	0,22%	(1)
17. Luxação temporo-mandibular	0,22%	(1)
17. Otite	0,22%	(1)
17. Perda de peso	0,22%	(1)
17. Prurido	0,22%	(1)
17. Queimadura	0,22%	(1)
17. Rinite	0,22%	(1)
17. Tendinite	0,22%	(1)
17. Trauma ocular	0,22%	(1)

As doenças respiratórias e a verminose, marcadoras das variáveis ambientais de ar e terra (HOLGUIN, 2000) estão entre as mais frequentes, acompanhadas da desnutrição, pediculose e a escabiose que podem ser consideradas como doenças da pobreza. (MORALES, 1999).

5.1.7. Perfil epidemiológico de Torres – La Figueira.

Na lista a seguir está a posição, diagnóstico ou motivo de consulta, percentagem do total e número absoluto entre parênteses de Torres – La Figueira, que sobre 231 diagnósticos estudados demonstra entre as 20 primeiras causas de consulta:

1. Verminose	29,0%	(67)
2. Doenças respiratórias	24,24%	(56)
3. Pré-natal	16,88%	(39)
4. Desnutrição	9,34%	(30)
5. Doenças dermatológicas	4,76%	(11)
6. Sinusopatia	4,32%	(10)
7. Anemia	3,46%	(8)
7. Hipertensão arterial	3,46%	(8)
8. Dermatomicose	2,59%	(6)
8. Feridas	2,59%	(6)
9. Cólica menstrual	1,29%	(3)
9. Diarréia	1,29%	(3)
9. Puerpério	1,29%	(3)
10. Asma	0,86%	(2)
10. Cefaléia	0,86%	(2)
11. Apatia	0,43%	(1)
11. Cardiopatia	0,43%	(1)
11. Cólica renal	0,43%	(1)
11. Crise convulsiva	0,43%	(1)
11. Disuria	0,43%	(1)
11. Escabiose	0,43%	(1)
11. Mastalgia	0,43%	(1)
11. Mialgia	0,43%	(1)
11. Odontalgia	0,43%	(1)
11. Picada de inseto	0,43%	(1)
11. Puericultura	0,43%	(1)

11. Queimadura	0,43%	(1)
11. Torcicolo	0,43%	(1)
11. Virose	0,43%	(1)

As verminoses e as doenças respiratórias, marcadoras das variáveis ambientais de terra e ar (HOLGUIN, 2000) estão entre as mais frequentes, acompanhadas da desnutrição, e das doenças dermatológicas que podem ser consideradas como doenças da pobreza. (MORALES, 1999). Nesta série é possível ver em terceiro lugar à consulta pré-natal, variável positiva que reflete qualidade no acompanhamento da gravidez.

5.1.8. Perfil epidemiológico de Lomba do Pinheiro.

Na lista a seguir está a posição, diagnóstico ou motivo de consulta, percentagem do total e número absoluto entre parênteses de Lomba do Pinheiro, que sobre 28 diagnósticos estudados demonstra entre as 20 primeiras causas de consulta:

1. Doenças respiratórias	46,42%	(13)
2. Puericultura	17,85%	(5)
3. Doenças dermatológicas	10,71%	(3)
4. Alcoolismo	7,14%	(2)
5. Abscesso	3,57%	(1)
5. Asma	3,57%	(1)
5. Cefaléia	3,57%	(1)
5. Dermatomicose	3,57%	(1)
5. Doença perioftalmológica	3,57%	(1)
5. Ferida	3,57%	(1)
5. Herpes	3,57%	(1)
5. Mialgia	3,57%	(1)
5. Sinusopatia	3,57%	(1)
5. Verminose	3,57%	(1)

As doenças respiratórias, são marcadoras da variável ambiental de ar (HOLGUIN, 2000) está no primeiro lugar. As doenças dermatológicas ficam em terceiro lugar, que podem ser consideradas como doenças da pobreza. (MORALES, 1999) No quinto compartilham 10 diagnósticos. Nesta série é possível ver em segundo lugar à consulta de puericultura, variável positiva que reflete qualidade no acompanhamento do crescimento das crianças.

Comentário especial deve ser feito a respeito do alcoolismo, que assegura o quarto lugar, o que pode refletir a influencia negativa da cultura envolvente. Neste caso em particular é a Cidade de Porto Alegre.

5.1.9. Perfil epidemiológico de Estiva.

Na lista a seguir está a posição, diagnóstico ou motivo de consulta, percentagem do total e número absoluto entre parênteses de Estiva, que sobre 369 diagnósticos estudados demonstra entre as 20 primeiras causas de consulta:

1. Doenças respiratórias	40,65%	(150)
2. Doenças dermatológicas	14,9%	(55)
3. Sinusopatia	6,5%	(24)
4. Mialgia	3,79%	(14)
4. Feridas	3,79%	(14)
5. Diarréias	3,52%	(13)
6. Escabiose	2,98%	(11)
7. Verminose	2,71%	(10)
8. Abscesso	2,43%	(9)
8. Dermatomicose	2,43%	(9)
8. Gastrite	2,43%	(9)
9. Cefaléia	1,89%	(7)
9. Desnutrição	1,89%	(7)
9. Infecção urinária	1,89%	(7)
9. Otite	1,89%	(7)
9. Puericultura	1,89%	(7)
9. Trauma	1,89%	(7)
10. Anemia	1,62%	(6)
11. Pré-natal	1,35%	(5)
12. Alergia	1,08%	(4)
12. Emagrecimento	1,08%	(4)
12. Escoriação	1,08%	(4)
12. Hipertensão arterial	1,08%	(4)
12. Odontalgia	1,08%	(4)
12. Queimaduras	1,08%	(4)
13. Alcoolismo	0,81%	(3)

13. Artrite reumática	0,81%	(3)
13. Náuseas	0,81%	(3)
13. Pediculose	0,81%	(3)
14. Ametropia	0,54%	(2)
14. Colecistite	0,54%	(2)
14. Cólica	0,54%	(2)
14. Desidratação	0,54%	(2)
14. Doença perioftalmológica	0,54%	(2)
14. Entorse	0,54%	(2)
14. Febre	0,54%	(2)
14. Tendinite	0,54%	(2)
14. Tumorações	0,54%	(2)
14. Virose	0,54%	(2)
15. Arritmia	0,27%	(1)
15. Cardiopatia	0,27%	(1)
15. Ciática	0,27%	(1)
15. Crise convulsiva	0,27%	(1)
15. Dor no peito	0,27%	(1)
15. Edema	0,27%	(1)
15. Esofagite	0,27%	(1)
15. Flebopatía	0,27%	(1)
15. Hepatopatia	0,27%	(1)
15. Herpes zoster	0,27%	(1)
15. Infarto Agudo de Miocárdio	0,27%	(1)
15. Insuficiência cardíaca	0,27%	(1)
15. Insuficiência renal crônica	0,27%	(1)
15. Lesão cicatrizal	0,27%	(1)
15. Lesão corneal	0,27%	(1)
15. Lesão por calor	0,27%	(1)
15. Linfadenopatía	0,27%	(1)
15. Lombalgia	0,27%	(1)

15. Obesidade	0,27%	(1)
15. Obstrução nasal	0,27%	(1)
15. Osteomielite	0,27%	(1)
15. Sangramento	0,27%	(1)
15. Taquicardia	0,27%	(1)
15. Tonturas	0,27%	(1)

As doenças respiratórias e diarreias, marcadoras das variáveis ambientais de ar e água (HOLGUIN, 2000) estão entre as mais frequentes, acompanhadas das doenças dermatológicas, que podem ser consideradas como doenças da pobreza. (MORALES, 1999). As sinusopatias poderiam ser consideradas como variação das doenças respiratórias, mas não necessariamente, por ser sua causa multi-fatorial, porém chama a atenção estar no terceiro lugar.

As mialgias e as feridas poderiam ser consideradas como influências da cultura envolvente, que neste caso em particular é a Cidade de Viamão.

5.2. Perfil Epidemiológico consolidado das populações Guaranis estudadas e pertencentes ao pólo base Viamão.

Foram encontrados 120 tipos de diagnósticos em 2754 consultas. A seguir encontram-se todos os diagnósticos encontrados nas 11 populações estudadas. Se representam a posição, doença e número de casos.

1. Doenças respiratórias	Total de casos 1184
2. Verminose	Total de casos 330
3. Desnutrição	Total de casos 261
4. Doenças dermatológicas	Total de casos 237
5. Sinusopatias	Total de casos 111
6. Diarréias	Total de casos 108
7. Pré-natal	Total de casos 91
8. Escabiose	Total de casos 82
9. Anemia	Total de casos 80
10. Pediculose	Total de casos 74
11. Feridas	Total de casos 59
12. Puericultura	Total de casos 58
13. Doenças perioftalmológicas	Total de casos 51
14. Dermatomicose	Total de casos 48
15. Asma	Total de casos 43
16. Mialgia	Total de casos 41
17. Abscesso	Total de casos 40
18. Gastrite	Total de casos 35
19. Hipertensão arterial	Total de casos 27
19. Otite	Total de casos 27
20. Alcoolismo	Total de casos 23
21. Cefaléia	Total de casos 22
22. Alergia	Total de casos 19
22. Insuficiência cardíaca	Total de casos 19

23. Infecção urinária	Total de casos 17
23. Trauma	Total de casos 17
24. Virose	Total de casos 15
25. Escoriação	Total de casos 13
25. Puerpério	Total de casos 13
26. Queimaduras	Total de casos 10
27. Odontalgia	Total de casos 9
27. Obstrução nasal	Total de casos 9
27. Suspeita de Tuberculose	Total de casos 9
28. Varicela	Total de casos 8
29. Desidratação	Total de casos 7
31. Náuseas/Vômitos	Total de casos 7
30. Cólica/ dor abdominal	Total de casos 6
31. Cólica menstrual	Total de casos 5
31. Febre	Total de casos 5
31. Picada de inseto	Total de casos 5
32. Depressão	Total de casos 4
32. Hepatite	Total de casos 4
32. Icterícia	Total de casos 4
32 Planificação familiar	Total de casos 4
32. Tendinite	Total de casos 4
33. Ametropia	Total de casos 3
33. Artrite reumatoide	Total de casos 3
33. Cervicites	Total de casos 3
33. Ciática	Total de casos 3
33. Emagrecimento	Total de casos 3
33. Entorse	Total de casos 3
33. Hérnia umbilical	Total de casos 3
33. Rinite	Total de casos 3
33. Tonturas	Total de casos 3
34. Bursite	Total de casos 2

34. Cardiopatia	Total de casos 2
34. Colecistite	Total de casos 2
34. Crise convulsiva	Total de casos 2
34. Dor no peito	Total de casos 2
34. Epigastralgia	Total de casos 2
34. Herpes Zoster	Total de casos 2
34. Lesão por calor	Total de casos 2
34. Linfadenopatia submaxilar	Total de casos 2
34. Lombalgia	Total de casos 2
34. Odontalgia	Total de casos 2
34. Pancreatites aguda	Total de casos 2
34. Parto domiciliar	Total de casos 2
34. Rágades	Total de casos 2
34. Ronquidão	Total de casos 2
34. Trauma ocular	Total de casos 2
34. Tricomoníase	Total de casos 2
34. Tumores	Total de casos 2
35. Aborto	Total de casos 1
35. Abstinência alcoólica	Total de casos 1
35. Acne	Total de casos 1
35. Adenites	Total de casos 1
35. Aftas	Total de casos 1
35. Aleitamento	Total de casos 1
35. Arritmia	Total de casos 1
35. Artrose	Total de casos 1
35. Ascite	Total de casos 1
35. Aumento de peso	Total de casos 1
35. Catarata	Total de casos 1
35. Celulites	Total de casos 1
35. Cólica renal	Total de casos 1
35. Colites	Total de casos 1

35. Contusão	Total de casos 1
35. Cor pulmonale	Total de casos 1
35. Disuria	Total de casos 1
35. Edema	Total de casos 1
35. Eritema nodoso	Total de casos 1
35. Escoliose	Total de casos 1
35. Esmagamento	Total de casos 1
35. Esofagite	Total de casos 1
35. Flebopatia	Total de casos 1
35. Fratura	Total de casos 1
35. Granuloma inguinal	Total de casos 1
35. Hemangioma	Total de casos 1
35. Hematoma	Total de casos 1
35. Hipertensão pulmonar	Total de casos 1
35. Hipoacusia	Total de casos 1
35. Infarto agudo de miocárdio	Total de casos 1
35. Insuficiência renal crônica	Total de casos 1
35. Lesão cicatricial	Total de casos 1
35. Lesão corneal	Total de casos 1
35. Lesão descamativa	Total de casos 1
35. Luxação t�mporo mandibular	Total de casos 1
35. Mastalgia	Total de casos 1
35. Obesidade	Total de casos 1
35. Osteomielite	Total de casos 1
35. Perda de peso	Total de casos 1
35. Prurido	Total de casos 1
35. Queilites	Total de casos 1
35. Sangramento	Total de casos 1
35. Taquicardia	Total de casos 1
35. Torcicolo	Total de casos 1
35. Vaginites	Total de casos 1

35. Vaginose	Total de casos 1
35. Vinculo familiar	Total de casos 1
36. Sem diagnóstico	Total de casos 15

Este consolidado de informação é necessário para saber quais os diagnósticos, sua frequência e sua posição de ocorrência na totalidade de diagnósticos das nove populações estudadas.

O tipo de diagnóstico relatado depende de como esteja escrito nos reportes estudados. É possível que existam dúvidas a respeito da interpretação de cada diagnóstico, mas, o comentário do diagnóstico ou a sua crítica não correspondem aos objetivos desta obra, limitando-se a transcrever os diagnósticos já existentes nas fichas de atendimento da equipe médica de Saúde Indígena do Pólo Base Viamão.

5.3. Os 21 diagnósticos mais freqüentes.

Relacionar os diferentes perfis epidemiológicos das populações originárias entre si e calcular o Índice de Necessidades de Saúde Insatisfeitas (INSI), tem como finalidade criar a linha de base sobre a qual se pode observar se os perfis identificados se afastam ou aproximam no sentido positivo ou negativo a essa linha de base.

Não se considerou nenhum perfil de população envolvente, porque a situação de saúde destas populações não é objeto deste estudo, o intuito é ver o comportamento nas populações originárias.

Somando os casos veremos a quantidade final percentual de todas as populações estudadas. Deste resultado selecionamos as 20 causas de consulta mais freqüentes no consolidado das 11 populações estudadas. O resultado se representa a seguir, embasado em 2754 diagnósticos, mostrando-se a posição, tipo de doença, número total de casos e percentagem (a somatória das porcentagens supera o 100%, isto devido a que cada caso estudado pode ter mais de um diagnóstico).

1. Doenças respiratórias	1184	42,99%
2. Verminose	330	11,98%
3. Desnutrição	261	9,47%
4. Doenças dermatológicas	237	8,6%
5. Sinusopatías	111	4,03%
6. Diarréias	108	3,92%
7. Pré – natal	91	3,3%
8. Escabiose	82	2,97%
9. Anemia	80	2,9%
10. Pediculose	74	2,68%
11. Feridas	59	2,14%
12. Puericultura	58	2,1%
13. Doenças perioftalmológicas	51	1,85%

14. Dermatomicose	48	1,74%
15. Asma	43	1,56%
16. Mialgia	41	1,48%
17. Abscesso	40	1,45%
18. Gastrite	35	1,27%
19. Hipertensão arterial	27	0,98%
19. Otite	27	0,98%
20. Alcoolismo	23	0,83%

5.4. Índice de Necessidades de Saúde Insatisfeitas.

Sendo que todas as populações originárias estudadas têm diferentes quantidades de casos de cada doença, por terem populações diferentes em número, se devem normalizar os valores, portanto serão empregados os valores percentuais de cada população obtidos no estudo do perfil epidemiológico de cada uma delas.

