

Marcelo Rocha Radicchi

OS SATERÉ-MAWÉ NA CIDADE

A transição nutricional (excesso de peso e inatividade física)
em uma população indígena urbana em Parintins, Amazonas



OS SATERÉ-MAWÉ

NA CIDADE

**A transição nutricional (excesso de peso
e inatividade física) em uma população
indígena urbana em Parintins, Amazonas**

Apoio:



FAPEAM
Fundação de Amparo à Pesquisa
do Estado do Amazonas

RH-Interiorização
Edital 003/2014/FAPEAM



CAPES

PDSE/CAPES,
Edital 19/2016

Marcelo Rocha Radicchi

OS SATERÉ-MAWÉ NA CIDADE

**A transição nutricional (excesso de peso
e inatividade física) em uma população
indígena urbana em Parintins, Amazonas**



Embu das Artes - SP
2025



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS

CONSELHO EDITORIAL

Presidente

Henrique dos Santos Pereira

Membros

Antônio Carlos Witkoski
Domingos Sávio Nunes de Lima
Edleno Silva de Moura
Elizabeth Ferreira Cartaxo
Spartaco Astolfi Filho
Valeria Augusta Cerqueira Medeiros Weigel

Comitê editorial da EDUA

Louis Marmoz - Université de Versailles
Antônio Cattani - UFRGS
Alfredo Bosi - USP
Arminda Mourão Botelho - Ufam
Spartacus Astolfi - Ufam
Boaventura Sousa Santos - Universidade de Coimbra
Bernard Emery - Université Stendhal-Grenoble 3
Cesar Barreira - UFC
Conceição Almeida - UFRN
Edgard de Assis Carvalho - PUC/SP
Gabriel Conh - USP
Gerusa Ferreira - PUC/SP
José Vicente Tavares - UFRGS
José Paulo Netto - UFRJ
Paulo Emilio - FGV/RJ
Élide Rugai Bastos - Unicamp
Renan Freitas Pinto - Ufam
Renato Ortiz - Unicamp
Rosa Ester Rossini - USP
Renato Tribuzy - Ufam

Diretora da Edua

Heloísa Borges

Vice-Reitor

Geone Corrêa

Reitora

Tanara Lauschnner

COMITÊ CIENTÍFICO ALEXA CULTURAL

Presidente

Adailton da Silva (UFJ – Jataí/GO)

Vice-presidente

Gilse Elisa Rodrigues (UFAM – Benjamin Constant/AM)

Membros

Alexandre Santos de Oliveira (IFS - Poço Redondo/SE)
Ana Cristina Alves Balbino (UNIP – São Paulo/SP)
Ana Paula Nunes Chaves (UDESC – Florianópolis/SC)
Antonio Carlos Batista de Souza (IFAM CMC – Manaus/AM)
Barbara M. Arisi (UNILA – Foz do Iguaçu/PR)
Denia Roman Solano (Universidade da Costa Rica – Costa Rica)
Débora Cristina Goulart (UNIFESP – Guarulhos/SP)
Diana Sandra Tamburini (UNR – Rosário/Santa Fé – Argentina)
Estevão Rafael Fernandes (UNIR – Porto Velho/RO)
Gabriel Frechiani de Oliveira (SEDUC/PI – Floriano)
Graziele Acçolini (UFGD – Dourados/MS)
Guilherme Gitahy de Figueiredo (UEA - Tefé/AM)
Iraíldes Caldas Torres (UFAM – Manaus/AM)
Juan Álvaro Echeverri Restrepo (UNAL – Letícia/Amazonas – Colômbia)
Karel Henricus Langermans (ECA/USP – São Paulo/SP)
Leandro Colling (UFBA – Salvador/BA)
Lilian Marta Grisólio (UFCAT – Catalão/GO)
Luciane Soares da Silva (UENF – Campos de Goitacazes/RJ)
Mabel M. Fernández (UNLPam – Santa Rosa/La Pampa – Argentina)
Marcial Cotes (UESC - Ilhéus/BA)
Maria Auxiliadora Coelho Pinto (UEA - Tabatinga/AM)
Marlon Borges Pestana (FURG – Universidade Federal do Rio Grande/RS)
Michel Justamand (UFAM – Benjamin Constant/AM)
Patricia Sposito Mechi (UNILA – Foz do Iguaçu/PR)
Pedro Paulo Abreu Funari (UNICAMP – Campinas/SP)
Rafaela Cássia Procknov (IFSP – Avaré/SP)
Renilda Aparecida Costa (UFAM – Manaus/AM)
Rita de Cassia Andrade Martins (UFJ – Jataí/GO)
Sebastião Rocha de Sousa (UEA – Tabatinga/AM)
Sidney Barata de Aguiar (SEDUC – Manaus/AM)
Tharcisio Santiago Cruz (UFAM – Humaitá/AM)
Thereza Cristina Cardoso Menezes (UFRRJ – Rio de Janeiro/RJ)
Wanderson Fabio Melo (UFF – Rio das Ostras/RJ)
Yvone Dias Avelino (PUC/SP)

Este livro foi baseado na tese de doutorado intitulada “Excesso de peso e inatividade física em uma população indígena urbana Sateré-Mawé em cidade da Amazônia brasileira”.

Fundação Oswaldo Cruz; 2018.

AGRADECIMENTOS

Ahewaku kahato Sateré Mawé ikup kahato hap upĩ. Waku sese!
“Aos Sateré-Mawé, meu muito obrigado por todo o conhecimento
e amizade. Muito obrigado!” (Obrigado Silas Conceição pela
ajuda na escrita desta pequena homenagem!).

DEDICATÓRIA

*Para Yasmin e Mia, sem as quais este livro seria antes, porém, em
um mundo menos belo*

© by Alexa Cultural

Direção

Gladys Corcione Amaro Langermans

Nathasha Amaro Langermans

Editor

Karel Langermans

Capa

Klanger

Revisão Técnica

Marcelo Rocha Radicchi

Editoração Eletrônica

Alexa Cultural

Imagem de capa

“Mãos calejadas e suas histórias” - óleo sobre tela, 2018

Artista: Lucio Santarém da Silva - instagram: @luciosilva9104

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

O081 Os Sateré-Mawé na Cidade: transição nutricional (excesso de peso e inatividade física) em uma população indígena urbana em Parintins, Amazonas . Marcelo Rocha Radicchi . Manaus: EDUA; São Paulo: Alexa Cultural, 2025.

14x21cm - 150 pgs

ISBN - 978-85-5467-591-2 - E-book em PDF

DOI - 10.70271/250819.1531

1. Sociologia - 2. Saúde - 3. Nutrição - 4. Sateré-Mawé - 5. Parintins-AM.
I - Radicchi, Marcelo Rocha . II - Título. III - Bibliografia, IV - Sumário.

CDD - 301 / 300.72

Índices para catálogo sistemático:

1. Saúde
2. Nutrição
3. Sateré-Mawé
4. Parintins-AM

Todos os direitos reservados e amparados pela Lei 5.988/73 e Lei 9.610

É proibida a reprodução parcial ou integral sem a autorização do autor e/ou editora

Alexa Cultural Ltda

Rua Henrique Franchini, 256
Embú das Artes/SP - CEP: 06844-140
alex@alexacultural.com.br
alexacultural@terra.com.br
www.alexacultural.com.br

Editora da Universidade Federal do Amazonas

Avenida Gal. Rodrigo Otávio Jordão Ramos,
n. 6200 - Coroado I, Manaus/AM
Campus Universitário Senador Arthur Virgílio
Filho, Centro de Convivência – Setor Norte
Fone: (92) 3305-4291 e 3305-4290
E-mail: ufam.editora@gmail.com

Our broader point – and one which we think most Indigenous methodologists would agree with – is this: despite the deliberate efforts of colonial projects (...) our communities and peoples are still here as complex, dynamic, and growing communities. (...) We are part of our respective modern societies, not a remnant of the past, and Indigenous methodologies that fail to engage in a primary language of modern power – quantitative methods – miss out a crucial tool, not only for resisting colonial projects but, more fundamentally, for constituting the social representations through which Indigeneity is understood by the public at large.
(Walter and Andersen, 2016, p. 70)

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	12
--------------------	----

CAPÍTULO 1

A transição nutricional avança no Brasil e nas populações indígenas	15
---	----

CAPÍTULO 2

Compreendendo o fenômeno da transição nutricional e a relação com populações indígenas urbanas	20
2.1 Conceituando a transição nutricional	20
2.2 Excesso de peso: sobrepeso e obesidade	23
2.2.1 Excesso de peso: no mundo e no Brasil	23
2.2.2 Excesso de peso em populações indígenas no Brasil	28
2.3 Inatividade física no Brasil e na população indígena	33
2.3.1 Atividade e inatividade física	33
2.3.2 Epidemiologia da atividade física	36
2.3.3 A inatividade física em povos indígenas	40
2.4 Indígenas residindo em áreas urbanas: a participação na economia de mercado e reflexos na saúde	44

CAPÍTULO 3

Os Sateré-Mawé em Parintins: panorama histórico, socioeconômico e demográfico	51
3.1 História, sociedade e cultura	51
3.2 Territorialidade, deslocamento e demografia	56
3.3 Informações socioeconômicas e demográficas a partir do censo sócio participativo de 2002-2003	64

CAPÍTULO 4:

Um “retrato” dos Sateré-Mawé residentes na cidade de

Parintins/AM no ano de 2017.....	67
4.1 A cidade de Parintins, no estado do Amazonas.....	67
4.2 Os Sateré-Mawé na cidade de Parintins no ano de 2017: demografia, aspectos socioeconômicos, etnicidade e informações de saúde.....	70
4.2.1 Informações demográficas e domiciliares gerais da população Sateré-Mawé residente em Parintins em 2017.....	73
4.2.2 Informações demográficas e socioeconômicas dos Sateré-Mawé maiores de 18 anos de idade residentes na cidade de Parintins em 2017.....	89
4.2.3 Indicadores étnicos e de vínculo com a Terra Indígena Andirá-Marau na população Sateré-Mawé maior de 18 anos residente em Parintins no ano de 2017.....	95
4.2.4 Informações de saúde da população Sateré- Mawé maior de 18 anos de idade na cidade de Parintins em 2017.....	106

CAPÍTULO 5:

Algumas considerações sobre o fenômeno da transição nutricional
nos Sateré-Mawé residentes na cidade de Parintins.....

5.1 Considerações sobre as prevalências de excesso de peso e atividade física insuficiente encontradas na população sateré-mawé residente em parintins no ano de 2017.....	118
5.2 Algumas reflexões pertinentes.....	121
5.3 Considerações finais.....	123

REFERÊNCIAS.....	126
------------------	-----

APÊNDICE - Pequeno vocabulário Sateré-Mawé.....	147
---	-----

SOBRE O AUTOR.....	149
--------------------	-----

APRESENTAÇÃO

É com imensa satisfação que trago ao público este livro que foi baseado nos dados complementares que coletei durante a pesquisa de campo para o meu doutorado em Epidemiologia em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ/Rio de Janeiro). Trata-se de dados inéditos que não constam no documento final da tese de doutorado¹. A intenção com este livro é dar continuidade (com as devidas ressalvas) ao importante trabalho conduzido pelo professor Pery Teixeira², quando nos anos de 2002 e 2003 conduziu um trabalho censitário sócio-demográfico de caráter participativo, contando com metodologia bastante interessante (aqui replicada) e participação ativa da comunidade Sateré-Mawé na condução do processo. Além desta referência, cabe agradecer aos direcionamentos bastante importantes na época de pesquisadores fundamentais na área de saúde indígena, tais como os professores Carlos Coimbra Jr. (orientador da tese), James Welch (co-orientação), Ricardo Ventura (valiosas contribuições), bem como os diversos professores da ENSP/FIOCRUZ, que me auxiliaram bastante no crescimento acadêmico científico e que possibilitaram a presente obra, importante também mencionar o fundamental apoio Institucional recebido; o apoio da coordenação do curso foi fundamental para que esta obra pudesse existir.