A linha de base do estudo corresponde aos 20 primeiros lugares, das causas de consulta mais freqüentes em todas as populações estudadas, o que perfazem 21 diagnósticos.

Aplicando a fórmula da página 32, e a metodologia descrita nas páginas 33 e 34, tomando de base o percentual encontrado no perfil epidemiológico de cada população (págs 37 – 52), se procede à dinâmica numérica por cada um dos 21 diagnósticos selecionados, lembrando que, por ser esta metodologia pela primeira vez aplicada nestas populações, a dinâmica será aplicada “in extenso” podendo resultar enfadonho para o leitor.

Seguidamente a cada dinâmica numérica, serão apresentados os lugares que cada população obteve, enfatizando que o valor de base é o zero (0) e quanto mais se afasta o número obtido por cada população do zero no sentido positivo, significa melhor situação de saúde nesse diagnóstico em particular. Em sentido contrário, se o valor for negativo significará pior situação de saúde.

5.4.1. Cálculo do índice da doença respiratória.

No caso da doença respiratória, o valor positivo significa pior situação de saúde, sendo sua condição negativa, em tanto que o valor negativo significa melhor situação de saúde sendo sua condição positiva.

Quadrado da População	%-média dividido				Condição
População	Porcentagem(%)	(% - média)	(% - média)	por desvio padrão	
Canta Galo	48,78	+11,1	123,21	0,8	-0,8
Palmares	26,28	-11,4	129,96	0,82	+0,82
Varzinha	44,78	+7,1	50,41	0,51	-0,51
Riozinho	34,72	-2,59	6,7	0,18	+0,18
Estiva	40,65	+2,97	8,82	0,21	-0,21
Capivari	14,85	-22,83	521,20	1,64	+1,64
Campo Molhado	58,62	+20,94	438,48	1,51	-1,51
Torres	24,24	- 13,44	180,63	0,97	+0,97
Lomba do Pinheiro	46,24	+ 8,56	73,27	0,61	-0,61
Média	37,68				
Somatória dos quadrados			1532,68		
Divisão por n-1=8 e raiz quadrada do produto = desvio padrão				13,84	
n = 9					

No caso do índice da doença respiratória, a ordem decrescente é:

Capivari	+1,64
Torres	+0,97
Palmares	+0,82
Riozinho	+0,18
Estiva	-0,21
Varzinha	- 0,51
Canta Galo	-0,80
Lomba do Pinheiro	-0,61
Campo Molhado	-1,51

5.4.2. Cálculo do índice da verminose

No caso da verminose, o valor positivo significa pior situação de saúde, sendo sua condição negativa, em tanto que o valor negativo significa melhor situação de saúde sendo sua condição positiva.

População	Porcentagem(%)	(% - média)	Quadrado da (% - média)	%-média dividido por desvio padrão	Condição
Canta Galo	9,29	-7,62	58,06	0,52	+0,52
Palmares	5,14	-11,77	138,53	0,81	+0,81
Varzinha	9,35	-7,56	57,15	0,52	+0,52
Riozinho	40,27	+23,36	545,68	1,61	-1,61
Estiva	2,71	-14,20	201,64	0,98	+0,98
Capivari	35,64	+18,73	350,81	1,29	-1,29
Campo Molhado	17,25	+0,34	0,11	0,02	-0,02
Torres	29,00	+12,09	146,16	0,83	-0,83
Lomba do Pinheiro	3,57	-13,34	177,95	0,92	+0,92
Média	16,91				
Somatória dos quadrados			1676,09		
Divisão por n-1=8 e raiz quadrada do produto = desvio padrão				14,47	
n = 9					

No caso do índice da verminose, a ordem decrescente é:

Estiva	+0,98
Lomba do Pinheiro	+0,92
Palmares	+0,81
Canta Galo	+0,52
Campo Molhado	-0,02
Varzinha	-0,52
Torres	-0,83
Capivari	-1,29
Riozinho	-1,61

5.4.3. Cálculo do índice da desnutrição.

No caso da desnutrição, o valor positivo significa pior situação de saúde, sendo sua condição negativa, em tanto que o valor negativo significa melhor situação de saúde sendo sua condição positiva.

População	Porcentagem(%)	(% - média)	Quadrado da (% - média)	%-média dividido por desvio padrão	Condição
Canta Galo	11,28	+0,01	0,0001	0,002	-0,002
Palmares	11,42	+0,15	0,02	0,03	-0,03
Varzinha	12,28	+1,01	1,02	0,25	-0,25
Riozinho	13,88	+2,61	6,81	0,66	-0,66
Estiva	1,89	-9,38	87,98	2,39	+2,39
Capivari	13,86	+2,59	6,70	0,66	-0,66
Campo Molhado	12,61	+1,34	1,79	0,34	-0,34
Torres	12,98	+1,71	2,92	0,43	-0,43
Lomba do Pinheiro	Nr	--	--	--	--
Média	11,27				
Somatória dos quadrados			107,2401		
Divisão por n-1=7 e raiz quadrada do produto = desvio padrão				3,91	
n = 8					
Nr = Não há registro					

No caso do índice da desnutrição, a ordem decrescente é:

Estiva	+2,39
Canta Galo	-0,0002
Palmares	-0,03
Varzinha	-0,25
Campo Molhado	-0,34
Torres	-0,43
Capivari	-0,66
Riozinho	-0,66
Lomba do Pinheiro	Nr

5.4.4. Cálculo do índice da doença dermatológica.

No caso da doença dermatológica, o valor positivo significa pior situação de saúde, sendo sua condição negativa, em tanto que o valor negativo significa melhor situação de saúde sendo sua condição positiva.

População	Porcentagem(%)	(% - média)	Quadrado da (% - média)	%-média dividido por desvio padrão	Condição
Canta Galo	8,73	-0,93	0,86	0,24	+0,24
Palmares	15,42	+5,76	33,17	1,54	-1,54
Varzinha	5,26	-4,40	19,36	1,17	+1,17
Riozinho	8,33	-1,33	1,76	0,35	+0,35
Estiva	14,90	+5,24	27,45	1,40	-1,40
Capivari	10,89	+1,23	1,51	0,32	-0,32
Campo Molhado	7,96	-1,70	2,89	0,45	+0,45
Torres	4,76	- 4,90	24,01	1,31	+1,31
Lomba do Pinheiro	10,71	+ 1,05	1,10	0,28	-0,28
Média	9,66				
Somatória dos quadrados			112,11		
Divisão por n-1=8 e raiz quadrada do produto = desvio padrão				3,74	
n = 9					

No caso do índice da doença dermatológica, a ordem decrescente é:

Torres	+1,31
Varzinha	+1,17
Campo Molhado	+0,45
Riozinho	+0,35
Canta Galo	+0,24
Lomba do Pinheiro	-0,28
Capivari	-0,32
Estiva	-1,40
Palmares	-1,54

5.4.5. Cálculo do índice das sinusopatias.

No caso das sinusopatias, o valor positivo significa pior situação de saúde, sendo sua condição negativa, em tanto que o valor negativo significa melhor situação de saúde sendo sua condição positiva.

População	Porcentagem(%)	(% - média)	Quadrado da (% - média)	%-média dividido por desvio padrão	Condição
Canta Galo	5,64	+1,98	3,92	1,20	-1,20
Palmares	1,71	-1,95	3,80	1,18	+1,18
Varzinha	4,09	+0,43	0,18	0,26	-0,26
Riozinho	2,77	-0,89	0,79	0,54	+0,54
Estiva	6,50	+2,84	8,06	1,73	-1,73
Capivari	1,98	-1,68	2,82	1,02	+1,02
Campo Molhado	2,43	-1,23	1,51	0,75	+0,75
Torres	4,32	+0,66	0,43	0,40	-0,40
Lomba do Pinheiro	3,57	- 0,09	0,008	0,05	+0,05
Média	3,66				
Somatória dos quadrados			21,518		
Divisão por n-1=8 e raiz quadrada do produto = desvio padrão				1,64	
n = 9					

No caso do índice das sinusopatías, a ordem decrescente é:

Palmares	+1,18
Capivari	+1,02
Campo Molhado	+0,75
Riozinho	+0,54
Lomba do Pinheiro	+0,05
Varzinha	-0,26
Torres	-0,40
Canta Galo	-1,20
Estiva	-1,73

5.4.6. Cálculo do índice das diarreias.

No caso das diarreias, o valor positivo significa pior situação de saúde, sendo sua condição negativa, em tanto que o valor negativo significa melhor situação de saúde sendo sua condição positiva.

População	Porcentagem(%)	(% - média)	Quadrado da (% - média)	%-média dividido por desvio padrão	Condição
Canta Galo	7,52	+4,49	20,16	1,96	-1,96
Palmares	4,00	+0,97	0,94	0,42	-0,42
Varzinha	0,58	-1,76	3,09	0,76	+0,76
Riozinho	Nr	--	--	--	--
Estiva	3,52	+0,49	0,24	0,21	-0,21
Capivari	0,99	-2,04	4,16	0,89	+0,89
Campo Molhado	3,31	+0,28	0,07	0,12	-0,12
Torres	1,29	-1,74	3,02	0,75	+0,75
Lomba do Pinheiro	Nr	--	--	--	--
Média	3,03				
Somatória dos quadrados			31,68		
Divisão por n-1=6 e raiz quadrada do produto = desvio padrão				2,29	
n = 7					
Nr = Não há registro					

No caso do índice das diarreias, a ordem decrescente é:

Capivari	+0,89
Varzinha	+0,76
Torres	+0,75
Campo Molhado	-0,12
Estiva	-0,21
Palmares	-0,42
Canta Galo	-1,96
Riozinho	Nr
Lomba do Pinheiro	Nr

5.4.7. Cálculo do índice do controle pré-natal.

No caso do controle pré-natal, o valor positivo significa melhor situação de saúde, sendo sua condição positiva, em tanto que o valor negativo significa pior situação de saúde sendo sua condição negativa.

População	Porcentagem(%)	(% - média)	Quadrado da (% - média)	%-média dividido por desvio padrão	Condição
Canta Galo	1,10	-2,87	8,23	0,53	-0,53
Palmares	4,57	+0,60	0,36	0,11	+0,11
Varzinha	1,75	-2,22	4,92	0,41	-0,41
Riozinho	1,38	-2,59	6,70	0,48	-0,48
Estiva	1,35	-2,62	6,86	0,49	-0,49
Capivari	2,97	-1,00	1,00	0,18	-0,18
Campo Molhado	1,76	-2,21	4,88	0,41	-0,41
Torres	16,88	+12,91	166,66	2,41	+2,41
Lomba do Pinheiro	Nr	--	--	--	--
Média	3,97				
Somatória dos quadrados			199,61		
Divisão por n-1=7 e raiz quadrada do produto = desvio padrão				5,34	
n = 8					
Nr = Não há registro					

No caso do índice do pré-natal, a ordem decrescente é:

Torres	+2,41
Palmares	+0,11
Capivari	-0,18
Varzinha	-0,41
Campo Molhado	-0,41
Riozinho	-0,48
Estiva	-0,49
Canta Galo	-0,53
Lomba do Pinheiro	Nr

5.4.8. Cálculo do índice da escabiose.

No caso da escabiose, o valor positivo significa pior situação de saúde, sendo sua condição negativa, em tanto que o valor negativo significa melhor situação de saúde sendo sua condição positiva.

População	Porcentagem(%)	(% - média)	Quadrado da (% - média)	%-média dividido por desvio padrão	Condição
Canta Galo	1,88	-1,56	2,43	0,57	+0,57
Palmares	1,71	-1,73	2,99	0,63	+0,63
Varzinha	4,09	+0,65	0,42	0,23	-0,23
Riozinho	4,16	+0,72	0,51	0,26	-0,26
Estiva	2,98	-0,46	0,21	0,16	+0,16
Capivari	Nr	--	--	--	--
Campo Molhado	8,84	+5,40	29,16	1,97	-1,97
Torres	0,43	-3,01	9,06	1,10	+1,10
Lomba do Pinheiro	Nr	--	--	--	--
Média	3,44				
Somatória dos quadrados			44,78		
Divisão por n-1=6 e raiz quadrada do produto = desvio padrão				2,73	
n = 7					
Nr = Não há registro					

No caso do índice da escabiose, a ordem decrescente é:

Torres	+1,10
Palmares	+0,63
Canta Galo	+0,57
Estiva	+0,16
Varzinha	-0,23
Riozinho	-0,26
Campo Molhado	-1,97
Capivari	Nr
Lomba do Pinheiro	Nr

5.4.9. Cálculo do índice da anemia.

No caso da anemia, o valor positivo significa pior situação de saúde, sendo sua condição negativa, em tanto que o valor negativo significa melhor situação de saúde sendo sua condição positiva.

População	Porcentagem(%)	(% - média)	Quadrado da (% - média)	%-média dividido por desvio padrão	Condição
Canta Galo	1,54	-1,75	3,06	1,32	+1,32
Palmares	2,28	-1,01	1,02	0,43	+0,43
Varzinha	4,09	+0,80	0,64	0,34	-0,34
Riozinho	4,16	+0,87	0,75	0,37	-0,37
Estiva	1,62	-1,67	2,78	0,72	+0,72
Capivari	0,99	-2,30	5,29	0,99	+0,99
Campo Molhado	8,18	+4,89	23,91	2,11	-2,11
Torres	3,46	+0,17	0,02	0,07	-0,07
Lomba do Pinheiro	Nr	--	--	--	--
Média	3,29				
Somatória dos quadrados			37,47		
Divisão por n-1=7 e raiz quadrada do produto = desvio padrão				2,31	
n = 8					
Nr = Não há registro					

No caso do índice da anemia, a ordem decrescente é:

Canta Galo	+1,32
Capivari	+0,99
Estiva	+0,72
Palmares	+0,43
Torres	-0,07
Varzinha	-0,34
Riozinho	-0,37
Campo Molhado	-2,11
Lomba do Pinheiro	Nr

5.4.10. Cálculo do índice da pediculose.

No caso da pediculose, o valor positivo significa pior situação de saúde, sendo sua condição negativa, em tanto que o valor negativo significa melhor situação de saúde sendo sua condição positiva.

População	Porcentagem(%)	(% - média)	Quadrado da (% - média)	%-média dividido por desvio padrão	Condição
Canta Galo	0,88	-3,76	14,13	0,95	+0,95
Palmares	1,41	-3,23	10,43	0,82	+0,82
Varzinha	3,50	-1,14	1,29	0,29	+0,29
Riozinho	6,94	+2,30	5,29	0,58	-0,58
Estiva	0,81	-3,83	14,66	0,97	+0,97
Capivari	9,90	+5,26	27,66	1,33	-1,33
Campo Molhado	9,07	+4,43	19,62	1,12	-1,12
Torres	Nr	--	--	--	--
Lomba do Pinheiro	Nr	--	--	--	--
Média	4,64				
Somatória dos quadrados			93,08		
Divisão por n-1=6 e raiz quadrada do produto = desvio padrão				3,93	
n = 7					
Nr = Não há registro					

No caso do índice da pediculose, a ordem decrescente é:

Estiva	+0,97
Canta Galo	+0,95
Palmares	+0,82
Varzinha	+0,29
Riozinho	-0,58
Campo Molhado	-1,12
Capivari	-1,33
Torres	Nr
Lomba do Pinheiro	Nr

5.4.11. Cálculo do índice de feridas.

No caso de feridas, o valor positivo significa pior situação de saúde, sendo sua condição negativa, em tanto que o valor negativo significa melhor situação de saúde sendo sua condição positiva.

População	Porcentagem(%)	(% - média)	Quadrado da (% - média)	%-média dividido por desvio padrão	Condição
Canta Galo	2,98	+0,39	1,15	0,30	-0,30
Palmares	3,42	+0,83	0,68	0,64	-0,64
Varzinha	1,16	-1,43	2,04	1,10	+1,10
Riozinho	Nr	--	--	--	--
Estiva	3,79	+1,20	1,44	0,93	-0,93
Capivari	Nr	--	--	--	--
Campo Molhado	0,66	-1,93	3,72	1,49	+1,49
Torres	2,59	0,00	0,00	0,00	0,00
Lomba do Pinheiro	3,57	+0,98	0,96	0,75	-0,75
Média	2,59				
Somatória dos quadrados			9,99		
Divisão por n-1=6 e raiz quadrada do produto = desvio padrão				1,29	
n = 7					
Nr = Não há registro					

No caso do índice das feridas, a ordem decrescente é:

Campo Molhado	+1,49
Varzinha	+1,10
Torres	0,00
Canta Galo	-0,30
Palmares	-0,64
Lomba do Pinheiro	-0,75
Estiva	-0,93
Riozinho	Nr
Capivari	Nr

5.4.12. Cálculo do índice de puericultura.

No caso de puericultura, o valor positivo significa melhor situação de saúde, sendo sua condição positiva, em tanto que o valor negativo significa pior situação de saúde sendo sua condição negativa.

População	Porcentagem(%)	(% - média)	Quadrado da (% - média)	%-média dividido por desvio padrão	Condição
Canta Galo	1,10	-3,64	13,24	0,71	-0,71
Palmares	2,28	-2,46	6,05	0,48	-0,48
Varzinha	4,67	-0,07	0,0049	0,01	-0,01
Riozinho	1,38	-3,36	11,28	0,65	-0,65
Estiva	1,89	-2,85	8,12	0,55	-0,55
Capivari	7,92	+3,18	10,11	0,62	+0,62
Campo Molhado	0,88	-3,86	14,89	0,75	-0,75
Torres	4,76	+0,03	0,0009	0,005	+0,005
Lomba do Pinheiro	17,85	+13,11	171,87	2,56	+2,56
Média	4,74				
Somatória dos quadrados			235,56		
Divisão por n-1=8 e raiz quadrada do produto = desvio padrão				5,11	
n = 9					

No caso do índice de puericultura, a ordem decrescente é:

Lomba do Pinheiro	+2,56
Capivari	+0,62
Torres	+0,005
Varzinha	-0,01
Palmares	-0,48
Estiva	-0,55
Riozinho	-0,65
Canta Galo	-0,71
Campo Molhado	-0,75

5.4.13. Cálculo do índice de doenças perioftalmológicas.

No caso de doenças perioftalmológicas, o valor positivo significa pior situação de saúde, sendo sua condição negativa, em tanto que o valor negativo significa melhor situação de saúde sendo sua condição positiva.

População	Porcentagem(%)	(% - média)	Quadrado da (% - média)	%-média dividido por desvio padrão	Condição
Canta Galo	3,31	+0,95	0,90	0,76	-0,76
Palmares	1,14	-1,22	1,48	0,97	+0,97
Varzinha	3,50	+1,14	1,29	0,91	-0,91
Riozinho	Nr	--	--	--	--
Estiva	0,54	-1,82	3,31	1,45	+1,45
Capivari	2,97	+0,61	0,37	0,48	-0,48
Campo Molhado	1,54	-0,82	0,67	0,65	+0,65
Torres	Nr	--	--	--	--
Lomba do Pinheiro	3,57	+1,21	1,46	0,96	-0,96
Média	2,36				
Somatória dos quadrados			9,48		
Divisão por n-1=6 e raiz quadrada do produto = desvio padrão				1,25	
n = 7					
Nr = Não há registro					

No caso do índice das doenças perioftalmológicas, a ordem decrescente é:

Estiva	+1,45
Campo Molhado	+0,65
Capivari	-0,48
Canta Galo	-0,76
Varzinha	-0,91
Lomba do Pinheiro	-0,96
Palmares	+0,97
Torres	Nr
Riozinho	Nr

5.4.14. Cálculo do índice das dermatomicoses.

No caso das dermatomicoses, o valor positivo significa pior situação de saúde, sendo sua condição negativa, em tanto que o valor negativo significa melhor situação de saúde sendo sua condição positiva.

População	Porcentagem(%)	(% - média)	Quadrado da (% - média)	%-média dividido por desvio padrão	Condição
Canta Galo	0,33	-1,89	3,57	1,80	+1,80
Palmares	Nr	--	--	--	--
Varzinho	3,07	+0,85	0,72	0,80	-0,80
Riozinho	Nr	--	--	--	--
Estiva	2,43	+0,21	0,04	0,20	-0,20
Capivari	1,98	-0,24	0,05	0,22	+0,22
Campo Molhado	1,60	-0,62	0,38	0,59	+0,59
Torres	2,59	+0,37	0,13	0,35	-0,35
Lomba do Pinheiro	3,57	+1,35	1,82	1,28	-1,28
Média	2,22				
Somatória dos quadrados			6,71		
Divisão por n-1=6 e raiz quadrada do produto = desvio padrão				1,05	
n = 7					
Nr = Não há registro					

No caso do índice das dermatomicoses, a ordem decrescente é:

Canta Galo	+1,80
Campo Molhado	+0,59
Capivari	+0,22
Estiva	-0,20
Torres	-0,35
Varzinha	-0,80
Lomba do Pinheiro	-1,28
Palmares	Nr
Riozinho	Nr

5.4.15. Cálculo do índice de asma.

No caso de asma, o valor positivo significa pior situação de saúde, sendo sua condição negativa, em tanto que o valor negativo significa melhor situação de saúde sendo sua condição positiva.

População	Porcentagem(%)	(% - média)	Quadrado da (% - média)	%-média dividido por desvio padrão	Condição
Canta Galo	0,99	-1,82	3,31	0,95	+0,95
Palmares	10,28	+7,47	55,80	2,15	-2,15
Varzinha	0,58	-2,23	4,97	0,64	+0,64
Riozinho	Nr	--	--	--	--
Estiva	Nr	--	--	--	--
Capivari	0,99	-1,82	3,31	0,52	+0,52
Campo Molhado	2,43	-0,38	0,14	0,10	+0,10
Torres	0,85	-1,96	3,84	0,56	+0,56
Lomba do Pinheiro	3,57	+0,76	0,57	0,21	-0,21
Média	2,81				
Somatória dos quadrados			71,94		
Divisão por n-1=6 e raiz quadrada do produto = desvio padrão				3,46	
n = 7					
Nr = Não há registro					

No caso do índice do asma, a ordem decrescente é:

Canta Galo	+0,95
Varzinha	+0,64
Torres	+0,56
Capivari	+0,52
Campo Molhado	+0,10
Lomba do Pinheiro	-0,21
Palmares	-2,15
Estiva	Nr
Riozinho	Nr

5.4.16. Cálculo do índice de mialgia.

No caso de mialgia, o valor positivo significa pior situação de saúde, sendo sua condição negativa, em tanto que o valor negativo significa melhor situação de saúde sendo sua condição positiva.

População	Porcentagem(%)	(% - média)	Quadrado da (% - média)	%-média dividido por desvio padrão	Condição
Canta Galo	0,99	-1,29	1,66	0,66	+0,66
Palmares	4,00	+1,72	2,95	0,89	-0,89
Varzinha	0,58	-1,70	2,89	0,88	+0,88
Riozinho	5,55	+3,27	10,69	1,69	-1,69
Estiva	3,79	+1,51	2,28	0,78	-0,78
Capivari	0,99	-1,29	1,66	0,66	+0,66
Campo Molhado	0,66	-1,62	2,62	0,83	+0,83
Torres	0,43	-1,85	3,42	0,95	+0,95
Lomba do Pinheiro	3,57	+1,29	1,66	0,66	-0,66
Média	2,28				
Somatória dos quadrados			29,83		
Divisão por n-1=8 e raiz quadrada do produto = desvio padrão				1,93	
n = 9					

No caso do índice da mialgia, a ordem decrescente é:

Torres	+0,95
Varzinha	+0,88
Campo Molhado	+0,83
Canta Galo	+0,66
Capivari	+0,66
Lomba do Pinheiro	-0,66
Estiva	-0,78
Palmares	-0,89
Riozinho	-1,69

5.4.17. Cálculo do índice de abscesso.

No caso de abscesso, o valor positivo significa pior situação de saúde, sendo sua condição negativa, em tanto que o valor negativo significa melhor situação de saúde sendo sua condição positiva.

População	Porcentagem(%)	(% - média)	Quadrado da (% - média)	%-média dividido por desvio padrão	Condição
Canta Galo	1,65	-0,80	0,64	0,52	+0,52
Palmares	0,57	-1,88	3,53	1,24	+1,24
Varzinha	2,92	+0,47	0,22	0,31	-0,31
Riozinho	Nr	--	--	--	--
Estiva	2,43	-0,02	0,0004	0,01	+0,01
Capivari	4,95	+2,50	6,25	1,65	-1,65
Campo Molhado	1,10	-1,35	1,82	0,89	+0,89
Torres	Nr	--	--	--	--
Lomba do Pinheiro	3,57	+1,12	1,25	0,74	-0,74
Média	2,45				
Somatória dos quadrados			13,7104		
Divisão por n-1=6 e raiz quadrada do produto = desvio padrão				1,51	
n = 7					
Nr = Não há registro					

No caso do índice do abscesso, a ordem decrescente é:

Palmares	+1,24
Campo Molhado	+0,89
Canta Galo	+0,52
Estiva	+0,01
Varzinha	-0,31
Lomba do Pinheiro	-0,74
Capivari	-1,65
Riozinho	Nr
Torres	Nr

5.4.18. Cálculo do índice da gastrite.

No caso da gastrite, o valor positivo significa pior situação de saúde, sendo sua condição negativa, em tanto que o valor negativo significa melhor situação de saúde sendo sua condição positiva.

População	Porcentagem(%)	(% - média)	Quadrado da (% - média)	%-média dividido por desvio padrão	Condição
Canta Galo	1,99	-0,30	0,09	0,26	+0,26
Palmares	1,71	-0,58	0,33	0,51	+0,51
Varzinha	1,16	-1,13	1,27	1,00	+1,00
Riozinho	4,16	+1,87	3,49	1,65	-1,65
Estiva	2,43	+0,14	0,01	0,12	-0,12
Capivari	Nr	--	--	--	--
Campo Molhado	Nr	--	--	--	--
Torres	Nr	--	--	--	--
Lomba do Pinheiro	Nr	--	--	--	--
Média	2,29				
Somatória dos quadrados			5,19		
Divisão por n-1=4 e raiz quadrada do produto = desvio padrão				1,13	
n = 5					
Nr = Não há registro					

No caso do índice da gastrite, a ordem decrescente é:

Varzinha	+1,00
Palmares	+0,51
Canta Galo	+0,26
Estiva	-0,12
Riozinho	-1,65
Campo Molhado	Nr
Lomba do Pinheiro	Nr
Capivari	Nr
Torres	Nr

5.4.19. Cálculo do índice da hipertensão arterial.

No caso da hipertensão arterial, o valor positivo significa pior situação de saúde, sendo sua condição negativa, em tanto que o valor negativo significa melhor situação de saúde sendo sua condição positiva.

População	Porcentagem(%)	(% - média)	Quadrado da (% - média)	%-média dividido por desvio padrão	Condição
Canta Galo	0,99	-0,45	0,20	0,39	+0,39
Palmares	Nr	--	--	--	--
Varzinha	0,58	-0,86	0,73	0,75	+0,75
Riozinho	Nr	--	--	--	--
Estiva	1,08	-0,36	0,12	0,31	+0,31
Capivari	Nr	--	--	--	--
Campo Molhado	1,10	-0,34	0,11	0,29	+0,29
Torres	3,46	+2,02	4,08	1,77	-1,77
Lomba do Pinheiro	Nr	--	--	--	--
Média	1,44				
Somatória dos quadrados			5,24		
Divisão por n-1=4 e raiz quadrada do produto = desvio padrão				1,14	
n = 5					
Nr = Não há registro					

No caso do índice da hipertensão arterial, a ordem decrescente é:

Varzinha	+0,75
Canta Galo	+0,39
Estiva	+0,31
Campo Molhado	+0,29
Torres	-1,77
Palmares	Nr
Riozinho	Nr
Lomba do Pinheiro	Nr
Capivari	Nr

5.4.20. Cálculo do índice da otite.

No caso da otite, o valor positivo significa pior situação de saúde, sendo sua condição negativa, em tanto que o valor negativo significa melhor situação de saúde sendo sua condição positiva.

População	Porcentagem(%)	(% - média)	Quadrado da (% - média)	%-média dividido por desvio padrão	Condição
Canta Galo	1,10	-0,27	0,07	0,25	+0,25
Palmares	0,57	-0,80	0,64	0,74	+0,74
Varzinha	3,50	+2,13	4,53	1,99	-1,99
Riozinho	1,38	+0,01	0,0001	0,009	-0,009
Estiva	1,89	+0,52	0,27	0,48	-0,48
Capivari	0,99	-0,38	0,14	0,35	+0,35
Campo Molhado	0,22	-1,15	1,32	1,07	+1,07
Torres	Nr	--	--	--	--
Lomba do Pinheiro	Nr	--	--	--	--
Média	1,37				
Somatória dos quadrados			6,9701		
Divisão por n-1=6 e raiz quadrada do produto = desvio padrão				1,07	
n = 7					
Nr = Não há registro					

No caso do índice da otite, a ordem decrescente é:

Campo Molhado	+1,07
Palmares	+0,74
Capivari	+0,35
Canta Galo	+0,25
Riozinho	-0,009
Estiva	-0,48
Varzinha	-1,99
Torres	Nr
Lomba do Pinheiro	Nr

5.4.21. Cálculo do índice de alcoolismo.

No caso de alcoolismo, o valor positivo significa pior situação de saúde, sendo sua condição negativa, em tanto que o valor negativo significa melhor situação de saúde sendo sua condição positiva.

População	Porcentagem(%)	(% - média)	Quadrado da (% - média)	%-média dividido por desvio padrão	Condição
Canta Galo	0,99	-1,74	3,02	0,58	+0,58
Palmares	Nr	--	--	--	--
Varzinha	Nr	--	--	--	--
Riozinho	Nr	--	--	--	--
Estiva	0,81	-1,92	3,68	0,64	+0,64
Capivari	Nr	--	--	--	--
Campo Molhado	1,99	-0,74	0,54	0,24	+0,24
Torres	Nr	--	--	--	--
Lomba do Pinheiro	7,14	+4,41	19,44	1,47	-1,47
Média	2,73				
Somatória dos quadrados			26,68		
Divisão por n-1=3 e raiz quadrada do produto = desvio padrão				2,98	
n = 4					
Nr = Não há registro					

No caso do índice da otite, a ordem decrescente é:

Estiva	+0,64
Canta Galo	+0,58
Campo Molhado	+0,24
Lomba do Pinheiro	-1,47
Palmares	Nr
Capivari	Nr
Riozinho	Nr
Varzinha	Nr
Torres	Nr

5.5. Índices de Necessidades de Saúde Insatisfeitas por população e por variável das Terras Indígenas do Pólo Base Viamão/RS, 2000 - 2004.