O interesse que me motivou a publicação desta obra está em ampliar o panorama oferecido originalmente na tese, focando em aspectos não presentes lá, e oferecendo uma visão mais contextual no sentido de trazer a realidade das pessoas que participaram da pesquisa na época, ou seja, um panorama do que foi observado com a população dos indígenas Sateré-Mawé residentes na cidade de Parintins. Conforme mencionei anteriormente os dados e informações geradas na pesquisa de caráter mais aprofundado na estatística inferencial (testes estatísticos mais rigorosos) estão presentes na tese de doutorado, bem como em artigos em periódicos já publicados que podem ser encontrados nos repositórios e bases de dados.

1 Endereço eletrônico: <<https://arca.fiocruz.br/items/3c9699d8-3573-4759-943d-e6d0d205b59c>>. Acesso em: 14/08/2025.

2 Na época, o prof. Pery Teixeira era docente junto à Universidade Federal do Amazonas (UFAM) em Manaus/AM. Pude conversar com o prof. Pery nos preparativos que antecederam a coleta de dados. Tratou-se de conversa bastante agradável e esclarecedora que auxiliou na metodologia do campo empregada.

Acreditando na função social que a pesquisa cumpre na sociedade, ressalto que as informações principais da obra já foram apresentadas à comunidade Sateré-Mawé na cidade de Parintins, na ocasião de apresentação pública com a presença de lideranças indígenas da cidade. A intenção de publicar o livro com distribuição gratuita também concorda com a função social da pesquisa, em especial considerando ser professor concursado de uma Universidade pública federal, tendo sido financiado por meio de bolsas de estudo da agência de fomento à pesquisa do Estado do Amazonas (Edital RH-Interiorização/FAPEAM) e também da CAPES (PDSE/CAPES); nada mais justo do que proporcionar que o conhecimento deste livro possa, dentro de seus limites, contribuir de maneira livre aos interessados no aprofundamento sobre a temática aqui apresentada.

Reforço aqui o agradecimento especial a todos os Sateré-Mawé que na época da pesquisa nos acolheram em suas residências, participando da pesquisa. Registro especial agradecimento às importantes instituições na cidade de Parintins que atendem aos interesses da população Sateré-Mawé, seja de caráter auto-organizado (Consórcio dos Produtores Sateré-Mawé), seja institucionalizado como o Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) e Fundação Nacional do Índio (FUNAI), com os escritórios regionais localizados na cidade de Parintins.

O livro está estruturado em cinco capítulos sendo o primeiro focando na introdução da temática da transição nutricional e o interesse original da pesquisa que gerou a obra. No segundo capítulo são contextualizados conceitualmente os principais determinantes comportamentais e biológicos envolvidos no fenômeno da transição nutricional a saber: inatividade física e excesso de peso, relacionado este último à uma alimentação inadequada, bem como debatendo a presença indígena residindo em meio urbano, participando da economia de mercado e as implicações nestes determinantes. No terceiro capítulo realizamos uma contextualização sócio-histórica e demográfica (a partir de dados de inquéritos já realizados com esta população por outros autores) dos Sateré-Mawé. No quarto capítulo apresentamos os dados e informações geradas a partir das coletas em campo no ano de 2017, com os Sateré-Mawé residentes na cidade de Parintins. No quinto capítulo realizamos as considerações que visam responder a intenção inicial da pesquisa.

Peço licença aos leitores e, especialmente, aos professores Sateré-Mawé (e demais estudiosos da língua escrita desta etnia) e informo ao leitor que inseri como apêndice, um pequeno vocabulário da língua Sateré-Mawé elaborado com a ajuda do informante/guia tradutor que acompanhou a equipe de pesquisa nas coletas de dados em campo. Foi muito importante para a equipe de coleta de dados em campo contar com a presença deste informante/guia, que, além de criar uma amizade, podíamos nos momentos de pausa entre uma visita domiciliar e outra, aprendermos mais sobre as palavras e visão de mundo Sateré-Mawé, tendo em vista o guia ser Sateré-Mawé da região do rio Marau (próximo à cidade de Maués/AM) e já ter dado aulas da língua Sateré-Mawé na terra indígena.

Espero que a obra possa ser bem aproveitada para os que tiverem interesse no assunto e que, especialmente, possa contribuir para melhoria nas condições de vida, de saúde e de existência da população Sateré-Mawé.

Waku Sese!

CAPÍTULO 1

A TRANSIÇÃO NUTRICIONAL AVANÇA NO BRASIL E NAS POPULAÇÕES INDÍGENAS

Países emergentes como o Brasil têm sofrido um processo de rápida transição nutricional, com o aumento do perfil de excesso de peso na população (Conde and Monteiro, 2014; Monteiro et al., 2004; Popkin, 2011, 1998; Popkin et al., 2012). A transição alimentar e nutricional é resultado de um conjunto complexo de mudanças demográficas, socioeconômicas, tecnológicas, sociais e culturais iniciadas de maneira mais marcante na era moderna nos países centrais, e mais tardiamente nos países em desenvolvimento (Monteiro et al., 2004; Popkin, 1998; Popkin et al., 2012).

A rápida urbanização está entre os principais fatores relacionados à transição alimentar e nutricional (Popkin, 1998), contribuindo para as mudanças nos padrões de alimentação e de atividade física das populações, seja na substituição da alimentação tradicional por uma mais calórica e pobre em termos nutricionais, seja também pela redução nos níveis de atividade física e adoção de uma rotina mais sedentária (Attard et al., 2015; Kline et al., 2017; Popkin, 2011; Popkin et al., 2012).

A transição nutricional está associada com o incremento nas doenças crônicas e degenerativas (Adair et al., 2014; Bielemann et al., 2015; GBD, 2017; Lee et al., 2012; Popkin et al., 2012). Doenças crônicas não-transmissíveis corresponderam a 72,7% dos óbitos registrados no ano de 2011 no Brasil (Malta et al., 2014b). A inatividade física contribuiu no Brasil com 15% das internações para doenças crônicas não transmissíveis realizadas pelo Sistema Único de Saúde no ano de 2013 (Bielemann et al., 2015), já a obesidade contribuiu em 2011 no Brasil com 1,68% dos gastos¹ com média e alta complexidade no Sistema Único de Saúde (de Oliveira et al., 2015).

O excesso de peso, em especial a obesidade, está associado ao aumento da incidência de doenças crônicas não-transmissíveis tais como diabetes, hipertensão e doenças cardiovasculares (Brasil and

¹ Totalizando no ano de 2011, US\$ 269,6 milhão (mais de duzentos e sessenta e nove milhões de dólares norte-americanos).

Ministério da Saúde, 2006; Popkin, 1998; WHO, 2000). Dados sobre mortalidade conforme categoria de raça/cor, extraídos do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) para o período de 2000 a 2012, indicam que das cinco principais causas de óbito registradas para a categoria indígena em 2012, duas compõem o grupo das doenças crônicas não-transmissíveis (diabetes e doenças cerebrovasculares) (Brasil and Ministério da Saúde, 2015). Alguns estudos com populações indígenas residindo em área rural têm demonstrado prevalências elevadas de excesso de peso, sugerindo estar em curso um processo de transição nutricional nestas populações (Lourenço et al., 2008; Mazzucchetti et al., 2014; Soares et al., 2015; Welch et al., 2009). Não se tem notícia de estudo que aborde esta temática em populações indígenas específicas que residem em área urbana no Brasil.

No Brasil a transição nutricional tem sido observada em populações indígenas que residem em meio rural e em terras indígenas (Cardoso et al., 2012, 2005; Coimbra et al., 2013; Garnelo and Welch, 2009; Gugelmin and Santos, 2006; Lourenço et al., 2008; Mazzucchetti et al., 2014; Santos et al., 2012; Welch et al., 2009). Estudo com populações indígenas no estado do Mato Grosso, no Parque Nacional do Xingú (Gimeno et al., 2007) mostrou mais da metade das populações estudadas com excesso de peso (80% dos homens e 60,7% das mulheres), sendo confirmado também para população indígena Suruí na região Norte do Brasil, no estado de Rondônia (Tavares et al., 2013), com 55,7% dos homens e 56,6% das mulheres pesquisadas com excesso de peso (sendo que 22% das mulheres classificadas com sobrepeso).

O Censo Demográfico de 2010 (IBGE, 2010a) trouxe avanços significativos na disponibilidade e na qualidade de informações sobre a população indígena no Brasil, auxiliando na superação do cenário de carência de informações estatísticas sobre esta parcela da população (Coimbra Jr. and Santos, 2000; Pagliaro et al., 2005; Santos and Teixeira, 2011). Censos Demográficos como o conduzido (IBGE, 2010a) possibilitam a estimação da magnitude populacional e ao mesmo tempo a representação de populações pequenas, como é o caso das etnias indígenas no Brasil, e devem ser complementados por inquéritos localizados de forma a auxiliar na elaboração de políticas públicas e possibilitar o controle destas, via visibilidade

demográfica (Bastos et al., 2017; Del Popolo and Reboiras, 2014; Santos and Teixeira, 2011).

Apesar da redução registrada na população indígena residente em cidades apontada pelo Censo Demográfico em 2010² (IBGE, 2010a; Santos and Teixeira, 2011), 36,2% (do total de 896.900) da população indígena vivia (em 2010) em situação de domicílio urbana³ (IBGE, 2010a). Os motivos da migração para as cidades estão geralmente relacionados à busca pelo acesso aos serviços sociais básicos como saúde, educação, seguridade social etc. (Coimbra Jr. and Santos, 2000; Del Popolo and Reboiras, 2014; Teixeira et al., 2009), não obstante residindo na periferia dos centros urbanos e em condições socioeconômicas desfavoráveis (Coimbra Jr. and Santos, 2000; Mainbourg et al., 2006; Marinho et al., 2017).

Embora desde 1991 a categoria cor/raça indígena já seja coletada nos Censos Demográficos oficiais no Brasil, o acesso público às informações sobre a situação de saúde destas populações, em especial no que diz respeito a fenômeno da transição nutricional, é restrito. Os estudos que se tem notícia com a população indígena nas áreas urbanas no Brasil, mesmo com a população Sateré-Mawé (Romano, 1982), tiveram um enfoque etnográfico (Botelho and Weigel, 2011; Magnani, 2013), sócio-histórico (Figueroa, 2016; Lorenz, 1992) ou demográfico (Bernal, 2009; Teixeira et al., 2009). O censo sócio-participativo da população Sateré-Mawé no estado do Amazonas (Teixeira, 2005), realizado entre os anos de 2002-2003 (incluindo a cidade de Parintins) gerou informações importantes sobre demografia desta população, porém não abordou aspectos sobre o estado nutricional e nível de atividade física.

A presença da população indígena nas cidades no Brasil, apontada pelo Censo Demográfico (IBGE, 2010a) sugere a necessidade de um novo paradigma no entendimento da saúde indígena, não restrito ao meio rural, mas presente também no meio urbano (Del Popolo and Reboiras, 2014), em um contexto complexo onde

2 Santos e Teixeira (2011) acreditam que mudanças na metodologia do Censo Demográfico em 2010, com a inclusão das perguntas sobre pertencimento étnico e língua falada tenha reduzido a captação de autodeclarados indígenas em especial nas situações urbanas de domicílio.

3 Dados do Censo Demográfico de 2022 atualizaram o número de indígenas residentes no Brasil para 1.693.535 pessoas, representando 0,83% da população total do país. Deste total, 63,27% residia fora de terras indígenas. Ver: BRASIL. Ministério do Planejamento e Orçamento. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Censo Demográfico 2022: Indígenas** - Primeiros resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2023.

a identidade étnica interage com as condições de saúde mensuradas, dentro de um contexto socioeconômico próprio no processo de participação na economia de mercado e residência na cidade (Attard et al., 2015; Del Popolo, 2017; Godoy et al., 2005a).

Sabe-se de estudos sobre transição nutricional em população indígena residindo em área rural (Fávaro et al., 2015; Welch et al., 2009, 2009), ainda com pouca representatividade das populações indígenas que vivem na região norte do país (LOURENÇO et al., 2008), mais especificamente, no estado do Amazonas. São poucos ainda os estudos sobre o fenômeno da transição nutricional em população indígena urbana (Toledo et al., 2020).

Em países como Austrália e Canadá, o reconhecimento das populações indígenas residindo em meio urbano é uma realidade (Vanden Heuvel et al., 2015; Walter and Andersen, 2016) e políticas públicas na área da saúde têm sido elaboradas e implementadas no sentido de reconhecer a presença urbana destas populações e promover a redução das desigualdades frente à população não-indígena (Anderson, 2008; Brand et al., 2016; Eades et al., 2010; Smylie et al., 2011).

Embora haja uma atenção institucionalizada à saúde indígena, materializado na Secretaria de saúde Indígena (SESAI) e nos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), a legislação pertinente ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS) no Brasil⁴ não faz menção ao indígena que reside em área urbana. Os atendimentos de média e alta complexidade que necessitam utilização da infraestrutura urbana do Sistema Único de Saúde (SUS) são realizados na perspectiva de realização do procedimento prevendo o retorno do paciente à terra indígena (Brasil, 1999; Brasil and *undação Nacional de Saúde, 2002).

Apesar do tempo de contato e expressiva população⁵, há carência de literatura específica sobre as condições de saúde nos Sateré-Mawé. Existem pesquisas na área da saúde e demografia com os Sateré-Mawé residindo na área urbana nos municípios de Manaus

4 Ver Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999 (“Lei Arouca”), Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (aprovada pela Portaria do Ministério da Saúde nº 254, de 31 de janeiro de 2002) e demais regulamentações.

5 O histórico de contato dos Sateré-Mawé com os colonizadores europeus data de meados do séc. XVII (Bernal, 2009). A etnia Sateré-Mawé era a 11ª etnia indígena mais populosa no Brasil conforme dados censitários de 2010 (IBGE, 2010a).

e mesmo em Parintins, no estado do Amazonas (Mainbourg et al., 2008, 2006; Teixeira, 2005; Teixeira et al., 2009), porém nenhum dos estudos focou o fenômeno da transição nutricional e nos perfis nutricional e de inatividade física, conforme o que propomos na presente pesquisa.

Considerando a importância do problema da transição nutricional, foi proposto uma pesquisa de campo na cidade de Parintins com a finalidade de investigar este fenômeno na população urbana Sateré-Mawé residente. Foi conduzido no ano de 2017 um inquérito de caráter censitário, inspirado em metodologia já proposta com sucesso nesta população indígena em área urbana (TEIXEIRA, 2005). A equipe de pesquisa contatou os Sateré-Mawé residentes na cidade de Parintins (Amazonas), coletando dados de saúde, antropometria e informações socioeconômicas e demográficas, com a finalidade de oferecer um panorama da situação de saúde desta população, tendo por especial foco, investigar os indicadores do fenômeno da transição nutricional, a saber: verificação da situação de excesso de peso e do perfil de inatividade física. Nas próximas seções serão esclarecidos os passos para realização do inquérito, contextualização do problema, informações coletadas sobre a população indígena pesquisada, seu panorama de saúde (com foco nos indicadores de transição nutricional) e reflexões pertinentes no fenômeno da transição nutricional nesta população.

CAPÍTULO 2

COMPREENDENDO O FENÔMENO DA TRANSIÇÃO NUTRICIONAL E A RELAÇÃO COM POPULAÇÕES INDÍGENAS URBANAS

O fenômeno da transição nutricional em curso no mundo moderno atinge também as populações indígenas residindo em terra indígena, porém pouco ainda se sabe sobre a situação das populações indígenas nas cidades, até pela sua situação de invisibilidade demográfica e estatística.

No presente capítulo conceituaremos o fenômeno da transição nutricional com enfoque em seus dois componentes fundamentais neste processo de modificação de hábitos cotidianos, a saber: o excesso de peso e a inatividade física. Em cada conceituação buscaremos oferecer o panorama na população em geral e os estudos que abordam o fenômeno da transição nutricional em populações indígenas no Brasil. Finalizaremos o capítulo considerando alguns estudos que trataram da situação de indígenas residindo em áreas urbanas e a participação na economia de mercado, vendo aí uma relação possivelmente potencializadora do fenômeno da transição nutricional que aqui nos debruçamos em estudar.

2.1 CONCEITUANDO A TRANSIÇÃO NUTRICIONAL

A transição nutricional é entendida como a passagem de um perfil populacional de subnutrição para um de excesso de peso. Está relacionada com um amplo processo de modificações de ordem socioeconômica e demográfica que influenciam nos padrões de alimentação e atividade física das populações e que afetam, portanto, o balanço energético no sentido do incremento no perfil populacional de excesso de peso (Popkin, 1998).

Conceitualmente, o fenômeno da transição nutricional deve ser entendido como um estágio de determinada sociedade onde outras transições, de ordem demográfica (passagem de um perfil de altas natali-

dade e mortalidade para um onde ambas são baixas) e epidemiológica (passagem de um perfil de altas prevalências de doenças infecciosas e subnutrição para um de predomínio das doenças crônico-degenerativas) foram ou estão sendo vivenciadas (Popkin, 1998). Pode ser entendida como resultante de diferentes condicionantes, desde o confronto da biologia e conformação genética da humanidade (moldada pelo estilo de vida utilitário característico da maior parte da história humana) com o estilo de vida sedentário facilitado pela tecnologia, em interação com o processo de globalização, políticas governamentais relacionadas à dieta e a indústria alimentícia (Popkin, 2011).

A transição nutricional está em curso nas sociedades modernas, em maior ou menor grau (Popkin, 1998), e se apresenta em um contexto onde a população passa a se concentrar em áreas urbanas com alterações nas formas de trabalho, obtenção de renda, modos de cultura, nas relações com o mercado, na disponibilidade de alimentos e na incorporação de tecnologias no cotidiano. Todas estas modificações interagem de maneira complexa e acabam por afetar o balanço energético na população, modificando a dieta no sentido do aumento no consumo de alimentos mais densamente energéticos e redução na atividade física cotidiana (Popkin, 2009, 1998).

Com o aumento do excesso de peso na população, provocado pela transição nutricional, observa-se o acréscimo na incidência das doenças crônicas não-transmissíveis tais como diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares, câncer etc. (Popkin, 2015, 2011, 1998), sendo problema de saúde pública a ser equacionado pelos governos dos países em desenvolvimento (Kline et al., 2017). No ano de 2011, o Ministério da Saúde lançou no Brasil o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) no Brasil, para o período de 2011 a 2022, dimensionando o problema do acréscimo nas doenças crônicas, traçando estratégias para o seu combate via (dentre outras) políticas de estímulo à atividade física e alimentação saudável, dentro do eixo de promoção da saúde (Brasil and Ministério da Saúde, 2011).

No Brasil a evolução da obesidade na população entre os anos de 1975 a 1989 observou aumentos da ordem de 60% a 90% para homens e mulheres, respectivamente, sendo os aumentos mais observados nos grupos de menor renda (Monteiro et al., 2007). O

período de 1989 a 2003 observou acréscimos na obesidade em especial nos homens em geral e nas mulheres que se encontravam nos estratos mais baixos de renda (Brasil and Ministério da Saúde, 2006; Monteiro et al., 2007). Análises do perfil antropométrico-nutricional no Brasil entre os anos de 1974 e 2003 indicaram ao final do período analisado a superação na maior parte do país da condição de desnutrição⁶, porém indicou também a emergência do excesso de peso como um problema generalizado em todas as regiões do país e em todas classes de rendimento analisados, visualizando, entretanto, padrões na magnitude conforme região e rendimento (IBGE, 2004).

A transição nutricional nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, apresenta particularidades tais como a rapidez que vem sendo constatada nos países em desenvolvimento (Monteiro, 2000; Popkin, 1998), além da citada dupla carga apontada por Conde e Monteiro (2014), coexistindo no Brasil, em domicílios desfavorecidos economicamente, a situação de déficit de crescimento na criança ao mesmo tempo que a mãe encontra-se com excesso de peso (Conde and Monteiro, 2014). Na população indígena, cabe ressaltar ainda que, associada à transição nutricional que vem sendo apontada nesta população (Lourenço et al., 2008; Welch et al., 2009), persistem ainda as doenças infecciosas e subnutrição, em especial nas crianças (Cardoso et al., 2012; Leite et al., 2007b).

Há indicações no Brasil de estar em curso um processo de transição nutricional também na população adulta indígena (Coimbra et al., 2013; Gimeno et al., 2007; Lourenço et al., 2008; Welch et al., 2009). Este processo parece relacionar-se a modificações em curso nos hábitos alimentares, adoção de uma dieta menos diversificada e mais calórica, maior consumo de alimentos industrializados, excesso de sal e açúcar refinado em detrimento dos alimentos tradicionais localmente preparados; associa-se ainda a estas modificações a redução nos níveis de atividade física (Bresan et al., 2015; de Castro et al., 2010; Gimeno et al., 2007; Leite et al., 2007b; Soares et al., 2015; Welch et al., 2009).

A modificação nos hábitos alimentares e de atividade física liga-se, por exemplo à forma como os alimentos são adquiridos pe-

6 Excetuando-se a baixa exposição relatada para a população feminina nas áreas rurais região nordeste e as de famílias com rendimento mensal até um quarto de salário mínimo (IBGE, 2004).

los indígenas. Observa-se que esta aquisição passa a ocorrer cada vez mais por meio da compra, indicando a integração ao mercado consumidor nacional⁷ (Leite et al., 2007a). Mesmo que a dieta em termos energéticos esteja adequada, observa-se que nos casos onde há a substituição da alimentação tradicional pelos alimentos comprados, muitas vezes a qualidade da dieta em termos nutricionais pode não ser apropriada, com pouca diversidade de micronutrientes (Godoy et al., 2005a; Leite et al., 2007b).

2.2 EXCESSO DE PESO: SOBREPESO E OBESIDADE

2.2.1 Excesso de peso: no mundo e no Brasil

A obesidade é uma doença caracterizada pelo excesso de gordura corporal e está associada a prejuízos à saúde (Anjos, 2006; Kac et al., 2007; WHO, 2000). Resulta do balanço energético positivo não programado com ganho de peso em excesso (WHO, 2000). É um problema de saúde pública em vários países, atingindo uma escala global na atualidade (Meldrum et al., 2017; Swinburn et al., 2011; WHO, 2000). Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam que no ano de 2016, 1,9 bilhão de adultos acima de 18 anos de idade estavam com sobrepeso, destes, 650 milhões estavam obesos, o que corresponde a 39% e 13%, respectivamente desta população no mundo (WHO, 2018).

O sobrepeso e obesidade são comumente verificados em estudos epidemiológicos através de pontos de corte baseados no índice de massa corporal (IMC) (Anjos, 2006; Anjos and Wahrlich, 2007; WHO, 2000). O IMC corresponde à razão da massa corporal em quilogramas dividida pelo quadrado da altura em metros, sendo um indicador calculado a partir de medidas de fácil operacionalização e é também um bom indicador da adiposidade corporal em estudos epidemiológicos⁸ (Anjos, 2006; Anjos and Wahrlich, 2007; WHO, 2000).

7 Seja pelo recebimento de benefícios, seja pela incorporação do sujeito indígena como trabalhador assalariado: seja como agente indígena de saúde, professor etc.

8 Documento orientador da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2000) ressalta que o excesso de gordura corporal mensurado pelo índice de massa corporal (IMC) deve ser também considerado quanto à conformação e local de deposição da gordura, sendo a adiposidade central, ou androide a mais deletéria e associada ao aparecimento de doenças associadas à obesidade.

A obesidade é considerada em adultos por valores de índice de massa corporal (IMC) maiores ou iguais a 30,0 kg/m², enquanto que sobrepeso seriam os valores entre 25,0 e 29,9 kg/m² (Brasil et al., 2011; WHO, 2000). A denominação de desfecho como “excesso de peso”, correspondente ao agregado de ambas categorias: sobrepeso e obesidade. O excesso de peso é importante em termos de saúde pública pois indica a presença do risco para aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis, observando-se um gradiente de risco crescente conforme o aumento do IMC e nas categorias de sobrepeso e a obesidade (Anjos, 2006; WHO, 2000).

O excesso de gordura corporal, em especial a distribuição de gordura acumulada na região central (obesidade androide) (WHO, 2000), presente na obesidade é fator de risco associado ao aparecimento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), tais como diabetes e doenças cardiovasculares (Brasil and Ministério da Saúde, 2006; WHO, 2000). A obesidade quando associada em nível individual a outros determinantes para doenças cardiovasculares tais como tabagismo, uso abusivo de álcool, hipertensão, potencializa o risco de adoecimento (Brasil and Ministério da Saúde, 2006).