Doença	Canta Galo	Palmares	Varzinha	Riozinho	Estiva
D. respiratórias	-0,80	+0,82	-0,51	+0,18	-0,21
Verminose	+0,52	+0,81	+0,52	-1,61	+0,98
Desnutrição	-0,002	-0,03	-0,25	-0,66	+2,39
D. dermatológica	+0,24	-1,54	+1,17	+0,35	-1,40
Sinusopatias	-1,20	+1,18	-0,26	+0,54	-1,73
Diarréias	-1,96	-0,42	+0,76	Nr	-0,21
Pré-natal	-0,53	+0,11	-0,41	-0,48	-0,49
Escabiose	+0,57	+0,63	-0,23	-0,26	+0,16
Anemia	+1,32	+0,43	-0,34	-0,37	+0,72
Pediculose	+0,95	+0,82	+0,29	-0,58	+0,97
Feridas	-0,30	-0,64	+1,10	Nr	-0,93
Puericultura	-0,71	-0,48	-0,01	-0,65	-0,55
D. perioftalmológica	-0,76	+0,97	-0,91	Nr	+1,45
Dermatomicose	+1,80	Nr	-0,80	Nr	-0,20
Asma	+0,95	-2,15	+0,64	Nr	Nr
Mialgia	+0,66	-0,89	+0,88	-1,69	-0,78
Abscesso	+0,52	+1,24	-0,31	Nr	+0,01
Gastrite	+0,26	+0,51	+1,00	-1,65	-0,12
Hipertensão	+0,39	Nr	+0,75	Nr	+0,31
Otite	+0,25	+0,74	-1,99	-0,009	-0,48
Alcoolismo	+0,58	Nr	Nr	Nr	+0,64
I.N.S.I.	+2,74	+2,11	+1,09	-6,889	+0,53

Nr = Não há registro

Doença	Capivari	Campo M.	Torres	Lomba do Pinheiro
D. respiratórias	+1,64	-1,51	+0,97	-0,61
Verminose	-1,29	-0,02	-0,83	+0,92
Desnutrição	-0,66	-0,34	-0,43	Nr
D. dermatológica	-0,32	+0,45	+1,31	-0,28
Sinusopatias	+1,02	+0,75	-0,40	+0,05
Diarréias	+0,89	-0,12	+0,75	Nr
Pré-natal	-0,18	-0,41	+2,41	Nr
Escabiose	Nr	-1,97	+1,10	Nr
Anemia	+0,99	-2,11	-0,07	Nr
Pediculose	-1,33	-1,12	Nr	Nr
Feridas	Nr	+1,49	0,00	-0,75
Puericultura	+0,62	-0,75	+0,005	+2,56
D. perioftalmológica	-0,48	+0,65	Nr	-0,96
Dermatomicose	+0,22	+0,59	-0,35	-1,28
Asma	+0,52	+0,10	+0,56	-0,21
Mialgia	+0,66	+0,83	+0,95	-0,66
Abscesso	-1,65	+0,89	Nr	-0,74
Gastrite	Nr	Nr	Nr	Nr
Hipertensão	Nr	+0,29	-1,77	Nr
Otite	+0,35	+1,07	Nr	Nr
Alcoolismo	Nr	+0,24	Nr	-1,47
I.N.S.I.	+1,00	-1,00	+4,2005	-3,43

Nr = Não há registro

5.6. Índice de Necessidades de Saúde Insatisfeitas Consolidado das populações Mbyá – Guarani pertencentes ao Pólo Base Viamão/RS, 2000 -2004.

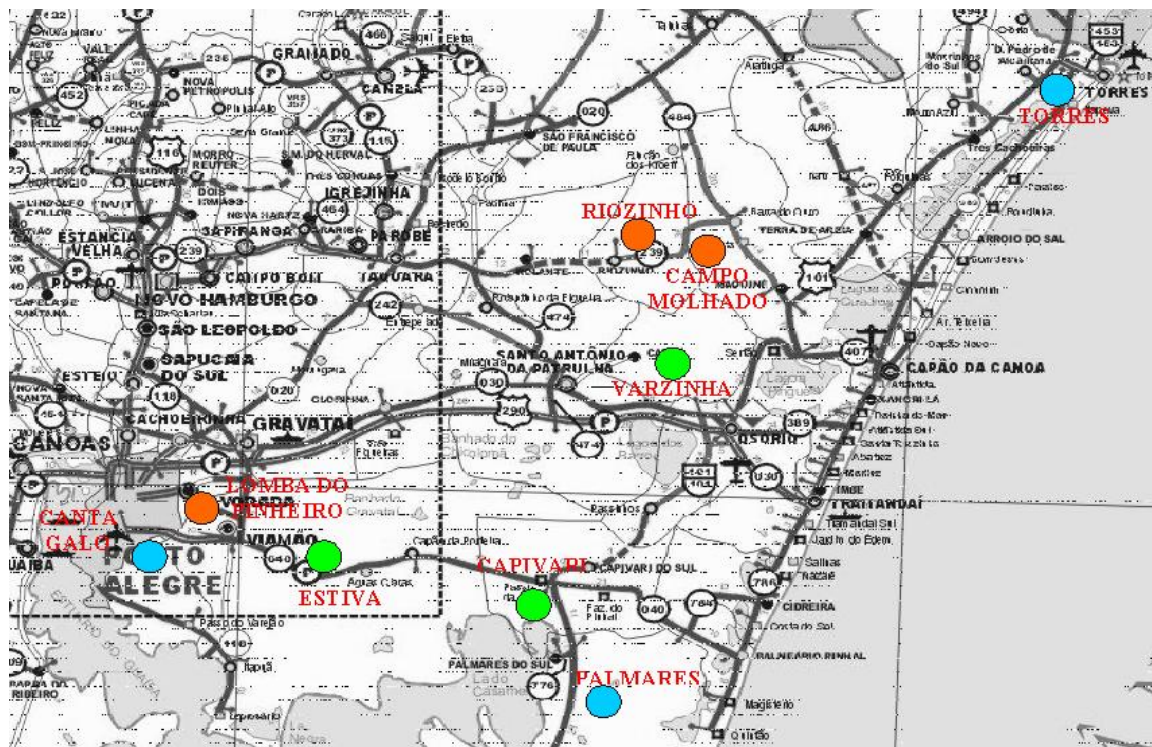
Na lista a seguir, se encontram ordenadas em ordem decrescente as populações com mais necessidades de saúde, considerando 21 variáveis de consulta pesquisadas. O sinal positivo significa menor necessidade, o sinal negativo maior necessidade de saúde.

População	I.N.S.I.
Torres	+4,2005
Canta Galo	+2,748
Palmares	+2,11
Varzinha	+1,09
Capivari	+1,00
Estiva	+0,53
Campo Molhado	-1,00
Lomba do Pinheiro	-3,43
Riozinho	-6,889

5.7. Localização dos índices aplicados no mapa.

O índice obtido, para melhor visualização será destacado com as cores azul para as três melhores pontuações, verde para as três intermédias e laranja para as piores. No mapa a seguir pode-se visualizar o I.N.S.I. das nove populações Mbyá – Guarani do Pólo Base Viamão

Mapa 1.- Níveis ponderados à cores dos I.N.S.I. das populações Mbyá Guarani do Pólo Base Viamão/RS, 2000 - 2004



5.8. Nível de contato das populações originárias Mbyá – Guarani do Pólo Base Viamão.

Para avaliar o nível de contato das populações originárias Mbyá – Guarani do pólo Base Viamão, foi necessária uma entrevista “in loco”, isto é, visitar a cada uma das populações e conhecer suas rotas de acesso, transportes e situação em que se encontram.

É importante ressaltar que as populações estudadas têm característica flutuante, movimentando famílias em função da época do ano ou estação climática na procura de melhores fontes de sustento. Desta forma não é possível dizer com certeza quantas pessoas moram em cada reserva ou acampamento, sendo os dados populacionais dependentes dos lugares onde cada originário é cadastrado pela Equipe de Saúde Indígena do Pólo Base Viamão, porém, não necessariamente são as populações que permanecem em cada região.

Esta espécie de “*nomadismo*” faz com que seja difícil a denominação de “população estável”, pois em nenhuma das populações foi encontrada a quantidade de pessoas que estavam registradas, seja porque estavam viajando ou visitando parentes de outras populações. Estas “visitas” podem ter duração muito longa, porém, o “visitante” não é considerado morador por muito tempo, embora permaneça até que sua situação perante a comunidade seja resolvida entre a comunidade e o Guarani visitante.

5.8.1. Reserva indígena de Canta Galo. (Yriapú).

Canta Galo se encontra próxima à Cidade de Porto Alegre, para chegar a sua reserva, se pega o ônibus R-67, passando por Belém Novo, até Lami, população próxima ao Guaíba, para posteriormente pegar a linha de ônibus A-74 de integração a três km. da reserva, a qual se chega por uma estrada de chão.

Canta Galo tem 152 hectares e 121 habitantes.

Foram entrevistadas duas pessoas pertencentes à reserva de Canta Galo, o Ex - Cacique do ano 2004 e um professor, mencionando ambos que Canta Galo têm contato com Porto Alegre, população mais próxima, seu contato e de tipo comercial, cultural, médico, escolar, lazer, alimentício, transporte e jurídico; a frequência com que se viaja a Porto Alegre, por parte do ex-Cacique era diária, o professor mencionou mensal; a frequência com que a população branca ingressa na aldeia é semanal ou mensal; a comunicação com Porto Alegre é por estrada, percorrida por transportes diariamente; ambos os entrevistados falam idioma Guarani, português e espanhol, e o ex-Cacique também fala inglês. Os visitantes de Canta Galo são brasileiros e europeus; não houve aparição de nenhuma doença nova; a religião é Guarani, houve visitas de grupos religiosos protestantes, as plantações são, feijão, aipim, milho, batata doce para consumo próprio.

A pontuação de Canta Galo pelos dois entrevistados foi de 24 e 26, tomando-se uma média de 25 pontos.

5.8.2. Reserva indígena de Varzinha (Tekoá Kaateh).

A entrada para à Reserva Indígena de Varzinha – Caraá, inicia em Viamão, seguindo pela estrada Porto Alegre – Osório até Santo Antônio da Patrulha. Até aqui, foram percorridos 74 km. de estrada asfaltada.

Entrando por Santo Antônio da Patrulha, no km. 80 do início em Viamão, se entra numa estrada de chão, de difícil acesso até o município de Caraá, mais ou menos no km. 87. A estrada vai piorando até o km. 113 que é a reserva de Varzinha.

Varzinha tem 606 hectares e 85 habitantes.

Nesta população foi entrevistado o Cacique, que menciona que Varzinha tem comunicação com a população branca de Santo Antônio e Maquiné; esse contato é comercial, cultural e de lazer, a frequência de viagens por parte do Cacique é mensal, mas não tem nenhuma viagem de branco para Varzinha; A via de acesso é uma estrada de chão com péssimo estado de conservação e não é percorrida por transportes; o Cacique fala idioma Guarani, português e entende espanhol; os visitantes são brasileiros; não houve aparecimento de doenças novas; a religião é Guarani, não houve outros grupos religiosos ; as plantações são de milho, feijão, batata doce e aipim para consumo próprio.

Produzem obras artesanais de grande beleza que são comercializadas nas cidades. A pontuação de Varzinha foi de 12.

5.8.3. Acampamento indígena de Riozinho.

O mais novo dos acampamentos Guarani estudados, situado a 8 km na estrada de chão Riozinho – Fazenda Fraizen (Zaffari). Para chegar a Riozinho saindo de Viamão, via estrada Porto Alegre – Osório até Santo Antônio da Patrulha, para depois dirigir para Rolante, numa estrada com trechos de asfalto e de chão.

Riozinho compreende 12 hectáreas e 35 habitantes.

O acampamento de Riozinho, segundo o Cacique mantém contato com a população branca de Riozinho de tipo comercial, cultural, médico e odontológico; a frequência com que o Cacique vá para Riozinho é semanal, mas a população branca de Riozinho não faz visitas a sua comunidade; a via de acesso é pela estrada de chão que é percorrida por transportes diariamente; os idiomas que fala o Cacique são Guarani, português e espanhol; o acampamento recebe visitas de brasileiros, estrangeiros hispânicos e europeus; não existe ciência de doenças novas; a religião é Guarani e não houve visitas de grupos religiosos; as plantações existentes são de milho, feijão, aipim, batata doce e pomares, para consumo próprio.

Riozinho foi fundado entre 1999 e 2000, sendo sua situação inicial precária, tendo atualmente melhorado. A pontuação de Riozinho foi de 21.

5.8.4. Reserva indígena de Palmares (Yryapú).

A partir de Viamão, seguindo pela estrada BR – 116, passando Capivari, a 68 km. se encontra a cidade de Palmares do Sul. No Km. 80 se encontra uma estrada de chão e ao nível do Km. 90 está a população de Granja Vargas e cinco km. mais na frente está a entrada a Yryapú, ou Reserva indígena de Palmares.

Palmares compreende 40 hectáreas e 28 habitantes.

Esta reserva, segundo o Cacique, não mantém contato nenhum com as populações brancas, e ocasionalmente utiliza serviços médico e odontológico ou ambulância; não viaja nem recebe visitas das populações brancas; a comunicação existe por uma estrada de chão com Granja Vargas, que ocasionalmente é percorrida por transportes. O Cacique fala idioma Guarani, português e espanhol; não recebe visitantes de outras regiões, e em seis anos não apareceu nenhuma doença nova. A religião é Guarani, não tem visitas de nenhum grupo religioso e tem plantações de milho, aipim, melancia, entre outras, para consumo próprio.

A pontuação de Palmares foi de 8.

5.8.5. Acampamento indígena de Capivari.

Acampamento situado a 58 km. de Viamão, ao lado da BR – 116, é um acampamento instável que sempre está mudando de pessoal, mais dedicado ao comércio de trabalhos artesanais.

Segundo a FUNAI, corresponde a 32 hectáreas num perímetro de dois km, e população de 43 habitantes flutuantes.

Segundo o morador mais antigo encontrado (7 meses), Capivari mantém relação com as populações brancas de tipo comercial e médico; ele viaja semanalmente às populações brancas, mas nenhum visitante das populações brancas passa por Capivari; a comunicação física de Capivari com Viamão é por estrada, percorrida por transportes diariamente; ele fala idioma Guarani, português e espanhol e os visitantes (compradores) que tem são brasileiros, estrangeiros hispânicos e europeus; não sabe de nenhuma doença nova, praticam religião Guarani e não houve outros grupos religiosos por lá; cultivam feijão, milho, melancia e mandioca para consumo próprio.

Os povoadores de Capivari fazem obras de arte de muito boa qualidade, particularmente em madeira para vender aos turistas. A pontuação de Capivari foi de 20.

5.8.6. Reserva indígena de Campo Molhado (Maquine – Barra de Ouro).

Talvez a mais fria das reservas Mbyá – Guarani abrangendo os municípios de Maquiné, Riozinho e Santo Antônio da Patrulha, de acesso difícilíssimo por encontrar-se nos altos da serra.

Saindo de Viamão, pela estrada Porto Alegre – Osório até Santo Antônio da Patrulha, para depois dirigir pela estrada a Rolante, e depois até Riozinho. Ingressando numa estrada de chão até a Fazenda Fraisen (Zaffari), depois uma senda onde só pode entrar uma condução com tração nas quatro rodas os últimos oito km, até atingir o povoado.

Campo Molhado tem 2285 hectares e 49 habitantes.

Foi possível entrevistar um conselheiro de Campo Molhado quem falou que existe comunicação com a população branca de Riozinho de tipo médico e transporte; viaja mensalmente às populações brancas e recebem visitas mensalmente delas; a única comunicação é por trilha para carros que não é percorrida por transportes; o conselheiro fala idioma Guarani e português, os visitantes são todos brasileiros; não tem conhecimento de doenças novas e a religião é própria (Guarani). Não houve visitas de grupos religiosos; as plantações são de milho, feijão, aipim, batata e fazem colheita de pinhão, maiormente para consumo próprio.

Esta população faz bonitas obras artesanais em palha e madeira para venda nas populações brancas. A pontuação de Campo Molhado é de 11.

5.8.7. Acampamento indígena de Torres (La Figueira).

Saindo de Viamão, tomando a estrada Porto Alegre – Osório, para posteriormente tomar a BR – 101 até Torres, a 185 km de Viamão encontra-se o acampamento indígena de Torres.

Altamente contatado, atualmente tem o problema da ampliação de BR – 101 que ameaça diminuir o espaço físico do acampamento, que não é maior de três hectares, e tem 30 habitantes.

O Cacique de La Figueira, informa que tem contato com a população branca de Torres de tipo comercial, cultural, médico e odontológico, além de político e da prefeitura, ele viaja semanalmente e recebe visitas semanalmente, a comunicação está garantida pela BR – 101, que é percorrida diariamente por transportes. O Cacique fala idioma Guarani, português e espanhol; os visitantes são brasileiros e europeus; não apareceram doenças novas e a religião é católica, mas receberam visitas de pastores protestantes; as plantações que tem são de amendoim, mandioca, melancia, batata doce entre outras para consumo próprio.

Existe a solicitação por parte dele para a declaração de terra indígena a o seu acampamento, aumentando a área.

A pontuação de Torres foi de 20.

5.8.8. Reserva indígena de Lomba do Pinheiro.

Reserva praticamente dentro de Porto Alegre, com tempo de acesso de 20 minutos pela estrada que comunica Porto Alegre a Viamão.

Foi entrevistado o agente de saúde que menciona que existe contato com a população de Porto Alegre de tipo comercial, lazer, alimentos e transporte; viaja semanalmente a Porto Alegre, mas não recebem visitas de lá; a comunicação com Porto Alegre é pela estrada que tem um acesso secundário que não é percorrido por transportes. O agente fala idioma Guarani, português e espanhol e os visitantes que recebe são brasileiros; não tem conhecimento da aparição de doenças novas e a religião é Guarani, não existem outros grupos religiosos e tem plantações de milho, batata doce, aipim e feijão para consumo próprio.

A pontuação de Lomba do Pinheiro é de 16.

5.8.9. Acampamento indígena de Estiva.

A 57 km de Viamão pela estrada BR – 116, encontra-se o acampamento indígena Estiva, que aparentemente também tem população mestiça e kaingang.

Foi entrevistado um professor da comunidade que informa que Estiva tem contato com Viamão, de tipo comercial, médico e odontológico; a frequência com que ele viaja à população branca é mensal, a população branca raramente visita o acampamento; existe comunicação com Viamão pela estrada, que é percorrida por transportes diariamente. O professor fala idioma Guarani e português, os visitantes que tem são brasileiros, estrangeiros hispânicos e estrangeiro anglos; não tem ciência da aparição de doenças novas, a religião é Guarani, recebem visitas de grupos religiosos do Canadá visitando; tem plantações de melancia, aipim, batata, milho entre outras para consumo próprio.

Cabe ressaltar que as condições encontradas em Estiva são ocidentalizadas, tanto que o visitante não conhecendo, dificilmente identificará o acampamento como “indígena”.

A pontuação de Estiva foi de 16.

5.9. Consolidação das pontuações de contato das populações Mbyá – Guarani do Pólo Base Viamão.

O numeral consolidado de contato calculado na entrevista foi:

Palmares	8
Campo Molhado	11
Varzinha	12
Estiva	16
Lomba do Pinheiro	16
Torres	20
Capivari	20
Riozinho	21
Canta Galo	25

O menor número representa menor contato em tanto que o maior, maior contato.

De acordo com o nível de contato, as populações estudadas podem-se dividir em três grandes grupos:

Populações com pouco contato:

Palmares
Campo Molhado
Varzinha

Populações com contato intermediário:

Estiva
Lomba do Pinheiro
Torres
Capivari

Populações de maior contato:

Riozinho
Canta Galo

Os dados a seguir, mostram se a população originária tem comunicação com a população envolvente próxima:

População Originária		População de contato
Canta Galo	(CG)	Porto Alegre
Varzinha	(V)	Santo Antônio da Patrulha – Maquine
Riozinho	(R)	Riozinho
Palmares	(P)	Nenhum
Capivari	(C)	Viamão
Campo Molhado	(CM)	Riozinho
Torres	(T)	Torres
Lomba do Pinheiro	(LP)	Porto Alegre
Estiva	(E)	Viamão.

Os dados a seguir mostram o tipo de contato com a população envolvente próxima:

Tipo de contato	CG	V	R	P	C	CM	T	LP	E	%
Cultural	X	X	X				X			44
Comercial	X	X	X		X		X	X	X	77
Médico	X		X	X	X	X	X		X	77
Odontológico			X	X			X		X	44
Escolar	X									11
Lazer	X	X						X		33
Religioso										0
Policial										0
Jurídico	X									11
Alimentos	X							X		22
Transporte	X					X		X		33
Ambulancia				X						11
Político								X		11
Prefeitura								X		11

Os dados a seguir mostram a frequência de viagem do entrevistado às populações envolvidas. É importante ressaltar que o entrevistado é Cacique ou Professor ou Agente de Saúde dentro da população estudada, e por tanto pessoa que pelas suas responsabilidades deve estar em comunicação com outras populações.

Entrevistado	Frequência de viagem
Canta Galo 1	Diária
Canta Galo 2	Mensal
Varzinha	Mensal
Riozinho	Semanal
Palmares	Nenhum
Capivari	Semanal
Campo Molhado	Mensal
Torres	Semanal
Lomba do Pinheiro	Semanal
Estiva	Mensal

O total demonstra que 10% faz as suas viagens diariamente, em tanto que semanalmente e mensalmente é feito pelo 40% respectivamente. Um entrevistado diz que não visita as populações envolvidas.

Na frequência de visitas de pessoal das populações envolvidas às populações originárias, os resultados são:

População originária	Frequência de visita
Canta Galo	Semanal
Varzinha	Nenhum
Riozinho	Nenhum
Palmares	Nenhum
Capivari	Nenhum
Campo Molhado	Mensal

Torres	Semanal
Lomba do Pinheiro	Nenhum
Estiva	Nenhum

Como pode-se observar, 66,66% das populações não tem visitas das populações envolventes, 22,22% de forma semanal e 11% de forma mensal.

Em quanto ao tipo de via de comunicação das populações originárias com as populações envolventes, e se estas são percorridas por transportes, os resultados demonstram que:

População	Via de comunicação	Percorrida por transportes
Canta Galo	Estrada	Diariamente
Varzinha	Estrada de chão	Nenhum
Riozinho	Estrada de chão	Diariamente
Palmares	Estrada de chão	Ocasional
Capivari	Estrada	Diariamente
Campo Molhado	Trilha	Nenhum
Torres	Estrada	Diariamente
Lomba do Pinheiro	Estrada	Nenhum
Estiva	Estrada	Diariamente

A comunicação entre as comunidades e as populações envolventes próximas é por trilha em 11,11%; estrada de chão em 44,44%, e estrada em 44,44%. Estas são percorridas por transportes diariamente em 44,44%, em tanto que ocasionalmente ou nenhum transporte em 55,55%.

Os entrevistados num percentual de 100% falam português e Guarani, espanhol – castelhano é falado por 70%; por tanto, pelo menos sete de cada dez Guaranis são políglotas como demonstram os resultados a seguir:

Entrevistado	Idiomas que entende e fala (E & F)			
	Guarani	Português	Espanhol	Outro
Canta Galo 1	E & F	E & F	E & F	Inglês
Canta Galo 2	E & F	E & F	E & F	
Varzinha	E & F	E & F	E	
Riozinho	E & F	E & F	E & F	
Palmares	E & F	E & F	E & F	
Capivari	E & F	E & F	E & F	
Campo Molhado	E & F	E & F		
Torres	E & F	E & F	E & F	
Lomba do Pinheiro	E & F	E & F	E & F	
Estiva	E & F	E & F		
TOTAL	100%	100%	70%	10%

Uma média interessante desde o ponto de vista cultural, um deles está aprendendo inglês e um entrevistado passou no vestibular para a faculdade de letras.

Exceto Palmares, todas as outras comunidades receberam visitas de visitantes brasileiros, Riozinho, Capivari e Estiva, também de visitantes estrangeiros hispânicos, Estiva de visitantes de fala inglesa, e Canta Galo, Riozinho, Capivari e Torres de Europeus.

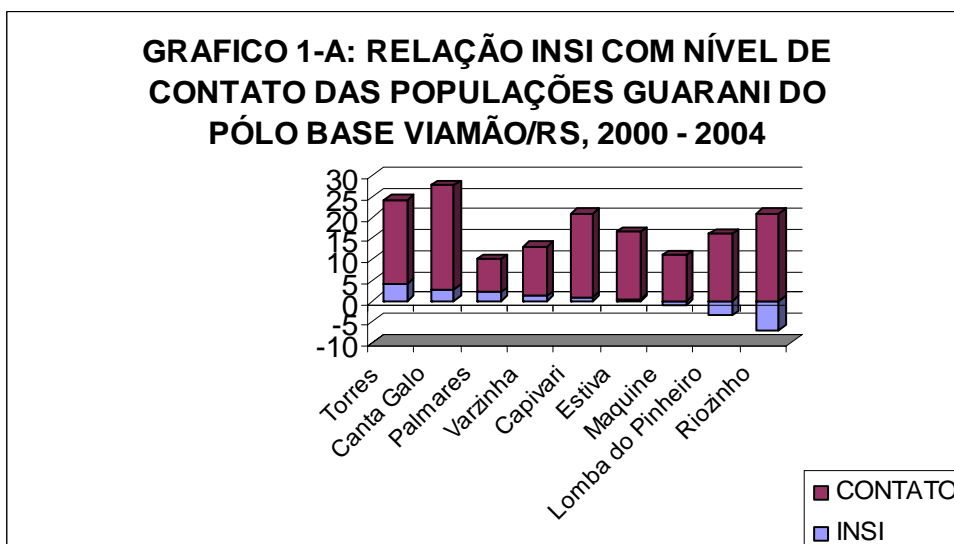
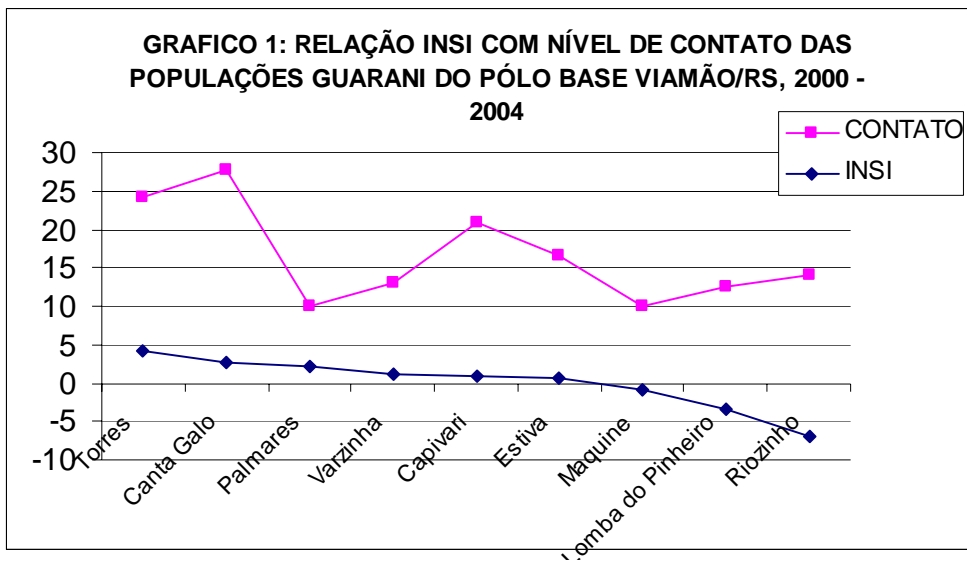
Exceto Torres, todos têm religião Guarani, não há conhecimento de doenças novas e as suas plantações são similares e para consumo próprio, sendo constituídas de feijão, aipim, milho, batata doce, pomares, melancia, mandioca e colheita de pinhão.

5.10. Relação do grau de contato entre as populações ocidentais e as populações originárias com o índice de necessidades de saúde (I.N.S.I.) encontrado.

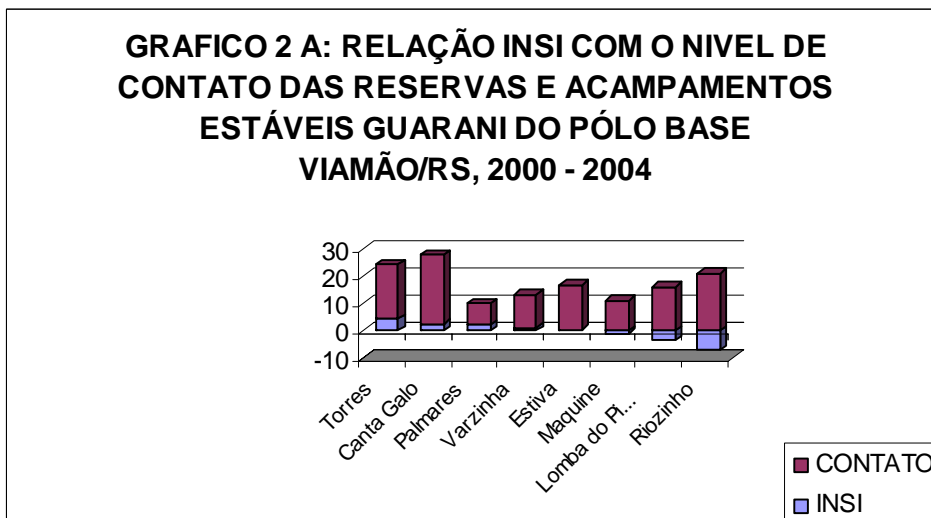
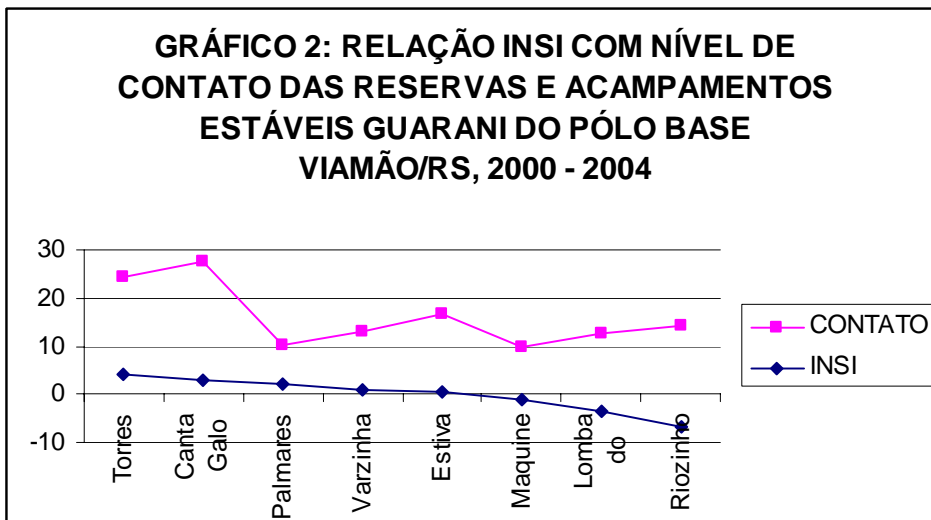
O Índice de necessidades de saúde calculado para todas as populações foi correlacionado com o grau de contato das populações como segue:

População	I.N.S.I.	Contato
Torres	+4,2005	20
Canta Galo	+2,748	25
Palmares	+2,11	8
Varzinha	+1,09	12
Capivari	+1,00	20
Estiva	+0,53	16
Campo Molhado	-1,00	11
Lomba do Pinheiro	-3,43	16
Riozinho	-6,889	21

Quando correlacionamos no gráfico a coluna do I.N.S.I. com a de nível de contato, encontramos que as populações que tem maior contato e aquelas que tem menor contato tem índices de saúde altos, no entanto, as que têm índice intermediário não têm índices altos de saúde, talvez com exceção de Capivari, mas, temos que lembrar que Capivari é um acampamento instável.