Políticas de saúde que atuem na reversão do quadro da obesidade nos países são necessárias, já que as doenças crônicas não-transmissíveis constituem 4 das 5 maiores causas de mortalidade no mundo em 2015 (WHO, 2017). Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam que no Brasil, entre os anos de 2000 a 2012, do total de 1.318.000 de mortes registradas, 74% foram atribuídas às doenças crônicas não-transmissíveis, sendo as doenças cardiovasculares as que mais contribuíram com este percentual (WHO, 2014).

A Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) no Brasil para o ano de 2008-2009 (IBGE, 2010b) apontou que 50,1% da população masculina e 48% da população feminina acima dos 20 anos de idade estava com sobrepeso, enquanto que 12,5% da população masculina e 16,9% da população feminina estava classificada com obesidade (IBGE, 2010b). Quando são considerados os dados para a área urbana na região norte, tem-se a prevalência de excesso de peso em 50,4% e 46,5% para homens e mulheres, respectivamente, enquanto que a prevalência de obesidade foi de 11,6% e 15,1%, respectivamente (IBGE, 2010b). Entre o período de 1974 e 2009 no Brasil,

o déficit de peso reduziu para homens e mulheres, enquanto que as prevalências de excesso de peso aumentam em quase três vezes para o sexo masculino e quase duas para o sexo feminino (IBGE, 2010b); considerando o mesmo período, a prevalência de obesidade quadriplica para os homens e duplica para as mulheres no período analisado (IBGE, 2010b).

Dados mais recentes da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) (IBGE, 2015), referente ao ano de 2013 indicam a prevalência de excesso de peso em 56,9% na população brasileira > 18 anos de idade, sendo 55,6% para homens e 58,2% para as mulheres (IBGE, 2015). Relativo à obesidade, tem-se uma prevalência de 20,8%, sendo 16,8% para homens e 24,2% para mulheres (IBGE, 2015). A PNS (IBGE, 2015) analisando a evolução do estado nutricional da população brasileira entre os anos de 2002 a 2013 observou redução na prevalência de déficit de peso na população e aumento no excesso de peso tanto para homens como para mulheres (IBGE, 2015).

Ambos inquéritos realizados no Brasil, a Pesquisa de Orçamentos Familiares de 2008-2009 (IBGE, 2010b) e a Pesquisa Nacional de Saúde (IBGE, 2015), apontaram significativo perfil populacional de excesso de peso, observando maior prevalência de obesidade no sexo feminino e o aumento do índice de massa corporal conforme a idade (IBGE, 2015, 2010b), ocorrendo de maneira mais rápida nos homens (IBGE, 2015) até aproximadamente 65 anos, declinando nas idades subsequentes em ambos os sexos (IBGE, 2015, 2010b). As regiões Norte e Nordeste observaram menores frequências de excesso de peso que as demais regiões, sendo a situação de domicílio urbana onde mais frequente se observou o excesso de peso em relação à rural (IBGE, 2010b). Com relação à renda, observou-se uma relação positiva com excesso de peso, em especial para o sexo masculino; para as mulheres o comportamento do excesso de peso esteve mais presente nas classes de renda mais baixa (IBGE, 2010b).

A obesidade pode ser compreendida como um agravo de caráter multifatorial envolvendo desde questões biológicas às históricas, ecológicas, econômicas, sociais, culturais e políticas (Brasil and Ministério da Saúde, 2006). Este entendimento da multicausalidade (Rothman et al., 2008) na obesidade está de acordo com a visão dos determinantes sociais na saúde, ou seja, as características so-

ciais dentro das quais a vida transcorre que são identificadas como associadas ao agravo e sobre as quais é possível atuar de maneira informada (Buss and Pellegrini Filho, 2007). Neste sentido, diversas pesquisas, em diferentes contextos, têm identificado fatores que estão associados ao aparecimento do excesso de peso.

Newell e colaboradores (Newell et al., 2007) propuseram uma visão dos determinantes associados à obesidade a partir de uma visão sistêmica, onde fatores humanos e ambientais interagem e se reatualizam na determinação do surgimento do agravo. Propõem um modelo causal na forma de sistemas de retroalimentação (“feedback”) positivo e negativo para o aparecimento da obesidade (Newell et al., 2007). Considera no contexto do ambiente urbano, três subsistemas que interagem entre si e internamente (considerando as variáveis em cada subsistema): cultural/social, visão de mundo (crenças) e ações individuais (comportamentos) (Newell et al., 2007).

Entre as ações individuais que contribuem para o excesso de peso estão o uso de tecnologias que promovem o comportamento sedentário, dependência do automóvel para deslocamento (residência distante do trabalho), aderência ao comportamento de compras compulsivas e não-saudáveis, dieta rica em açúcares simples, gorduras, sal, álcool além de se alimentar com porções grandes, tempo de televisão excessivo, atividade física insuficiente e até mesmo estar em um emprego que demande viagens constantes (impossibilitando uma rotina de cuidados) (Newell et al., 2007).

Vandenbroeck e colaboradores (Vandenbroeck et al., 2007), na mesma lógica de Newell e colaboradores (Newell et al., 2007), elaboraram um sistema causal de retroalimentação capaz de evidenciar em profundidade as relações entre o conjunto de subsistemas, e suas variáveis, interagindo na determinação da obesidade, considerando o contexto urbano do Reino Unido (Vandenbroeck et al., 2007). Considerou desde o subsistema de regulação biológica do balanço energético até o subsistema de produção de alimentos, interagindo internamente e intra-subsistemas. Interação também no sistema de obesidade, os subsistemas de consumo de alimentos, da psicologia nos níveis social e individual e o subsistema de atividade física nos níveis ambiental e individual (Vandenbroeck et al., 2007).

Ressaltamos algumas variáveis importantes para a discussão proposta pela presente pesquisa, tais como as variáveis da atividade física no nível ambiental: temperatura ambiente (influenciando no deslocamento ativo), custo do engajamento em programas de exercícios físicos (limitante da atividade física em estratos socioeconômicos desfavorecidos), ambiente urbano que facilite o deslocamento (*walkability*). Nível educacional regulando os estímulos da mídia e o acesso a informações sobre alimentação saudável (possibilitando escolhas saudáveis na alimentação) é um exemplo das interações propostas no sistema causal da obesidade (Vandenbroeck et al., 2007).

No contexto brasileiro temos diversas pesquisas conduzidas nas diferentes regiões do país, apontando achados importantes quanto aos determinantes da obesidade no contexto mais local. Idade é uma variável classicamente associada ao incremento no excesso de peso em homens e mulheres (Brasil and Ministério da Saúde, 2006; IBGE, 2015, 2010b; Lino et al., 2011), sendo atenuado este efeito em estratos etários superiores (Brasil and Ministério da Saúde, 2006; Silveira et al., 2009).

Renda e escolaridade baixa, em geral, estão associadas ao excesso de peso (Gigante et al., 2006; IBGE, 2015, 2010b; Lima et al., 2015; Peña and Bacalloa, 2000). Este comportamento, entretanto, não é observado para as mulheres com alta escolaridade ou renda (Gigante et al., 2006; IBGE, 2010b; Lima et al., 2015). Para os homens, as prevalências de excesso de peso tendem aumentar conforme aumento de renda (Gigante et al., 2006; IBGE, 2015, 2010b).

Monteiro e colaboradores (Monteiro et al., 2001), analisando dados sobre obesidade no Brasil entre 1996 e 1997, comparou as regiões Nordeste e Sul, encontrando variações regionais importantes nos efeitos observados para os determinantes socioeconômicos analisados. Maior escolaridade no Nordeste não esteve associado à obesidade nos homens, porém na região Sul associou-se a menor chance de obesidade. Para as mulheres no Nordeste a obesidade esteve associada diretamente com renda e inversamente com escolaridade; na região Sul, somente escolaridade associou-se inversamente com obesidade (Monteiro et al., 2001). Os autores concluem que em sociedades em transição, como o Brasil, a escolaridade é fator protetivo, renda é fator de risco para obesidade, enquanto que desen-

volvimento econômico regional e seco são modificadores relevantes na obesidade (Monteiro et al., 2001).

A situação conjugal, ou seja, estar casado(a) e/ou em união estável parece estar associado a maiores índices de excesso de peso (Azevedo et al., 2014; Machado et al., 2014; Veloso and Silva, 2010). Insuficiência no nível de atividade física (Iser et al., 2011; Machado et al., 2014; Malta et al., 2014a), baixo consumo de frutas e hortaliças (Azevedo et al., 2014) e consumo domiciliar de produtos ultra processados (Canella et al., 2014) são também variáveis associadas ao excesso de peso. Obesidade referida dos pais e menor quantidade de refeições no dia foram variáveis associadas à obesidade em pesquisa conduzida em Pelotas, no Rio Grande do Sul, analisando dados do período de 1974 a 1989 (Gigante et al., 1997).

Cor da pele (negra e outras [entendidas como não-branca e também não-negra]) associou-se ao excesso de peso para mulheres (mas não para homens) na cidade de Pelotas, no Rio Grande do Sul (Lima et al., 2015). Em inquérito com população adulta residindo na capital do Acre, Rio Branco, as variáveis associadas ao excesso de peso em homens foram idade, morbidade auto referida (hipertensão, dislipidemia), ser ex-fumante, estar em dieta para perda de peso e consumo diário de frutas⁹ (Lino et al., 2011). Para as mulheres, as variáveis associadas foram idade, consumo de tabaco diariamente, morbidade autorreferida (dislipidemia, hipertensão) e estar realizando dieta para perda de peso (Lino et al., 2011).

2.2.2) Excesso de peso em populações indígenas no Brasil

Estudos investigando o perfil nutricional de indígenas adultos em diversas etnias no Brasil têm demonstrado aumento nas prevalências de sobrepeso e obesidade, e de doenças associadas tais como hipertensão arterial, diabetes mellitus e dislipidemias (Capelli and Koifman, 2001; Coimbra et al., 2013; Fávaro et al., 2015; Gimeno et al., 2007; Gugelmin and Santos, 2001; Lourenço et al., 2008; Mazzucchetti et al., 2014; Oliveira et al., 2011; Ribas et al., 2007, 2007; Rocha et al., 2011; Salvo et al., 2009; Soares et al., 2015).

⁹ O estudo em questão relatou, porém não conseguiu articular a explicação teórica para esta associação encontrada, justificando faltar informações mais detalhadas sobre as práticas alimentares no Brasil em associação a dados antropométricos (Lino et al., 2011).

Há indicações no Brasil de estar em curso um processo de transição nutricional também na população adulta indígena (Fávaro et al., 2015; Gimeno et al., 2007; Lourenço et al., 2008; Welch et al., 2009). A tendência crescente de sobrepeso e obesidade nos povos indígenas no Brasil coexiste ainda com um perfil acentuado de doenças infecciosas e parasitárias (Coimbra et al., 2013; Coimbra Jr. and Santos, 2000), bem como carências nutricionais afetando em especial a parcela infantil desta população (Coimbra et al., 2013; Leite et al., 2007b; Ribas et al., 2007).

Estudo de revisão proposto por Leite e colaboradores (LEITE et al., 2007) aponta grande variação nas prevalências de sobrepeso e obesidade na população indígena no Brasil conforme a etnia, faixa etária e sexo, com a maior parcela das etnias estudadas apresentando um percentual significativo de indivíduos nestas condições. Estudos mais recentes reforçam estes achados (Bresan et al., 2015, 2015; Gimeno et al., 2007; Salvo et al., 2009; Tavares et al., 2013). O Quadro 1 não esgota a totalidade dos estudos mais recentes sobre perfil nutricional nas populações indígenas brasileiras, porém traz informações que reforçam a percepção sobre o fenômeno do excesso de peso nas populações indígenas no Brasil:

Quadro 1: Prevalências de Sobrepeso e obesidade em adultos indígenas brasileiros.