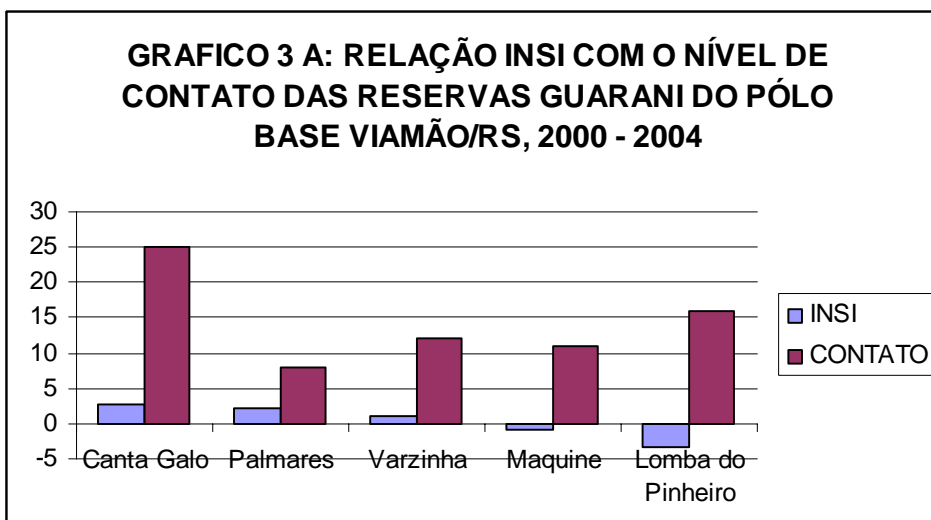
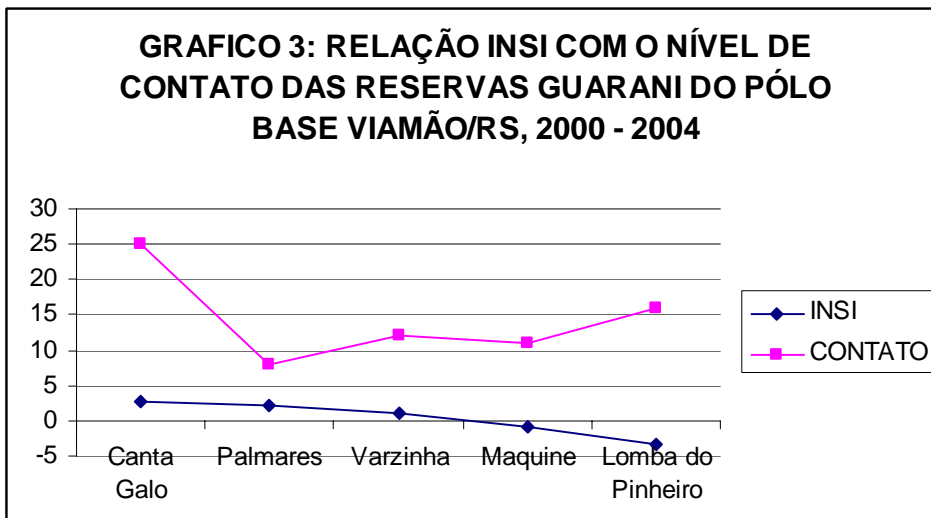


Nos gráficos a seguir, tiraremos Capivari do cálculo, atendendo a que Capivari é acampamento instável, deixando as reservas e acampamentos estáveis para os gráficos.



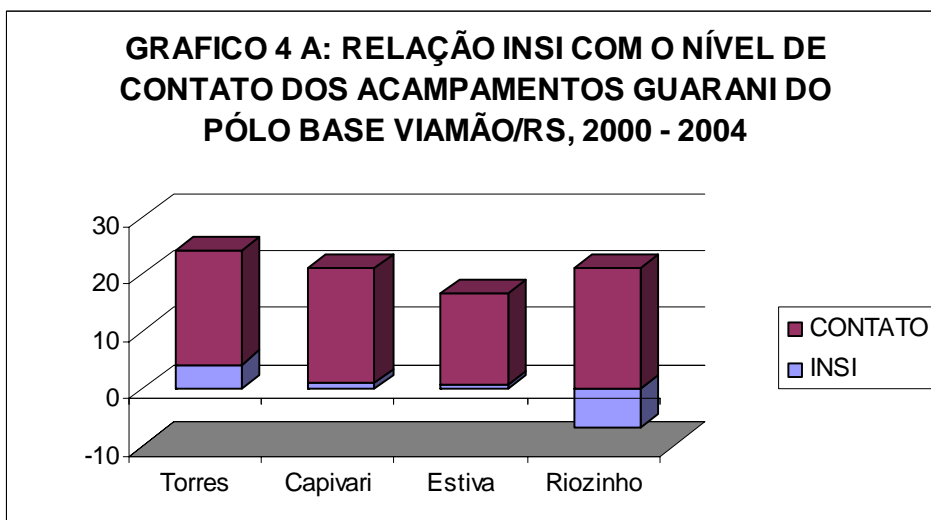
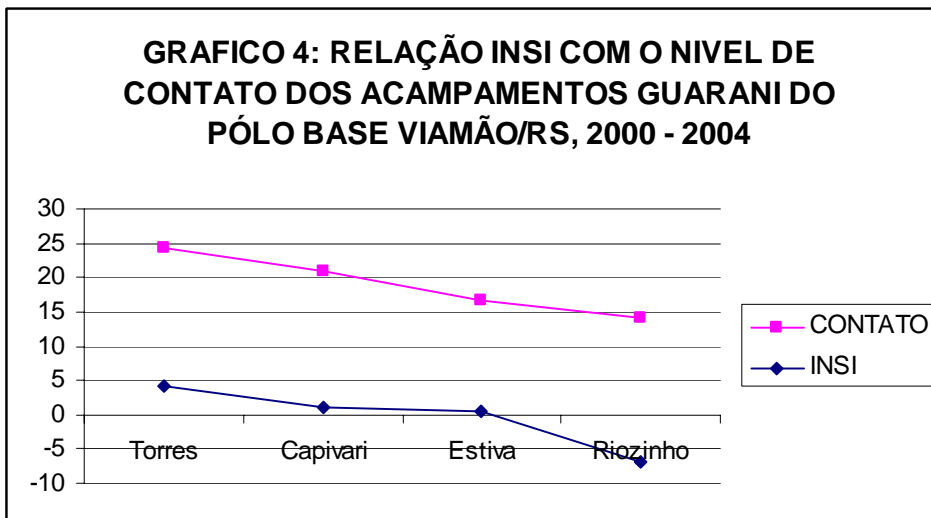
Como se pode observar, aparentemente as comunidades com maior contato são as que demonstram melhor I.N.S.I., mas também aquelas que tem menor contato como o caso de Palmares. As comunidades como Lomba do Pinheiro, Campo Molhado – Maquine e Riozinho, mesmo apresentando bom contato, tem I.N.S.I. negativo.

Para poder visualizar a situação da posse da terra, separaremos agora as reservas dos acampamentos, e nos próximos gráficos demonstraremos a situação das reservas em relação ao seu nível de contato.



Neste caso, mais claramente se vê que um bom índice está mais em relação com maior e menor contato (casos Canta Galo e Palmares), em tanto que Varzinha, Maquine e Lomba do Pinheiro, com índices intermediários têm índice próximo de zero ou negativo.

Quando observamos somente os acampamentos vemos um gráfico completamente diferente.



Neste caso vemos que o nível de contato acompanha o Índice de Necessidades de Saúde Insatisfeitas. Cabe ressaltar que a situação dos acampamentos estáveis está em vias de definição jurídica, em tanto que dos instáveis como Capivari, a situação é incerta. Mesmo assim, o contato aqui chega a acompanhar o gráfico das necessidades de saúde.

CONCLUSÃO

O perfil epidemiológico identifica às comunidades estudadas como populações em desenvolvimento (VAUGHAN e MORROW, 1992), sendo que as doenças de perfil ambiental estão presentes em todos os grupos estudados.

Assim, a doença respiratória (doença marcadora ambiental) corresponde ao primeiro lugar em Canta Galo, com 48,78%; Varzinha, com 42,1%; Palmares, com 26,28%; Campo Molhado, com 58,62%, Lomba do Pinheiro, com 46,42% e Estiva, com 40,65%. Esta doença esta num segundo lugar em Riozinho, com 34,72%; Capivari, com 14,85% e Torres, com 24,24%.

A verminose, (doença marcadora ambiental) aparece em primeiro lugar em Riozinho, com 40,27%; Capivari, com 35,64% e Torres com 29,04%; em segundo lugar em Campo Molhado, com 17,25%; em terceiro lugar em Canta Galo, com 9,24%; Varzinha, com 9,35%; em quarto lugar em Palmares com 10,85%; quinto lugar em Lomba do Pinheiro, com 3,57% e sétimo lugar em Estiva, com 2,71%.

As diarreias, (doença marcadora ambiental) aparece em quinto lugar em Canta Galo, com 7,52%; Estiva, com 3,52%; sétimo lugar em Palmares com 4,0%; oitavo lugar em Campo Molhado, com 3,31%; nono lugar em Torres, com 1,29%; décimo lugar em Capivari, com 0,99%; e décimo segundo lugar em Varzinha, com 0,58%. Não foram encontrados reportes da doença em Riozinho nem Lomba do Pinheiro.

De forma impressionante, a desnutrição aparece como segunda causa em Canta Galo, com 11,28% e Varzinha, com 12,28%; como terceira causa em Riozinho, com 13,88%; Palmares, com 11,42%; Capivari, com 13,86%; Campo Molhado, com 12,61%; quarto lugar em Torres, com 9,34%; nono lugar em Estiva, com 1,89%; e não há reporte da doença em Lomba do Pinheiro.

As doenças dermatológicas foram altas em Palmares, com 15,42% e Estiva, com 14,9% ocupando um segundo lugar, e o terceiro lugar em Lomba do Pinheiro, com 10,71%, sendo nas outras comunidades de proporção menor.

Para poder padronizar as doenças neste grupo de comunidades, foi feito o REGISTRO DAS 21 CAUSAS DE CONSULTA MAIS FREQUÊNTES, que nos leva a entender o comportamento das comunidades estudadas. Eis a lista:

REGISTRO DAS 20 CAUSAS DE CONSULTA MAIS FREQUÊNTES DAS POPULAÇÕES MBYÁ – GUARANI DO PÓLO BASE VIAMÃO, 2000 - 2004

1. Doenças respiratórias	1184	42,99%
2. Verminose	330	11,98%
3. Desnutrição	261	9,47%
4. Doenças dermatológicas	237	8,6%
5. Sinusopatías	111	4,03%
6. Diarréias	108	3,92%
7. Pré – natal	91	3,3%
8. Escabiose	82	2,97%
9. Anemia	80	2,9%
10. Pediculose	74	2,68%
11. Feridas	59	2,14%
12. Puericultura	58	2,1%
13. Doenças perioftalmológicas	51	1,85%
14. Dermatomicose	48	1,74%

15. Asma	43	1,56%
16. Mialgia	41	1,48%
17. Abscesso	40	1,45%
18. Gastrite	35	1,27%
19. Hipertensão arterial	27	0,98%
19. Otite	27	0,98%
<u>20. Alcoolismo</u>	<u>23</u>	<u>0,83%</u>

A vigilância destas primeiras 21 causas de consulta identificadas, e o uso do cálculo de Índice de Necessidades de Saúde Insatisfeitas com elas, permite ter melhor aproximação à realidade de saúde das populações estudadas e a variação que pode decorrer das intervenções em saúde. Por ter o I.N.S.I. a capacidade de considerar maior quantidade de variáveis, incluindo às de desenvolvimento, pode suportar dados desde que estes respeitem os quatro parâmetros seguintes:

- Representar dimensões de saúde importantes
- Ter validade
- Ter variabilidade
- Ser independente

Quando aplicada a metodologia do cálculo do I.N.S.I., o resultado, com as 21 causas de consulta é:

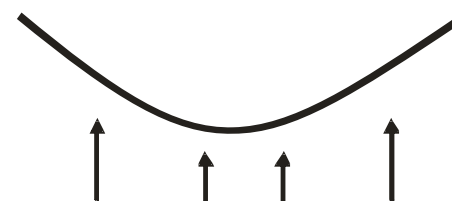
<u>População</u>	<u>I.N.S.I.</u>
Torres	+4,2005
Canta Galo	+2,748
Palmares	+2,11
Varzinha	+1,09
Capivari	+1,00

Estiva	+0,53
Campo Molhado	-1,00
Lomba do Pinheiro	-3,43
<u>Riozinho</u>	<u>-6,889</u>

O Índice de Necessidades de Saúde Insatisfeitas se constitui numa poderosa ferramenta para avaliar a situação de saúde de populações, pois permite, em função ao cálculo quantitativo avaliar o estado de afastamento no sentido positivo ou negativo de uma linha de normalidade hipotética valorizada como zero (0).

As populações selecionadas são medidas entre elas, deixando de lado outras populações que, como no caso da cultura envolvente aos Guaranis, é totalmente diferente e portanto não pode ser medida nem tomada como parâmetro de comparação nem avaliação.

Os resultados gerais demonstram uma curva interessante que, hipoteticamente pode se refletir com o seguinte desenho.



Quanto maior ou menor o contato, melhor a situação. O problema está nos contatos intermediários ou não completos.

No gráfico 1 e 1 A (pág 102), é possível observar a curva do desenho acima citado, mas, Capivari, acampamento instável, aparece com um pico de bem-estar.

O caso de Capivari, é para ser refletido, porque não apresenta características de uma comunidade normal, e mais parece ser uma “praça de comércio”, com população continuamente flutuante e migrante.

É possível que essa instabilidade, dê como resultado uma visão não real da situação deste acampamento, podendo ser o primeiro viés da pesquisa.

Quando afastamos Capivari, e só se tomam em conta às comunidades consideradas reservas e acampamentos estáveis, vemos o resultado dos gráficos 2 e 2A (pág 103), a curva já está mais parecida ao desenho hipotético.

Mesmo assim, temos outro problema a considerar, que é a posse da terra. A terra considerada como reserva, pertence aos Guaranis, em tanto que os acampamentos, (mesmo com as tramitações legais em curso e que não são tema de análise nesta pesquisa) não pertencem de fato aos Guaranis. Não há argumentos para relacionar diretamente esta situação, mas nos gráficos 3 e 3 A (pág 104) se pode ver a curva hipotética bem marcada, em tanto que nos gráficos 4 e 4 A (pág 105), se pode ver que a curva de contato acompanha o I.N.S.I.

Estes fatos permitem concluir que no caso do I.N.S.I., a maior ou menor contato, melhor situação de saúde, em tanto que com contato intermediário, pior situação de saúde.

O quê poderia significar isto? Bom, que em quanto os Guaranis mantenham sua independência sua situação de saúde será boa, ou em quanto sua integração, respeitando sua individualidade como nação Guarani seja completa, também a sua situação será boa.

Mas, se pelo contrário às intervenções nestas populações forem incompletas ou parciais, a situação de saúde tenderá a ser ruim e, conseqüentemente levar á extinção dos povos Guarani.

Na avaliação do nível de contato, temos resultados interessantes, sendo que 8 das nove populações estudadas mantêm contato com às populações brancas 88,88%, e a população de Palmares não quer nenhum contato. Deste tipo de contato, nas 10 entrevistas, 70% é de tipo médico; 60% comercial; 50% odontológico; 40% cultural; 30% transportes; alimentos 20%, escolar e jurídico 10% cada.