Fonte / estudo	Etnia(s) / região	Ano de coleta	Faixa etária (anos)	Sexo (n)	Sobrepeso (%)	Obesidade (%)
Gimeno et al (2007)	Mehináku, Waurá e Yawalapití (MT)	2000 e 2002	≥ 20	H (102) M (99)	61,8 48,2	18,2 12,5
Salvo et al. (2009)	Suyá (MT)	1999	≥ 20 e < 40 ≥ 40	H (29) M (24) H (16) M (17)	41,1 20,8 20,7 29,4	43,7 4,2 12,5 11,8
Tavares et al. (2013)	Suruí (RO)	2005	20 a 29	H (124) M (127)	46,0 34,6	9,7 22,0

Soares et al. (2015)	Xavante (MT)	2010 a 2012	20 a 39	H (263)	87,1	*
				M (270)	90,7	*
			40 a 59	H (110)	90,0	*
				M (100)	93,0	*
			≥ 60	H (84)	50,0	*
				M (105)	48,6	*

* O desfecho pesquisado no estudo de Soares e colaboradores (Soares et al., 2015) era a síndrome metabólica, sendo fornecido as informações sobre excesso de peso apenas, equivalente ao somatório de sobrepeso e obesidade, explicando, de certa forma, as prevalências elevadas em todas as faixas etárias e ambos sexos.

No Quadro 1 observamos a situação das prevalências de sobrepeso e obesidade quando consideramos algumas etnias indígenas, em diferentes regiões e contextos, diferentes recortes etários e em ambos os sexos. Porém, pode-se observar prevalências preocupantes de sobrepeso nos homens como no estudo de Gimeno e colaboradores (Gimeno et al., 2007), de obesidade (Salvo et al., 2009; Tavares et al., 2013) e de excesso de peso (Soares et al., 2015), reforçando as evidências da ocorrência da transição nutricional também na população indígena no Brasil.

Em âmbito nacional, o “1º Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos povos Indígenas” (Coimbra et al., 2013), com dados referentes aos anos de 2008 e 2009, indicou prevalência de sobrepeso nas mulheres indígenas não gestantes de 30,3%, enquanto que a de obesidade foi de 15,8%. Para a região norte, observou-se para a mesma população, prevalências de sobrepeso e obesidade de 24,7% e 6,1%, respectivamente, menores, portanto que as observadas no estudo para o Brasil.

O processo de transição nutricional na população indígena no Brasil parece relacionar-se a modificações em curso nos hábitos alimentares, adoção de uma dieta menos diversificada e mais calórica, maior consumo de alimentos industrializados, excesso de sal e açúcar refinado em detrimento dos alimentos tradicionais localmente preparados; associa-se ainda a estas modificações a redução nos níveis de atividade física (Bresan et al., 2015; de Castro et al., 2010; Gimeno et al., 2007; Leite et al., 2007b; Soares et al., 2015; Welch et al., 2009).

A modificação nos hábitos alimentares e de atividade física li-ga-se, por exemplo à forma como os alimentos são adquiridos pelos

indígenas. Observa-se que esta aquisição passa a ocorrer cada vez mais por meio da compra, indicando uma (maior ou menor) integração ao mercado consumidor nacional, seja pelo recebimento de benefícios, seja pela incorporação do sujeito indígena como trabalhador assalariado: seja como agente indígena de saúde, professor (Leite et al., 2007b). Mesmo que o consumo energético da alimentação dos indivíduos em um domicílio indígena nesta situação seja adequado, muitas vezes a qualidade da dieta em termos nutricionais pode não ser apropriada, especialmente quando se considera as necessidades nutricionais específicas de crianças em desenvolvimento (Godoy et al., 2005a; Leite et al., 2007b).

O problema da transição nutricional está em curso na população indígena no Brasil, com aumento nas prevalências de excesso de peso. Torna-se importante o conhecimento sobre os determinantes sociais (Buss and Pellegrini Filho, 2007) que apresentam alguma associação encontrada com o excesso de peso, a partir dos estudos já conduzidos. O contato com a população não indígena torna-se central na gênese do problema do excesso de peso, ao alterar diversos aspectos da vida dos povos indígenas: cultural, social, econômico, ambiental (com redução dos territórios e dos recursos de subsistência), estilos de vida relacionado aos níveis de atividade física e alimentação (Cardoso et al., 2001; Gugelmin and Santos, 2001; Lourenço et al., 2008; Welch et al., 2009).

No âmbito mais distal considerando o aspecto ambiental, a restrição territorial, com o progressivo esgotamento dos recursos naturais e o comprometimento das atividades de subsistência (Leite et al., 2007b), auxilia na piora do perfil de saúde das populações indígenas no Brasil. Precárias condições sanitárias somadas à restrição territorial e de recursos para subsistência resultam em elevada prevalência de doenças infecciosas e parasitárias, com maior prejuízo às crianças, mais vulneráveis nesta interação entre desnutrição e infecção (Cardoso et al., 2012).

Nos âmbitos socioeconômico e cultural, torna-se importante as conclusões de um estudo conduzido em duas aldeias Xavante no estado de Mato Grosso (Gugelmin and Santos, 2001), onde a maior proximidade geográfica e de contatos (comerciais inclusive) com a população não indígena em uma das aldeias (São José) pesquisadas

esteve relacionado a um perfil mais acentuado de sobrepeso e obesidade nos indígenas quando comparado a outra aldeia mais distante e mais “tradicional” (Etéñitépa). Discute-se que diversos fatores contextuais e ecológicos (rendimentos, proximidade com área urbana, tarefas tradicionais, períodos de ausência da terra indígena, mudança na dieta e nos níveis de atividade física) estariam envolvidos nestas diferenciações de perfil nutricional entre as duas comunidades, com maior prejuízo naquela que mantém maior contato/dependência com a sociedade não-indígena (Gugelmin and Santos, 2001).

Ainda relacionado aos âmbitos socioeconômico e cultural e nas interações das sociedades indígena e não indígena, Lourenço e colaboradores (Lourenço et al., 2008) e Welch e colaboradores (Welch et al., 2009) analisam esta relação observando que contato resultou em diferenciações socioeconômicas internas e alterações nos padrões de alimentação e no perfil nutricional das primeiras (travavam-se de pesquisas com os Suruí de Rondônia e com os Xavante de Mato Grosso, respectivamente), com prevalências elevadas de sobrepeso e obesidade. O status socioeconômico nestas populações associou-se positivamente ao IMC (Lourenço et al., 2008; Welch et al., 2009).

No âmbito mais proximal, no nível individual, existem evidências de uma tendência ao sobrepeso e obesidade nas mulheres indígenas quando comparadas aos homens (Capelli and Koifman, 2001; Cardoso et al., 2005), aumentada conforme o número de gestações da mulher (Mazzucchetti et al., 2014). Entretanto, em pesquisa com os Xavante (MT), foi encontrada maior frequência de peso adequado e menor de obesidade nas mulheres em comparação com os homens (Welch et al., 2009). Quanto à idade, um estudo com indígenas Khisêdjê do Xingú (MT) encontrou associação desta com sobrepeso e obesidade somente para as mulheres, sugerindo fatores culturais próprios da etnia e do contexto pesquisado na explicação desta associação (Mazzucchetti et al., 2014).

Cabe ressaltar, finalmente, quando discutimos perfil nutricional em populações indígenas, especialmente em contextos rurais, que a sazonalidade deve ser considerada já que influencia na disponibilidade de alimentos e, portanto, na composição corporal tanto das crianças quando adultos da comunidade (Leite et al., 2007a).

2.3 INATIVIDADE FÍSICA NO BRASIL E NA POPULAÇÃO INDÍGENA

2.3.1 Atividade e inatividade física

A atividade física pode ser definida como qualquer movimento corporal produzido pela musculatura esquelética que resulta em gasto energético (Caspersen et al., 1985). Para além da descrição biológica, possui determinantes psicossociais, culturais e comportamentais (Hallal and Florindo, 2011). A atividade física difere conceitualmente do exercício físico, do esporte e da aptidão física¹⁰ (Caspersen et al., 1985; Hallal and Florindo, 2011) e o estabelecimento desta diferenciação conceitual foi fundamental no processo de elaboração – desde a publicação da pesquisa de Morris e colaboradores (Morris, J.N. et al., 1953) nos anos de 1950 até a atualidade (Haskell et al., 2007; Pate, 1995) – da recomendação da atividade física para manutenção da saúde¹¹ (WHO, 2010), possibilitando que pessoas de todas as idades e condições (aptidão) físicas possam atingi-la, seja no lazer, no deslocamento, nas atividades cotidianas (Hallal and Florindo, 2011; WHO, 2010).

O conceito de atividade física é entendido com base nas dimensões do cotidiano que geralmente requerem movimentação por parte do indivíduo, compreendidos como “domínios” da atividade física (Caspersen et al., 1985; Hallal and Florindo, 2011). Diversos domínios da atividade física podem ser pensados, desde que não se sobreponham e que juntos, somem o gasto calórico total da atividade física no indivíduo (Caspersen et al., 1985). A importância em termos epidemiológicos e para a saúde pública do entendimento dos domínios da atividade física está na possibilidade de compreender os determinantes sociais (Buss and Pellegrini Filho, 2007) associados em determinado domínio, como cada domínio contribui para o

10 Exercício físico é um desdobramento da atividade física, realizado de maneira planejada, estruturada e repetitiva e que tem por objetivo intermediário ou final a manutenção ou melhoria da aptidão física. Aptidão física é um conjunto de atributos que são relacionados à saúde ou à habilidade motora, podendo ser mensurado o grau da aptidão nestes atributos através de testes específicos. (Caspersen et al., 1985). Conforme alguns teóricos da Educação Física, esporte possui uma característica sociocultural mais marcante e, apesar das diferentes definições, pode ser entendido como uma atividade física sujeita a determinados regulamentos e que geralmente visa a competição entre praticantes.

11 Cabe ressaltar que outras recomendações além da emitida pela Organização Mundial da Saúde existem, elaboradas por outros organismos tais como a do American College of Sports Medicine (ACSM), American Cancer Society (ACS), para citar algumas.

gasto calórico e atividade física do indivíduo (ou do grupo populacional estudado), podendo sugerir estratégias de intervenção e promoção à saúde (Bauman et al., 2012; Caspersen et al., 1985; Hallal and Florindo, 2011).

A recomendação atual de atividade física para a manutenção da saúde (WHO, 2010) sugere quatro domínios da atividade física: lazer, trabalho, deslocamento e atividades domésticas, sendo também os mesmos domínios mensurados pelo International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) versão longa¹² (IPAQ, 2005).

O equivalente metabólico (MET) é uma medida comumente utilizada para descrever a intensidade da atividade física, representando o número de vezes pelo qual o metabolismo basal foi multiplicado durante a atividade física (Jette et al., 1990). O MET está relacionado fisiologicamente ao processo de troca de gases na respiração que ocorre durante o exercício/atividade física e é uma medida que equivale à energia suficiente para um indivíduo se manter em repouso (Jette et al., 1990). Uma unidade de MET equivale ao consumo de oxigênio (VO₂) de aproximadamente 3,5 mililitros por quilograma de massa corporal por minuto (ml/kg/min) (Jette et al., 1990; WHO, 2010).

Existem métodos diretos para se mensurar o dispêndio de energia provocado pela atividade física, porém geralmente são onerosos e de difícil aplicação em pesquisas de larga escala (Hallal and Florindo, 2011). Dentre os métodos indiretos, a utilização de questionários tem sido amplamente utilizada em estudos populacionais, tendo a vantagem de ser de fácil aplicação¹³ e baixo custo (Hallal and Florindo, 2011; Hallal et al., 2010).

O International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) foi desenvolvido a partir de um esforço conjunto para criação de um instrumento que pudesse fornecer a comparabilidade necessária para

12 O GPAC, elaborado pela Organização Mundial de Saúde, é outro questionário internacional bastante difundido para mensurar o nível de atividade física e considera três domínios: trabalho, deslocamento de e para locais, atividades recreativas. Maiores informações podem ser acessadas no endereço eletrônico: <<http://www.who.int/ncds/surveillance/steps/GPAQ/es/>>. Acesso em 10/02/2018.

13 Não obstante cuidados devam ser tomados em determinadas situações e contextos, como por exemplo, a recomendação para países em desenvolvimento, como o Brasil, de que os questionários internacionais, além da validação, sejam realizados na forma de entrevista fechada, condizente com a realidade educacional dos países em desenvolvimento (Hallal et al., 2010).

os estudos sobre atividade física em diferentes contextos e países (IPAQ, 2005; Matsudo et al., 2001). Existem duas versões do IPAQ, a versão curta que capta os domínios de intensidade leve, moderada e vigorosa e a versão longa, que capta a atividade física leve, moderada e vigorosa nos domínios de lazer, trabalho, deslocamento e domicílio (IPAQ, 2005; Matsudo et al., 2001). Para mensuração do nível de atividade física, o IPAQ apresenta também boa reprodutibilidade e moderada validade quando comparada com métodos diretos¹⁴ (Craig et al., 2003; Hartley et al., 2015; Lee et al., 2011; Matsudo et al., 2001; Oyeyemi et al., 2011; Pardini et al., 2008; Scholes et al., 2016; Wanner et al., 2016). O IPAQ com base na frequência semanal e intensidade das atividades físicas autorreferidas pode fornecer o nível de atividade física em equivalentes metabólicos (MET) ou tempo de atividade física em minutos na semana (IPAQ, 2005; Matsudo et al., 2001).

Considerando uma visão epidemiológica com foco na saúde pública, é importante a determinação da “inatividade física” nas populações, ou seja, reconhecer o quanto da população não atinge o mínimo de atividade física recomendado para a manutenção da saúde, e quais determinantes estão associados (Hallal and Florindo, 2011; WHO, 2010). Em estudos epidemiológicos é comum diferenciar a parcela da população que está “inativa” daquela que está classificada como com “atividade física insuficiente” (Brasil and Ministério da Saúde, 2017), com implicações nos direcionamentos e intervenções populacionais a serem conduzidos (Garber et al., 2011). Embora se tenha notícia de diferentes conceituações, conforme a intenção do estudo na mensuração da atividade física, no geral considera-se “inatividade física” a ausência de atividade física ou exercício (WHO, 2010), sendo “inativo” o sujeito que não alcançou o mínimo de 10 minutos contínuos de atividade física na semana¹⁵ (no domínio ou no somatório dos domínios, conforme a intenção de análise) e “insuficientemente ativo” aquele que, embora tenha realizado mais de 10 minutos contínuos de atividade física, não atingiu a

14 Alguns estudos, incluindo uma revisão sistemática, sugere a preferência pela versão longa do IPAQ, considerando que a versão curta tende a superestimar a atividade física mensurada (Hallal et al., 2010; Lee et al., 2011).

15 O tempo mínimo de 10 minutos de atividade/exercício físico aeróbico continuado corresponde ao consenso na literatura na área de fisiologia do exercício para se obter alterações fisiológicas com ganhos na saúde (Garber et al., 2011; IPAQ, 2005).

recomendação de atividade física considerada (Brasil and Ministério da Saúde, 2017; IBGE, 2014).

A Organização Mundial da Saúde publicou documento no ano de 2010 (WHO, 2010) consolidando recomendações de atividade física para manutenção da saúde para crianças e jovens, adultos e idosos, estabelecendo as bases para que os países possam direcionar políticas públicas na área da saúde, revertendo o quadro preocupante de aumento nas doenças crônicas não transmissíveis (WHO, 2010).

A recomendação da prática de atividades físicas cotidianamente nos diversos domínios visa melhora no condicionamento muscular e cardiovascular, saúde óssea e redução no risco de doenças crônicas não-transmissíveis e depressão (WHO, 2010). Para adultos entre 18 e 64 anos de idade, a recomendação é de pelo menos 150 minutos de atividade física aeróbia de intensidade moderada na semana, ou pelo menos 75 minutos de atividade física aeróbia de intensidade vigorosa na semana, ou a combinação de ambas; considerando que a “sessão” de atividade física tenha ao menos 10 minutos de duração¹⁶ (WHO, 2010). Complementa ainda com a necessidade do treinamento resistido, para manutenção do condicionamento muscular dentre outros benefícios, movimentando grandes grupos musculares em pelo menos 2 dias na semana (WHO, 2010).

2.3.2 Epidemiologia da atividade física

A atividade física insuficiente é o quarto principal fator de risco para a mortalidade global (6% das mortes), atrás de pressão arterial elevada (13%), consumo de tabaco (9%) e glicemia elevada (6%)¹⁷ (WHO, 2009), contribuindo com cerca de 3,2 milhões de mortes a cada ano e com 69,3 milhões de casos no indicador de anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (DALY) no mundo (WHO, 2009). Os adultos classificados como insuficientemente ativos fisicamente têm um risco aumentado de 20 a 30% na mortalidade considerando todas as causas em comparação com aqueles que atingem o recomendado pela Organização Mundial da Saúde (Garber et al., 2011; WHO, 2010).

16 A recomendação da OMS agrega ainda a recomendação para obtenção de benefícios adicionais na saúde, aumentando o tempo de atividade física aeróbia para 300 minutos/semana de intensidade moderada ou 150 minutos/semana de intensidade vigorosa ou combinação de ambas intensidades (WHO, 2010).

17 Excesso de peso é responsável por 5% das mortes anualmente no mundo (WHO, 2010).

Estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam prevalências de atividade física insuficiente em 23,3% na população no mundo, 32,4% nas Américas e 27,8% no Brasil (WHO, 2015), com mulheres e as pessoas mais idosas sendo menos ativas fisicamente que os homens e mais jovens, respectivamente (Haskell et al., 2007; WHO, 2015).

Dois inquéritos de abrangência nacional que mensuraram a inatividade física na população brasileira nos anos de 2013 e 2016, respectivamente, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) (IBGE, 2014) e a Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) (Brasil and Ministério da Saúde, 2017) indicaram a prevalência maiores que as apontadas pela OMS, para atividade física insuficiente em 46% e 45,1%, respectivamente, da população brasileira em geral, com as mulheres sendo frequentes que os homens considerando a prevalência de atividade física insuficiente (Brasil and Ministério da Saúde, 2017; IBGE, 2014).

Adultos que são insuficientemente ativos fisicamente apresentam maior risco de mortalidade por todas as causas comparados com aqueles que atingem a recomendação mínima de atividade física para a saúde (Garber et al., 2011; Gonzalez et al., 2017; Lee et al., 2012; WHO, 2010). A atividade física insuficiente aumenta o risco de algumas condições adversas na saúde, em especial na ocorrência de doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) tais como doença coronariana, diabetes tipo 2, alguns tipos de câncer e também na redução na expectativa de vida (GONZALEZ; FUENTES; MARQUEZ, 2017; LEE et al., 2012).

Associado à morbidade e mortalidade da atividade física insuficiente na população estão os gastos com saúde, que para o ano de 2013 no mundo foram estimados (Ding et al., 2016) na ordem de INT\$¹⁸ 53,8 bilhões, dos quais INT\$ 31,2 bilhões foram pagos pelo setor público, INT\$ 12,9 bilhões pelo setor privado e INT\$ 9,7 bilhões pelas famílias (Ding et al., 2016). No mundo, estima-se que as mortes relacionadas à atividade física insuficiente custem em torno de INT\$ 13,7 bilhões em termos de perdas em produtividade (Ding et al., 2016). No Brasil, os gastos estimados no ano de 2013 atribu-

¹⁸ *International \$* se trata de um valor convertido com base no conceito de paridade de poder de compra (*purchasing power parity*), que possibilita a comparação de carga econômica entre países com moedas e realidades econômicas distintas.

íveis à inatividade física foram de mais de R\$ 275,6 bilhões, respondendo por 15% do total de internações hospitalares em pessoas maiores de 40 anos de idade, conforme análise dos registros no Sistema Único de Saúde, considerando as doenças crônicas avaliadas¹⁹ (Bielemann et al., 2015).

Algumas revisões têm sido produzidas sobre níveis populacionais de atividade física, em diferentes contextos, e seus determinantes (Bauman et al., 2012, 2002; McCormack and Shiell, 2011; Trost et al., 2002). Abordagens ecológicas parecem oferecer as melhores explicações sobre os determinantes e fatores de risco associados à inatividade física, pois avança do ponto de vista exclusivamente focado no nível individual e passa a considerar as relações estabelecidas com o ambiente social e físico (Bauman et al., 2012). A visão ecológica, ao considerar diversos determinantes em diferentes contextos, possibilita a ação em diferentes níveis para o direcionamento de ações na promoção da atividade física populacional (Bauman et al., 2012).

Como variáveis individuais e sociais associadas à atividade física total em países em desenvolvimento, estudo de revisão sistemática demonstrou associação positiva para homens, jovens, de classe socioeconômica mais favorável, que relataram participação anterior em programa de atividade física e que apresentavam maior suporte social (Bauman et al., 2012). Abuso de drogas, condição prévia de hipertensão ou depressão apresentaram associação negativa com atividade física total. Padrões específicos de países como China e leste asiático, como o aumento da atividade física após a aposentadoria e variações na direção da associação (positiva ou negativa) conforme a classificação de renda do país (renda média ou baixa) foi citada (Bauman et al., 2012).

As variáveis ambientais associadas à atividade física são geralmente pensadas em relação a algum dos domínios da atividade física, em especial nos domínios de lazer e deslocamento (Bauman et al., 2012). Na população adulta estudos de revisão sistemática têm destacado aspectos ambientais como *walkability* (constructo relacionado à possibilidade dos residentes caminharem do domicílio a lugares próximos), presença de comércio nas proximidades

¹⁹ A pesquisa considerou os gastos com internações hospitalares no ano de 2013 para câncer, doenças do aparelho circulatório, diabetes e osteoporose

da residência (McCormack and Shiell, 2011) e conectividade das ruas (o fato das ruas serem conectadas, com cruzamentos, por exemplo) para a atividade física de deslocamento (Bauman et al., 2012). Existência de calçadas, vias com trânsito de carros menos intenso, estética (arborização e beleza do local), segurança e proximidade de infraestrutura de lazer e esporte foram características ambientais ligadas à atividade física no lazer (Bauman et al., 2012).

Estudos têm demonstrado o incremento da inatividade física na população brasileira (Hallal et al., 2014). Dentre os determinantes associados à prevalência da atividade física insuficiente no Brasil, estudos têm encontrado associações positivas com idade, sexo feminino, menor escolaridade, (Hallal et al., 2014, 2003), insatisfação com a imagem corporal (Pitanga et al., 2017) e associações negativas com auto avaliação da saúde boa (Hallal et al., 2003). Renda tende a apresentar associação positiva com atividade física insuficiente quando considerado o sexo masculino (Hallal et al., 2003). Para as mulheres, baixa escolaridade apresenta associação negativa com atividade física no lazer (Hallal et al., 2003; Carlos A. Monteiro et al., 2003).

Entre as barreiras pessoais para a prática de atividade física no domínio do lazer, estudos tem encontrado associação com falta de tempo, desinteresse pelo exercício físico, sentir-se muito cansado (Reichert et al., 2007; Silva et al., 2016), falta de companhia para exercitar-se e falta de dinheiro para engajar em algum tipo de exercício físico pago (Reichert et al., 2007), obrigações complementares após o trabalho (Silva et al., 2016).

Na compreensão do fenômeno da inatividade física conforme o modelo de determinantes sociais em saúde (Buss and Pellegrini Filho, 2007), as características do ambiente influenciam na atividade física cotidiana, facilitando ou dificultando a realização de atividade física, em especial nos domínios de transporte e lazer (McCormack and Shiell, 2011). Associações positivas foram encontradas para a boa qualidade das calçadas (*walkability*) (Pitanga et al., 2017), existência de parques e estrutura para lazer próximos da residência (Chan and Woo, 2010), residência próxima de centros comerciais (McCormack and Shiell, 2011). Espalhamento urbano (distâncias excessivas da residência para os destinos mais comuns), inseguran-

ça na vizinhança seriam determinantes com associação negativa na atividade física nos domínios de deslocamento e lazer (McCormack and Shiell, 2011).

2.3.3 A inatividade física em povos indígenas

A transição nutricional tem sido observada em populações indígenas no Brasil, mesmo as que residem em área rural (Cardoso et al., 2005; Lourenço et al., 2008; Oliveira et al., 2011; Welch et al., 2009). Pouca informação sobre prevalência de inatividade física em populações indígenas existe no Brasil (Lucena et al., 2016).

Um estudo com os indígenas Xavante nos anos de 1990, no Mato Grosso, propôs a análise qualitativa das atividades de subsistência, que incluem, naturalmente a realização de atividade física (Gugelmin and Santos, 2001). O estudo utilizou a metodologia de alocação do tempo para caracterizar as atividades cotidianas e, embora não tivesse a intenção de gerar indicadores precisos sobre o nível de atividade física na população gerou interessantes reflexões na questão da transição nutricional, com redução nos níveis de atividade física nesta população indígena. Ao comparar duas aldeias da mesma etnia, mas em contextos de proximidade e dependência (financeira, inclusive) da sociedade não-indígena, identificou padrões de inatividade física associados a perfis de excesso de peso mais pronunciados na aldeia que se encontrava mais próxima da área urbana mais próxima, aldeia São José (Gugelmin and Santos, 2001).