A maior frequência de viagens dos entrevistados é 40% mensal e 40% semanal, diariamente só 10% e nenhum 10%. Este nenhum poderia corresponder a “anual”?, é uma consideração a ser tomada em conta... ou alguma vez cada dois anos ou mais?, de todas formas não era uma das opções do questionário.

A frequência de visitas das populações brancas às populações Guarani, foi diária 11,11%; semanal 22,22%; mensal 11,11% e nenhuma 55,55%.

A comunicação é por trilha em 11,11%; estrada de chão em 44,44% e estrada em 44,44%. Essas rotas são percorridas por transportes em 77,77% dos casos, mas diariamente só em 44,44% de, em tanto que ocasional ou nenhum somam 55,55%.

Os entrevistados num percentual de 100% falam português e Guarani, espanhol – castelhano é falado por 70%; por tanto **pelo menos sete de cada dez Guaranis são políglotas**. Uma média interessante desde o ponto de vista cultural, um deles está aprendendo inglês e um entrevistado passou no vestibular para á faculdade de letras.

Todas as comunidades receberam visitas de brasileiros, três de estrangeiros hispânicos, uma de estrangeiros anglos e quatro de europeus. 88,88% são de religião Guarani.

Pode se considerar outro viés provável neste tipo de pesquisa, sendo que foram autorizadas 11 entrevistas, e foram feitas 10 (90,9%), porém, nem todos os Guaranis gostam de falar com estranhos, por tanto os entrevistados eram ou Caciques, ou professores ou pessoas importantes dentro de suas comunidades, e isto, pode ser o porquê de serem

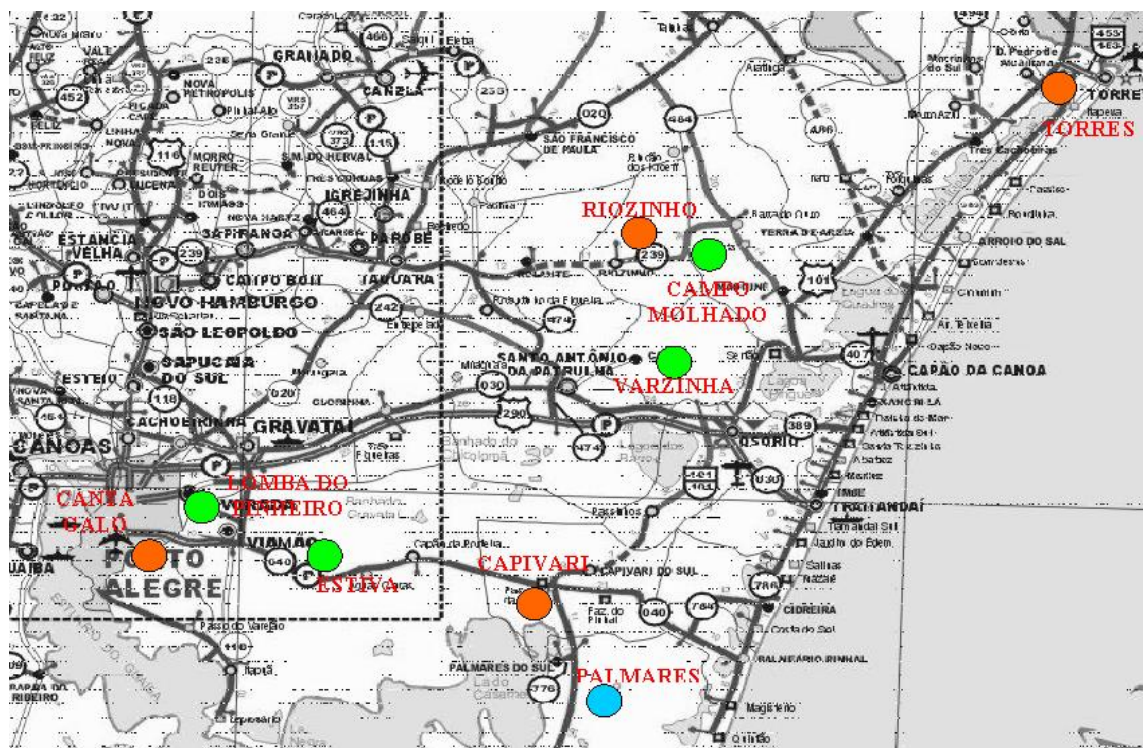
mais comunicativos. Em nenhuma comunidade foi rejeitada nenhuma pergunta, e a qualidade do atendimento foi insuperável por parte dos Guaranis para conosco, além de ter sido feita a visita em “família”, pois foi a minha esposa que dirigiu e me acompanhou nas difíceis estradas desta pesquisa e com a valiosa participação da equipe de saúde indígena, particularmente do médico, que versado em línguas, fala um Guarani excelente representando a ponte idiomática para a fidelidade das entrevistas. Alguns entrevistados deram as suas respostas nas três línguas para se assegurar que nós conseguíamos lhes compreender.

O grau de relacionamento foi avaliado em pontos, de acordo com a metodologia de entrevista (pág 29) em:

Palmares	8
Campo Molhado	11
Varzinha	12
Estiva	16
Lomba do Pinheiro	16
Torres	20
Capivari	20
Riozinho	21
Canta Galo	25

A seguir mostramos o mapa de contato considerando a cor azul como menor contato, a verde como contato intermediário e a azul como maior contato das populações Mbyá Guarani do Pólo Base Viamão, 2000 - 2004

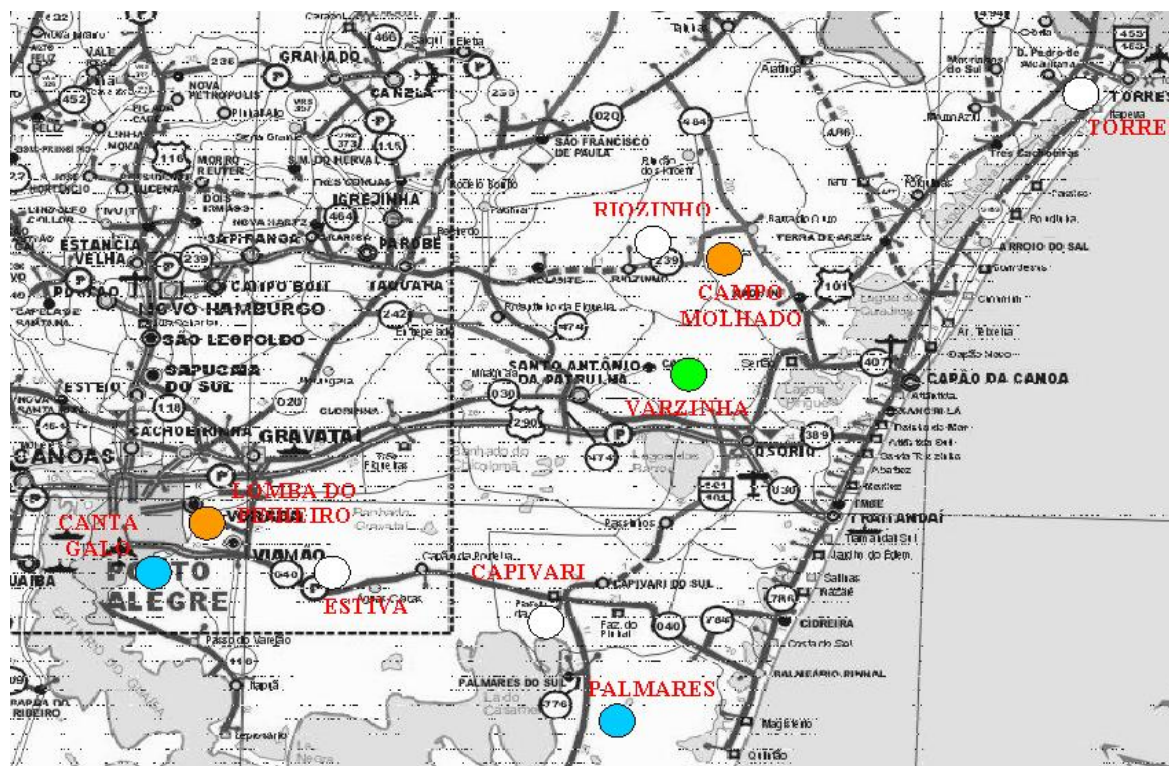
Mapa de contato das populações Mbyá – Guarani do Pólo Base Viamão/RS, período 2000 - 2004



Com azul vemos a população com menos de 10 pontos de contato, com verde as populações dentre 11 e 19 pontos de contato, e com laranja as com mais de 20 pontos de contato.

Se conseguirmos separar as reservas dos acampamentos, temos um mapa que permite apreciar o I.N.S.I. nas reservas reforçando a conclusão definida deste trabalho, e isto suportando a probabilidade de participação da posse da terra como variável de saúde, mas isto foge aos objetivos deste trabalho e poderá ser estudado futuramente, pois precisaremos uma abordagem holística mais abrangente em quanto às dimensões de saúde e os seus conceitos, particularmente em quanto à cultura se refere.

Mapa do I.N.S.I. das Reservas Indígenas do Pólo Base Viamão/RS, 2000 – 2004.

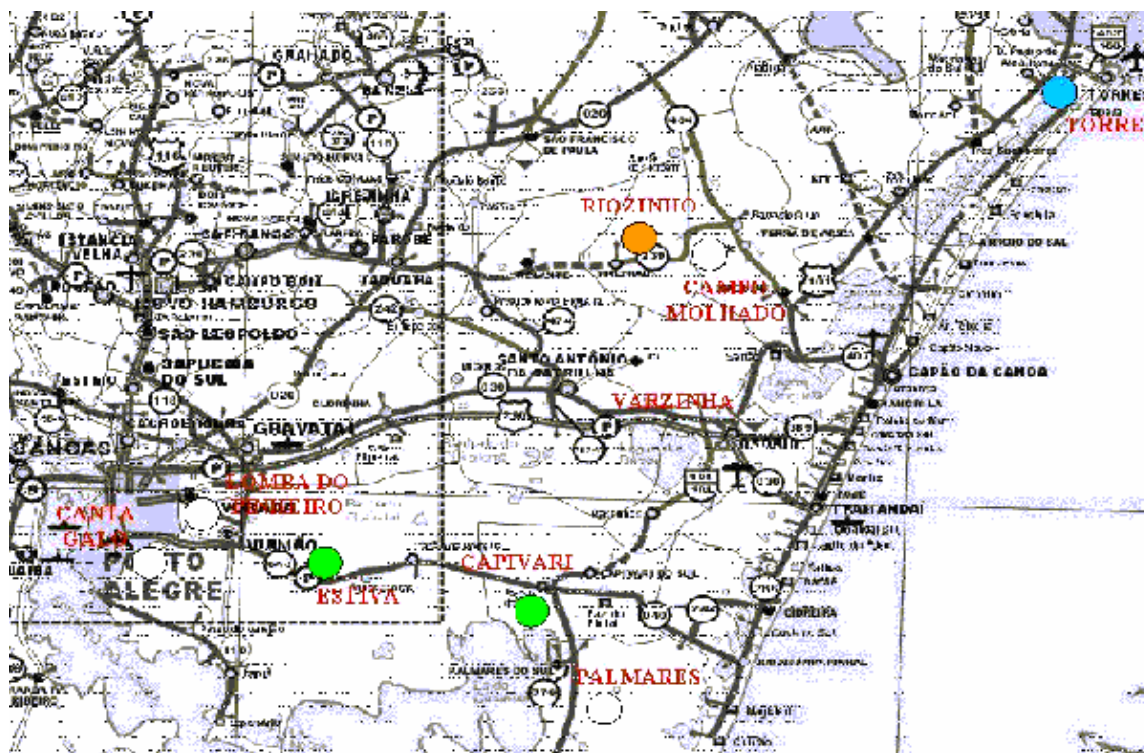


Este mapa permite ver uma situação que chamou a atenção no momento de preparar estas conclusões, e é o fato que as populações com cor azul (melhor I.N.S.I.) estão próximas a grandes fontes de água. O caso das cores verde e laranja (I.N.S.I. intermediário e I.N.S.I. ruim) estão, no caso de Lomba do Pinheiro, quase dentro de área urbana, Varzinha e Campo Molhado com acesso difícil e localizado nos cerros.

Campo Molhado, a maior reserva em termos de terra, tem clima frio, mesmo em Verão, o que pode influenciar no seu I.N.S.I. particularmente no que respeita às doenças respiratórias e fundamentalmente o cultivo de seus alimentos.

O próximo mapa mostra a situação dos acampamentos, relacionados com o Índice de Necessidades de Saúde Insatisfeitas.

Acampamentos do Pólo Base Viamão/RS, relacionados com o I.N.S.I. 2000 - 2004



Neste caso também é possível ver que Torres (próximo a uma grande fonte de água), apresenta melhor I.N.S.I., e os outros, que tem grau intermediário de relacionamento, ou alto, vemos como com índice intermédio ou ruim.

O caso de Riozinho merece explicação, pois quando foi feita a coleta de dados, este acampamento estava nos inícios, o que pode constituir o terceiro viés desta pesquisa, sendo que a situação atual pode ter mudado em vista de melhoras no relacionamento, alimentação e trabalho conjunto com a população de Riozinho e o trabalho da Equipe de Saúde Indígena. Mesmo assim, os dados são sugestivos que ainda há muito por melhorar nesta área.

Mais de quinhentos anos passaram da chegada do primeiro europeu ao continente e ainda temos populações com carência de perfis epidemiológicos,...como construir no terreno queimado por anos e anos de devastação, de violência, de extinção?. A população

européia não chegou em paz, e a vontade de transformar uma natureza “hostil” levou eles a destruir também os “selvagens hostis”.

E impressionante ver como duas linhas, a européia e a americana que aparentemente tem a mesma origem africana, tenham se tornado em povos completamente distintos; quantas populações foram extintas simplesmente por serem diferentes, e, em relação ao Guarani, não se sabe se está em extinção ou se simplesmente está resistindo á invasão de seu território ainda hoje.

Se tentarmos falar em Guarani, fora da terra Guarani, provavelmente ninguém nos daria uma resposta, mas 70 % dos Guaranis têm conhecimento de todas as linguagens do seu entorno, então poderia perguntar-se: quem é quem não quer se comunicar?

O respeito pela cultura dos outros está embasada no entendimento, não é possível entender o outro se não entendermos sua língua, o que pensa, o que sente. Pode se pensar que trabalhar e estudar o perfil epidemiológico seja simplesmente estudo de números frios, despidos de sentimento, sem compreensão do campo humano, porém, nenhum conhecimento está isolado, não existe pesquisa totalmente objetiva. O pesquisador sente e pensa, não existe o isolamento dos dados, porque os dados fazem parte das pessoas que deram origem a eles.... Os números falam por si mesmos. (HOLGUIN; SILVEIRA, 2004)

RECOMENDAÇÕES

Todo trabalho científico deve terminar produzindo conhecimento com utilidade social, de outra forma, é um conhecimento inútil. Sustenta-se este pensamento em Aristóteles quem escreveu, “...*todo conhecimento e todo trabalho visa a algum bem...*” A recomendação que se faz, em função dos resultados encontrados é: “*que as intervenções em populações originárias devem ser feitas com respeito à cultura, não tentando substituir os conhecimentos próprios por outros novos, e permitir que a simbiose cultural decorrente do contato não seja agressiva nem destrutiva*”.

O que foi encontrado é surpreendente, há populações com índices de saúde muito bons como é o caso de Palmares, que estão totalmente afastadas, vivendo dentro de uma cultura Guarani ao estilo antigo, em tanto que há outras populações, com maior contato e que adquiriram alguns costumes ocidentalizados, como é o caso de Canta Galo ou Torres, que também tem índices de saúde muito bons.