Menor disponibilidade de recursos naturais (caça, pesca, mata para coleta), o acesso a renda e remuneração mais presente, o maior número de ausências da aldeia e visitas à sociedade não-indígena, o fato de estar empregado, são fatores que podem relacionar-se ao menor engajamento nas atividades de subsistência, e menor nível de atividade física, observado na aldeia São José, associado a fatores contextuais, como proximidade da cidade e acesso à energia elétrica (Gugelmin and Santos, 2001). O estudo de Gugelmin e Santos (2001) é importante pois ilustra o fenômeno da transição nutricional possibilitando a comparação de contextos em transição rural-urbano em população indígena.

Um estudo realizado entre os anos de 2010 e 2011 com indígenas da etnia Khisêdjê no Parque Indígena do Xingú, no estado do

Mato Grosso, investigou a associação da síndrome metabólica com a aptidão física e número de passos por dia (Santos et al., 2012). A classificação do nível de atividade física na população pesquisada ocorreu pela contagem dos passos no dia através do pedômetro, considerando a recomendação de 10.000 passos/dia, e revelou que 19,7% da população não atingiu a recomendação, com maior percentual (diferença não estatisticamente significativa) de mulheres nesta situação (Santos et al., 2012). No agregado dos testes de aptidão física considerados, 53% da população alcançou resultados satisfatórios em três dos quatro testes conduzidos (Santos et al., 2012).

Observa-se que além da pouca quantidade de estudos que mensuraram o nível de atividade física em populações indígenas no Brasil, diferentes metodologias que são pouco utilizadas nas pesquisas epidemiológicas em atividade física e saúde pública, no Brasil e no mundo, foram utilizadas (Hallal and Florindo, 2011), o que dificulta o diálogo e comparação com outras populações. O próprio contexto rural das pesquisas, com populações indígenas residindo em terras indígenas é um fator importante a ser considerado (Leite et al., 2007a; Lucena et al., 2016), colocando particularidades próprias e cuidados na comparação dos dados. Sabe-se entretanto, de dois estudos, um publicado e o outro ainda não publicado que propuseram a utilização do IPAQ para mensuração da atividade física em população indígena em área rural (Lucena et al., 2016) e urbana (Toledo, 2013).

Estudo realizado com os índios Xavante, no estado do Mato Grosso, no ano de 2011, aplicando uma versão adaptada do IPAQ (versão curta), identificou uma prevalência de inatividade física de 17,5% na população estudada (Lucena et al., 2016), com prevalência maior para os homens. No estudo, idade mais avançada (após os 60 anos de idade) e pessoas residentes em um domicílio com aparelho de televisão foram variáveis significativamente associadas à inatividade física. A aplicação do instrumento para medição do nível de atividade física (questionário IPAQ) em populações indígenas vivendo em um contexto rural, entretanto, é tomada com ressalvas no estudo (Lucena et al., 2016).

Embora não se conheça ainda estudos publicados no Brasil relativos à transição nutricional em população indígena residindo

em área urbana, uma tese de doutorado ainda não publicada, investigou os fatores de risco para doença cardiovascular em uma amostra da população Sateré-Mawé residente na cidade de Manaus²⁰ (Toledo, 2013). O estudo objetivou comparar os fatores de risco conforme as categorias de cor/raça e etnicidade, comparando os Sateré-Mawé, indígenas Rio-Negrinos²¹, brancos e pardos/pretos. Embora a atividade física tenha sido mensurada através do IPAQ versão curta, o nível de atividade física não foi considerado como variável dependente e, portanto, não é possível saber as variáveis associadas. Prevalências de atividade física insuficiente nos indígenas Sateré-Mawé pesquisados foi a menor entre os grupos, 18%, menor inclusive que a apresentada por brancos (54,1%) (Toledo, 2013).

Em países como Austrália, Canadá, Nova Zelândia e Estados Unidos, diversos estudos já tratam da temática da inatividade física em populações indígenas, incluindo as que residem em área urbana, sendo esta a realidade mais presente nestes países (Duncan et al., 2014; Gray et al., 2013; Kirby et al., 2007; Lo et al., 2015; Macniven et al., 2016; Tang et al., 2016; Vanden Heuvel et al., 2015).

Estudo na Austrália investigando a influência do ambiente construído da vizinhança e o suporte para a prática de atividades físicas em população adulta mostrou prevalências menores de atividade física em aborígenes quando comparados aos não aborígenes (Macniven et al., 2016). As características do ambiente construído associadas à atividade física (*walkability*, segurança, proximidade de comércio) e o suporte social eram menores para a população aborígine, não obstante relatarem receber maior frequência de recomendação de atividade física por parte da equipe de saúde (Macniven et al., 2016).

Estudo seccional conduzido em 3 reservas indígenas nos Estados Unidos investigou a influência da identidade cultural, captada através da língua falada no domicílio, no nível de atividade física total e na atividade física de lazer (Duncan et al., 2014). O bilinguismo (pessoas que falavam a língua indígena e o inglês) foi associado a uma maior chance de ser fisicamente ativo, em comparação com

20 Disponível no sítio eletrônico: <<https://alsafi.ead.unesp.br/handle/11449/108394>>. Acesso em: 14/02/2018.

21 Composta pelo agregado de algumas etnias indígenas provenientes da região do Rio Negro (noroeste do estado do Amazonas) e que reconhecidamente possuem comunidades que residem na cidade de Manaus, como os Tukano, Baré, Desana, Tariano, Tuyuca, Piratapuia, Arapaso (Toledo, 2013).

os grupos que falavam uma só língua, seja o somente o inglês ou somente a língua indígena (Duncan et al., 2014). A possibilidade dos sujeitos bilíngues em transitar entre as culturas, captando para si as informações relacionadas a um modo de vida saudável foi sugerido como responsável por este resultado observado (Duncan et al., 2014).

Revisão sistemática sobre dieta e atividade física em população *Inuit* no Canadá identificou estar em curso modificações no estilo de vida e na alimentação – com a troca de alimentos tradicionais e com a redução na atividade física relacionada ao seu preparo/obtenção – caminhando para o processo de transição nutricional (Akande et al., 2015). Tal realidade foi observada em especial na parcela da população com maior desvantagem socioeconômica, sendo também registrado o elevado consumo de alimentos industrializados de alta densidade calórica e pouco valor nutricional, em especial nos mais jovens (Akande et al., 2015).

A discussão sobre atividade física em países como Austrália e Canadá tem ido além do reconhecimento sobre os determinantes sociais em saúde classicamente mensuráveis. A atuação de pesquisadores indígenas, dentre outros fatores, tem levado ao reconhecimento da necessidade de se incluir elementos da identidade cultural na própria recomendação de atividade física nas populações indígenas no Canadá e Austrália (Gray et al., 2013). Atividades físicas com valor cultural e étnico podem ser estimulantes na promoção da atividade física para a saúde nestas populações, indo adiante e sugerindo outro paradigma de saúde (mais holístico) e de recomendações para atividade física (Gray et al., 2013; Kirby et al., 2007; Tang et al., 2016).

Cita-se como exemplo algumas barreiras para a prática de atividade física, que foram citadas por homens adultos Maori na Nova Zelândia, tais como a falta de atividades físicas e oportunidades de movimento que proponham um trabalho integrado com seus pares (companheirismo), que respeite e que seja focado nas pessoas, e que promova a cooperação entre os participantes, remetendo a uma noção de coletividade Maori (Warbrick et al., 2016). O ambiente próprio das academias de ginástica prejudicou a aderência dos homens Maori a estas atividades, sendo citadas como barreiras também, as tarefas modernas tais como “falta de tempo” e responsabilidades familiares (Warbrick et al., 2016).

No contexto sul americano, registramos dois estudos sobre atividade física realizados, porém, com populações indígenas residindo em área rural (Gurven et al., 2013; Madimenos et al., 2011). Em estudo longitudinal com população indígena Tsimane na Bolívia, residindo em contexto rural e com pouca dependência da economia de mercado (Gurven et al., 2013), foi observado através de acelerometria, níveis de atividade física maiores que o de populações urbanizadas, sendo achado condizente com o fato de serem uma sociedade baseada em economia de subsistência (Gurven et al., 2013). O estudo investigou também a relação de variáveis étnicas ligadas à “modernização”, mensuradas através da região geográfica de residência do indivíduo (proximidade de centros urbanos), se este falava o espanhol e o maior grau de estudo alcançado; porém não encontrou associação significativa entre “modernização” e a atividade física, embora os indivíduos que residiam mais próximos de áreas urbanizadas apresentaram menor nível de atividade física, quando comparados aos que habitavam mais distante (Gurven et al., 2013).

Outro estudo que utilizou acelerometria, foi realizado no Equador com população Shuar (Madimenos et al., 2011) – sociedade indígena baseada na subsistência mas com crescente entrada na economia de mercado – e encontrou níveis de atividade física menores que em outras populações indígenas com economia de subsistência. A pesquisa demonstrou padrões de atividade física variáveis conforme o sexo, com as mulheres apresentando nível de atividade física menor que os homens (Madimenos et al., 2011). O estudo apontou também que em maridos com esposas grávidas a atividade física era maior, indicando aumento no nível de atividades físicas exercidas pelo marido para compensar os requerimentos energéticos maiores da companheira gestante (Madimenos et al., 2011).

2.4 INDÍGENAS RESIDINDO EM ÁREAS URBANAS: A PARTICIPAÇÃO NA ECONOMIA DE MERCADO E REFLEXOS NA SAÚDE

Dados do Censo Demográfico de 2010 (IBGE, 2010a) apontam um total de 896.917 indígenas contabilizados no Brasil (aproximadamente 0,4% da população total do país), destes, 379.534

viviam fora de terra indígena (correspondente a 42,3% do total). Do total registrado no Censo para a população indígena brasileira, 36,2% desta residia em área urbana e 63,8% na rural (IBGE, 2010a).

A presença dos indígenas nos centros urbanos está registrada desde os Censos Demográficos de 1991 e de 2000, porém, o Censo de 2010 (IBGE, 2010a) traz informações sobre etnia e língua indígena falada, enriquecendo as possibilidades de análise e proporcionando visibilidade à diversidade étnica dos indígenas nas regiões brasileiras. A captação da informação sobre etnia no Censo Demográfico de 2010 (IBGE, 2010a) pode também ter contribuído com uma pequena redução observada na população indígena no período intercensitário entre os anos de 2000 a 2010 no Brasil, reduzindo de 383 mil para 315 mil indivíduos (Santos and Teixeira, 2011).

A migração de indígenas das áreas rurais (incluindo as terras indígenas) em direção aos centros urbanos é um fenômeno cada vez mais frequente, decorrente, dentre outros “(...) da absorção do indígena nos mercados regionais, de deslocamentos devido a conflitos por terra e da insuficiente infraestrutura e disponibilidade de serviços essenciais (como saúde e educação nas terras indígenas)” (Coimbra Jr. and Santos, 2000, p. 127). Parece existir ainda, no nível individual psicológico, o fascínio pelos bens industrializados, favorecendo também a entrada de indígenas na economia de mercado (Godoy et al., 2005b).

A migração para a cidade, entretanto, vem acompanhada pela realidade de precarização dos indígenas migrantes, sujeitos à inserção periférica, a condições precárias de vida e à discriminação (Coimbra Jr. and Santos, 2000). Estudo de Botelho e Weigel (2011), analisando uma comunidade Sateré-Mawé na cidade de Manaus relata condições peri-domiciliares precárias.

Entretanto, complexidades no contexto podem existir, como por exemplo, estudo comparando condições peri-domiciliares de indígenas de diversas etnias e não-indígenas na cidade de Manaus (Mainbourg et al., 2006), apresentou vantagem em alguns indicadores para indígenas da etnia Sateré-Mawé, mesmo quando comparados com os não-indígenas. O estudo atribuiu a vantagem observada por ser uma etnia com maior tempo de estabelecimento na cidade, comparada com os indígenas do Rio negro, por exemplo (Main-

bourg et al., 2006). Cabe ressaltar que ambas pesquisas (Botelho and Weigel, 2011; Mainbourg et al., 2006) realizaram a amostragem por conveniência, não abrangendo, portanto o universo da população indígena Sateré-Mawé residente na cidade de Manaus.