Por outro lado, intervenções parciais, devidas a variadas circunstâncias, não controladas, como nos casos de Capivari, Estiva, Campo Molhado ou Lomba do Pinheiro podem afetar os índices de saúde. No caso de Capivari, o comércio, relacionado com a possibilidade de acesso a fontes de entorpecentes como o álcool, podem alterar o normal desenvolvimento destas populações. Se simplesmente lembrarmos o que faz o álcool em nossa sociedade ocidentalizada, pensemos naqueles cujo contato com estes fatores não é conhecido ou costumeiro.

Televisão, mídia, consumismo, são fatores que podem destruir a identidade de qualquer cultura, incluindo a nossa, e quando não é o responsável direto, tem como resultado a degradação dos valores naturais e ancestrais de qualquer sociedade.

A cultura capitalista, que valoriza o consumismo e a venda de desejos (FERREIRA, 2004), contamina, pela rapidez de um suposto enriquecimento, a povos que comumente terminam na pobreza e desespero. Os valores comerciais facilmente podem substituir os valores ancestrais, supostamente porque é possível comprar por um preço.

Eis o problema que identifico em relação ao contato, que pode ser valorizado e medido usando este índice, para melhorar as intervenções, de acordo com o que os mesmos Guaranis pensam em fazer, a onde querem ir, até onde querem chegar.

Mas muito podemos aprender, na realidade o Médico da Equipe Indígena deu o passo mais importante no que se refere ao cuidado da saúde dos Guaranis...é falar o Guarani...nada pode ser traduzido literalmente, o sentido das palavras é diferente de língua para língua; os conceitos e as interpretações mesmas das palavras são diferentes, quanto mais para o Guarani onde a palavra é o mais importante.

A ecocultura do Guarani, visa à conservação do meio ambiente. Esta cultura evidentemente está mal entendida por nós, porque observamos uma reserva, como a de Campo Molhado, com mais de 2000 hectares, com índices de saúde ruins. Mas isto pode ser porque em nosso sistema, a moradia não precisa estar em função das fontes de alimento. Campo Molhado é fria até quando é verão, então como é possível manter suprimentos alimentares em lugares onde o supermercado não é entendido e não se pode comer dinheiro.

Espero que estas considerações sejam de utilidade e não fiquem guardadas na gaveta de uma biblioteca. O Guarani precisa movimentar-se, a nossa noção de propriedade não é a do Guarani, e para poder manter essa cultura, com índices de saúde bons, aprendendo do

sistema Guarani de saúde, precisa-se ter o Guarani como interlocutor de todas as decisões que se relacionam com seu povo.

Outro grande problema é a necessidade de manter registros de saúde contínuos, com fins de pesquisa, vigilância e monitoramento da situação de saúde. Neste trabalho se oferece um sistema fácil, que pode incorporar muitas variáveis mais para melhorar e aproximarmos à realidade de saúde, desenvolvimento humano e desenvolvimento social.

A saúde, entendo eu, depois de múltiplas conversas com o meu colega, Professor Santiago Pich, é um mosaico fluido onde definimos como *“completo estado de bem estar físico, psíquico, econômico e social; tanto na forma objetiva como na percebida. A forma percebida é a que o sujeito sente, pensa ou age, em tanto que a forma objetiva está relacionada a uma media saudável emanada dos parâmetros externos”*. Estes parâmetros externos deram muitas voltas na minha cabeça, e no ano de 2003, cheio de conversações com Santiago, chegamos a essa conclusão. Lembrei então, do trabalho feito para a Organização Mundial da Saúde, na Bolívia no ano 2002 em função das Variáveis Traçadoras em Saúde Ambiental. Neste trabalho, aplicamos a mesma metodologia utilizada aquela vez, que espero seja útil para todas as sociedades, especialmente essa maravilhosa sociedade Mbyá Guarani do Estado do Rio Grande do Sul.

REFERÊNCIAS

ARISTÓTELES. **Ética a Nicômaco**. São Paulo: Editora Martin Claret, 2002.

BIOMANIA, disponível em www.biomania.com.br, acessado em 15 de Abr. 2003.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Assistência Pré-natal - Manual Técnico**. Brasília, 2000.

BRUNELLI, G. **Do Xamanismo aos Xamãs: estratégias Tupi-Mondé frente à sociedade envolvente, Xamanismo no Brasil: Novas Perspectivas**. Ed. Da UFSC, 1996, pg.233-266.

DALLARI, S. G. **A Saúde do Brasileiro**. 10ª Edição. São Paulo: Moderna, 1987.

DARWIN. C. **A Origem do Homem e a Seleção Sexual**. Curitiba: Editora Hemus, 2002.

DARWIN. C. **Origem das Espécies**. Belo Horizonte: Editorial Itatiaia, 2002.

DIAMOND, J. **Armas, Germes e Aço – Os destinos das sociedades humanas**: Rio de Janeiro: Editora Record, 2001

DICIONÁRIO UNIVERSAL DA LÍNGUA PORTUGUESA, Lisboa: Priberam Informática, 1998, disponível em <http://www.priberam.pt/DLPO> Acessado em: 10 de Mar. 2003.

ENCICLOPEDIA MIRADOR INTERNACIONAL.- Encyclopaedia Britannica do Brasil Publicações Ltda. São Paulo, 1976

ETE IPANEMA, **Estação de Tratamento de Esgotos**; Porto Alegre, 2000

FERREIRA, A. B. H.- **MINIDICIONARIO DA LINGUA PORTUGUESA**. Primeira Edição. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1977.

FERREIRA, T. A; ALMEIDA, A. C.; DALL'IGNA, M. B.S. **Guarani & Kaingáng no contexto sociocultural dos índios da região Sudoeste do Paraná.** Pato Branco: FADEP, 2004 (em publicação)

FINOT, E. **Nueva Historia de Bolivia.** La Paz, Editora Gisbert, 1980

FORTES, P. **Ética e Saúde.** São Paulo: Editora E.P.U., 1998.

FUNAI, 2003, Disponível em: <http://www.funai.gov.br> Acessado em: 06 de Mar 2003.

FUNASA, 2003, Disponível em: www.funasa.com.br Acessado em: 06 de Mar. 2003.

FURASTÉ, P. A. **Normas Técnicas para o Trabalho Científico.** 12.ed. Porto Alegre, 2003

GUARANI ÑANDUTI ROGUE, 2003 disponível em http://www.uni-mainz.de/~lustig/guarani/indigenas_guarani_br.htm Acessado em: 06 de Mar. 2003.

GUATTARI, Félix. **As Três Ecologias.** 10 Ed. São Paulo: Papirus, 2000.

HOLGUIN, E. **Diagnóstico de Salud Rural, Tiquina,** La Paz, Bolívia, 1994.

HOLGUIN, E. **Incidencia de Malaria en el Centro de Salud de Tumupasa del Distrito Iturrealde, Gestión 1998.** Prefectura del Departamento de La Paz. Servicio Departamental de Salud La Paz; Bolívia, 1999.

HOLGUIN, E. **Variables Trazadoras en Salud Ambiental e Índice de Necesidades de Salud Insatisfechas.** Ministerio de Salud y Previsión Social; Bolivia, 2000.

HOLGUIN, E.; SILVEIRA, E. **Perfil Epidemiológico e Desenvolvimento Sustentável do Povo Guarani.** III International Symposium of Ethnobotany; Canoas, 2004

INDYMEDIA, Bolívia, Qollasuyu-Ivi-Iyambae-Bolivia, 2002 disponível em <http://bolivia.indymedia.org> Acessado em: 05 de Mar. 2003.

ISP; **Manual de Métodos de Análisis Físico-Químicos de Alimentos, Águas y Suelos,** Chile, 1998

IYDA, M. **Cem anos de Saúde Pública; A cidadania negada.** São Paulo: UNESP, 1993.

JACQUES, S. M. C.; WAGNER, E. M. **Notas de Aula de Bioestatística.**- Universidade Federal de Rio Grande do Sul. Departamento de Estatística.

LAPLANTINE, F. **Aprender Antropologia.** São Paulo: Brasiliense, 1998

LEAKEY, R. **A Origem da Espécie Humana.** Rio de Janeiro: Editora Rocco, 1997.

LEVÍ-STRAUSS; GOUGH, K.; SPIRO, M. **A família – Origem & Evolução**. Editorial Porto Alegre: Villa Martha, 1980

LUNA, S. V. **Planejamento de Pesquisa – uma introdução**. São Paulo: Educ, 2000.

MARX, K.; ENGELS, F. **El Capital**. Biblioteca de Autores Socialistas, Tomo 1, 1867, disponível em <http://www.ucm.es/info/bas/es/marx-eng/capital.htm> Acessado em: 05 de Mar. 2003.

MENEGHEL, S. N. **Caderno de Exercícios de Epidemiologia**. Canoas: Editora da ULBRA, 2002.

MINAYO, M. C. **O desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. Rio do Janeiro: ABRASCO-HUCITEC, 2004.

MINAYO, M. C.; MIRANDA, A.: **Saúde e Ambiente Sustentável: estreitando nós**. Rio do Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

MORALES, D.; NINO, M.; ROMERO, V.; PIÑEIRO, G.; NÓBILE, M.: **Las enfermedades de la pobreza y el acceso a la salud pública**. Capítulo XI en el Informe Sobre la Situación de los Derechos Humanos en Argentina, 2001.

MORIN, E.; DA SILVA, J. M.; CLOTET, J. **As Duas Globalizações**. Coleção Comunicação 13. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2001.

OMS/OPS: **Memórias de la Tercera Reunión Regional de Desarrollo Institucional de las Direcciones de Salud Ambiental de los Ministerios de Salud**; Santiago de Chile, 2000.

PAIM, J. S.; FILHO, N. A. **A Crise da Saúde Pública e a utopia da saúde coletiva**; Salvador: Casa de Qualidade, 2000.

PICH, S.; HOLGUIN, E.; SILVEIRA, E. **Epidemiologia Ambiental**. Ciclo de Conferencias de la Universidad Privada Del Valle. La Paz, 2003.

POPPER, K. **Conocimiento objetivo**. Madrid: Colección Estructura y Función, 1992

POPPER, K. **Lógica das Ciências Sociais**. Brasília: Tempo Universitário, 1978

RAMOS, B. **Programa de Saúde da Família; Como fazer**. São Paulo: Milenium, 1998.

SILVA, A. M. **Corpo, Ciência e Mercado**. Florianópolis: Editora Autores Associados, 2001

SILVEIRA, E.; HOLGUIN, E.; FERREIRA, F.; MACHADO, T. **Etnomedicina e Atenção Primária em Saúde: Combinação necessária em Comunidades Indígenas**. Trabalho 6033, Abrasco, 2003.

SILVEIRA, E.; HOLGUIN, E.; FERREIRA, F.; MACHADO, T. **A Etnomedicina dos Povos Originários: A Arte de Curar do Guarani do Sul do Brasil**- 2nd International Ethnobotany Simpósio. La Paz, Bolívia, 2003.

UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL. **Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – PPGSC – Nível Mestrado.- Processo de Seleção 2003**. Canoas, RS.

VANZIN, A.; NERY, M. E. **Metodologia da Pesquisa em Saúde; Fundamentos para o desenvolvimento de pesquisas em saúde**. Porto Alegre: RM & Gráfica, 1998.

VAUGHAN, J.P.; MORROW, R.H. **Epidemiologia para os Municípios**. São Paulo: Hucitec, 1992

VICTORA, C.; KNAUTH, D.; HASSEN, M. **Pesquisa Qualitativa em Saúde; Uma introdução ao Tema**. Porto Alegre: TOMO, 2000.

VIEIRA, S. **Introdução à Bioestatística**. Rio de Janeiro: Campus, 1980.

ANEXO 1
FORMULARIOS

Formulário de preenchimento de dados de diagnósticos nos registros.

Doença

Idade Grupos	1997		1998		1999		2000		2001		2002	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
0 – 11m												
1 a – 1 a 11m												
2 a – 4 a 11m												
5 a – 9 a 11m												
10 a – 14 a 11m												
15 a – 19 a 11m												
20 a – 29 a 11m												
30 a – 39 a 11 m												
40 a – 41 a 11 m												
50 a – 59 a 11m												
60 a – 69 a 11m												
70 a – 79 a 11m												
80 a – 89 a 11m												
90 a et +												

Existindo a possibilidade de ter a idade real, será preciso fazer uma tabela correspondente
Deve existir um formulário por cada uma das doenças correspondentes

A tabela anteriormente citada permite preencher dados numa tabela com os cortes populacionais aceitos para informe estatístico e para outros estudos.
Os informes a serem reportados serão em base a seguinte tabela:

Doença: xxxxxxxxxxxx

Total por grupo de idade	Ano 1998		Ano 1999		Ano 2000		Ano 2001		Ano 2002	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
0-11 meses										
1 – 4 anos										
5 – 14 anos										
15 – 39 anos										
40 – 59 anos										
60 e + anos										

ANEXO 2

DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA OMS/OPS

Acidente ofídico (Mordedura de cobra)
Blenorragia
Cisticercose humana
Cólera
Coqueluche (Tosferina)
Dengue
Diarréia
Diftéria
Ebola
Febre amarela
Febre hemorrágica Argentina
Febre hemorrágica boliviana
Febre tifóide
Hanseníase (Lepra)
Hanta
Hepatite viral
Herpes zoster
HIV – AIDS - SIDA
Icterícia
Intoxicação alimentar
Intoxicação alcoólica
Intoxicação por consumo de drogas
Intoxicação por plaguicidas
Infecção respiratória aguda
Leishmaniasis
Malária Falciparum
Malária Malariae
Malária Mixta
Malária Ovale
Malária Vivax,
Meningite meningocócica
Micose por cândida oral
Paralise flácida aguda
Parasitosis
Parotidite
Peste bubônica (Yersiníase)
Raiva canina
Raiva humana
Sarampo
Sarcoptose
Sífile
Tétano neonatal

Típus exantemático
Tricomoniase
Tripanossomiase americana (Doença de Chagas)
Tuberculose
Varicela
Violência intrafamiliar feminina
Violência intrafamiliar masculina

ANEXO 3: QUESTIONÁRIO

- 1.- Têm contato com população Y? S N
- 2.- Como é esse contato? Comercial Cultural Médico Odontológico
Escolar Lazer Religioso Policial
Jurídico Alimentos Transporte
Outros (especificar).....
- 3.- Qual é a frequência com que viaja à população Y?
Diária Semanal Mensal Anual Nenhum
- 4.- Qual é a frequência com que gente da população Y visita sua população?
Diária Semanal Mensal Anual Nenhum
- 5.- Existe comunicação física entre sua população e a população Y?
Senda Caminho Estrada Estrada de ferro Outros.....
- 6.- Essa comunicação é percorrida por transportes? S N
- 7.- Com que frequência?
Diária Semanal Mensal Anual Nenhum
- 8.- Que idiomas fala Vc?
Guarani Português Espanhol Outro.....
- 9.- Os visitantes que têm, são:
Brasileiros Estrangeiros hispânicos Estrangeiros anglos
Europeios Asiáticos
- 10.- Apareceu alguma doença nova?
.....
- 11.- Qual?.....
- 12.- Religião: Católica Cristã (alternativa) Animista Outras
- 13.- Existem grupos religiosos: Visitando Instalados Residentes
- 14.- Quais?.....
- 15.- Têm plantações:.....Quais.....
- 16.- Renda.-
- 17.- de onde provém a renda.....uso.....
Grau de dependência à renda

Data:

Nome:

Cargo dentro da comunidade:

PARA O PESQUISADOR:

Tempo aceso Condições Tipo

Avaliação ambiental.