Residir em área urbana nas cidades proporciona um aumento na intensidade do contato com a sociedade não indígena e com a economia de mercado, não significando necessariamente uma relação de adaptação completa e/ou harmônica às normas e convenções da sociedade não-indígena. Os conceitos de mercado e aculturação²² em populações indígenas já foram pensados de diferentes formas, seja como prejudiciais, benéficos ou mesmo com efeito ambíguo (dependendo do contexto de entrada no mercado) na saúde destas populações (Godoy and Cárdenas, 2000). Propomos aqui a discussão sobre estas temáticas, sendo importante para as discussões que realizamos na presente pesquisa.

É importante iniciar pela diferenciação entre os conceitos de economia de mercado e aculturação que, embora sejam ambos conceitos interligados, apresentam diferenças inclusive na forma de análise e nos efeitos na saúde em populações indígenas (Godoy et al., 2005a; Godoy and Cárdenas, 2000).

Participação no mercado refere-se à divisão dos ganhos monetários e o valor que é recebido pela troca de bens com pessoas externas à comunidade (Godoy et al., 2005a). Em linhas gerais a participação no mercado é captada pela informação sobre renda recebida por produtos, pelo dinheiro emprestado de terceiros e pela distância da comunidade para a cidade (área urbana) mais próxima (Godoy et al., 2005a).

Outras formas existem para mensurar a participação na economia de mercado. Em estudo com populações indígenas na Amazônia Boliviana, a integração ao mercado foi identificada pelo agregado das informações sobre recebimento de salário, dias trabalhados com

22 Embora o conceito de “aculturação” seja controverso, com resistências no campo de conhecimento das ciências sociais e da antropologia, é um termo ainda utilizado em pesquisas na área da psicologia. O termo *acculturation* faz parte dos descritores da PubMed (MeSH, Medical Subject Headings) e “aculturação” consta na Biblioteca Virtual em Saúde (DeCS, Descritores em Ciências da Saúde) como um “Processo de mudança cultural no qual um grupo ou membros de um grupo assimilam vários padrões culturais de outros” (Disponível em: <<http://decs.bvs.br/>>, acesso em: 05/05/2018). Uma pesquisa rápida pelo termo “acculturation” em títulos ou resumos na base PubMed retorna 4899 registros, sendo o mais recente do ano corrente, de 2018. (Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>>. Acesso em: 05/05/2018).

remuneração, renda obtida da venda de produtos da agricultura, uso de implementos e produtos químicos na lavoura, distância da comunidade para a cidade e pela presença (ou não) de escritórios governamentais e de equipe médica na comunidade analisada (Godoy and Cárdenas, 2000).

Uma revisão de literatura considerando populações indígenas no mundo (Godoy et al., 2005a), investigou a entrada do indígena na economia de mercado e as consequências para o bem-estar destas populações. A participação da população indígena na economia de mercado pareceu em alguns casos piorar o bem-estar comunitário, causando a erosão do capital social²³, através da promoção da diferenciação social. Nestes casos, foram gerados desconfiança e conflitos entre grupos familiares, acarretando maior vulnerabilidade econômica (Godoy et al., 2005a).

Alterações nas formas de relacionamento com a terra, no plantio, na colheita, na divisão do trabalho, no uso da terra e no desejo de aquisição de bens de consumo foram observados em sociedade indígena Machiguenga, nos Andes Peruanos, que estava em processo de integração na economia de mercado (Henrich, 1997).

Godoy e colaboradores (Godoy et al., 2005a) sugeriram que o acesso à renda por si só não garante melhorias no bem-estar dos indígenas inseridos na economia de mercado, tendo em vista que a renda pode ser utilizada para comprar supérfluos ao invés de alimentos e insumos necessários à manutenção da saúde. Já quando o acesso à renda vem acompanhado de melhorias nas condições de vida (infraestrutura física) e com a garantia do acesso à informação sobre saúde, relaciona-se, então, com melhorias efetivas no bem-estar das populações indígenas em contato com a economia de mercado (Godoy et al., 2005a). Estudo mais localizado, com populações indígenas na Bolívia, mostrou que a entrada na economia de mercado, quando considerada isoladamente, não exerceu efeito significativo na saúde (Godoy and Cárdenas, 2000).

Relativo ao etnoconhecimento tradicional, a integração dos indígenas na economia de mercado pela comercialização de pro-

23 “(...) *Social capital refers to trusts, safety nets, and institutions that enable people to act collectively. In preindustrial societies, social capital consists of informal institutions (e.g., giftgiving) (...), whereas in industrial societies social capital consists of participation in formal civic institutions*” (Godoy et al., 2005a, p. 128).

duto com valor étnico-cultural agregado fortaleceu a aquisição do conhecimento ecológico tradicional associado ao produto (Godoy et al., 2005a; Guest, 2002). Em compensação quando a integração ocorria pela comercialização de outros produtos não-tradicionais, o conhecimento ecológico era menor (Godoy et al., 2005a).

O conceito de aculturação é bastante controverso na antropologia (Broesch and Hadley, 2012). Um dos primeiros entendimentos sobre aculturação na antropologia deu-se na aproximação com a sociologia, a fim de estudar as populações indígenas e minorias constituídas por migrantes que residiam nas cidades (Beals, 1951). Aculturação é um conceito utilizado no campo das ciências sociais por diferentes áreas de conhecimento, possuindo diferentes entendimentos (Thomson and Hoffman-Goetz, 2009). Optamos pelo entendimento de aculturação como um processo complexo de difusão cultural entre dois (ou mais) grupos sociais em contato, no sentido de produzir uma crescente similaridade linguística e cultural entre estes grupos (Rumbaut, 2015).

Embora diferentes métodos existam para a mensuração da aculturação em populações indígenas, a aquisição de habilidades linguísticas, de atitudes (escolaridade, por exemplo) e de valores da sociedade envolvente não-indígena (Godoy et al., 2005a) são sugeridas como variáveis indicativas de aculturação. Estudo com os Tsimane na Bolívia, por exemplo, considerou aculturação a partir de duas variáveis: domínio da língua espanhola e escolaridade (Zeng et al., 2013).

Muitos estudos buscam a associação entre aculturação e alguns desfechos em saúde, pesquisando geralmente minorias que emigraram de outros países. Um estudo, por exemplo, identificou nos Estados Unidos que imigrantes latinos não-mexicanos e que foram classificados como “mais” aculturados (considerando o local de nascimento, os anos residindo nos Estados Unidos e a língua falada no domicílio), apresentaram risco maior de desenvolverem diabetes tipo 2 (Kandula et al., 2008). Entretanto, falta clareza sobre a associação entre aculturação e saúde, com estudos apresentando resultados conflitantes entre si, seja pela imprecisão no conceito de aculturação ou pelas diferentes formas como é mensurado nos estudos epidemiológicos (Fox et al., 2017).

Estudo de revisão sistemática (Godoy et al., 2005a) considerou ambíguos os efeitos da integração à economia de mercado na saúde de populações indígenas, sendo necessário considerar além da renda, o conhecimento sobre saúde de forma a direcionar as escolhas saudáveis, na alimentação e estilo de vida, por exemplo. Estudos em países desenvolvidos apontaram que a maior “aculturação”, mensurada pela habilidade de imigrantes de outros países em falar a língua local, esteve associada a um melhor estado de saúde (Alkerwi et al., 2012; Todorova et al., 2013). Já um estudo com população indígena no Peru que migrou da situação rural para a urbana, vivendo em Lima, indicou associação da “aculturação” com a presença do excesso de peso (Bernabe-Ortiz et al., 2010), a saber, as variáveis: maior tempo de residência na cidade e falar bem o espanhol (em oposição à língua indígena Quéchua).

Aculturação, mensurado pela proficiência na língua norueguesa teve efeito de atenuação nas diferenças iniciais entre índice de massa corporal (IMC) observada entre os imigrantes (de várias nacionalidades) e os noruegueses, embora o tempo de residência não tenha exercido efeito no IMC (Iversen et al., 2013). Já dois estudos realizados com população migrante da área rural para a urbana no Peru (PERU MIGRANT study) encontrou associação entre o tempo de residência na cidade (Antiporta et al., 2016), além da situação socioeconômica desfavorável (Hilmers et al., 2016), com aumento na prevalência de obesidade (Antiporta et al., 2016).

Um estudo com população latina de origem mexicana residindo nos Estados Unidos (Barger and Gallo, 2008), propôs a mensuração de fatores de risco modificáveis para doenças crônicas tais como excesso de peso e tabagismo, comparando os que nasceram no país e os que lá residiam após terem emigrado. O estudo encontrou menor chance de excesso de peso no grupo dos que emigraram para os Estados Unidos, porém, o efeito protetor diminuía conforme o passar do tempo na cidade.

Outro estudo com população peruana migrante da área rural para a urbana (PERU MIGRANT study), quando pesquisadas as prevalências de excesso de peso e de inatividade física, observou-se um gradiente crescente de excesso de peso (Carrillo-Larco et al., 2016) e de inatividade física, com prevalências mais baixas sendo

observado na população rural, prevalências intermediárias na população que emigrou para a área urbana, e as maiores prevalências em ambos desfechos na população que sempre morou em área urbana (Creber et al., 2010).

Estudo de revisão sistemática reforçou a ideia de que a dieta tradicional se deteriora conforme a maior aculturação em imigrantes latinos nos Estados Unidos, apoiando-se nos achados de diferentes estudos que demonstraram que migrantes “menos” aculturados (aculturação mensurada de diferentes formas), em geral, consumiam mais frutas, arroz, feijão e menos açúcar, além de ingerirem menos bebidas adoçadas artificialmente que aqueles imigrantes “mais” aculturados (Ayala et al., 2008). Pesquisa com mulheres residentes nos Estados Unidos sobre o local de nascimento e a relação com consumo alimentar de gordura, fibras e vegetais encontrou que mulheres naturais do México consumiam mais fibras e frutas e menos gorduras na dieta que aquelas mulheres latinas que nasceram nos Estados Unidos (Montez and Eschbach, 2008).

Com relação ao efeito geracional da aculturação nos desfechos em saúde, estudo com população portuguesa imigrante em Luxemburgo identificou maior prevalência de excesso de peso na primeira geração de imigrantes portugueses, quando comparados com a segunda geração, sendo que, no geral, os imigrantes portugueses constituíam uma população que apresentava maior prevalência de excesso de peso que a população nativa de Luxemburgo (Alkerwi et al., 2012).

CAPÍTULO 3

OS SATERÉ-MAWÉ EM PARINTINS: PANORAMA HISTÓRICO, SOCIOECONÔMICO E DEMOGRÁFICO

Os Sateré-Mawé constituem uma etnia indígena bastante numerosa considerando as demais etnias existentes no Brasil, possuem uma terra indígena demarcada, localizada próximo ao município de Parintins. São também uma etnia de contato com os não-indígenas bastante duradouro, datando de meados do século XVII, notadamente famosos pela domesticação do guaraná, fruto de forte caráter identitário para a etnia. No presente capítulo forneceremos um panorama a partir de pesquisas e estudos já publicados sobre aspectos históricos, demográficos, socioeconômicos e territoriais próprios dos Sateré-Mawé, de forma a melhor contextualizar as informações geradas com esta população na cidade de Parintins que serão abordadas no próximo capítulo.

3.1 HISTÓRIA, SOCIEDADE E CULTURA

Conforme a tradição oral dos Sateré-Mawé, em tempos imemoriais estes habitavam o vasto território delimitado ao norte pelas ilhas Tupinambaranas (onde localiza-se a cidade de Parintins, no Amazonas) e ao sul, pela cabeceira do rio Tapajós (Lorenz, 2015). Os Sateré-Mawé são identificados como pertencentes à área cultural dos rios Tapajós-Madeira²⁴ (Botelho and Weigel, 2011), na região do médio rio Amazonas, divisa dos estados do Amazonas com o Pará.

Compõem à família linguística Mawé e integram o tronco linguístico Tupi (Brasil et al., 2012; Lorenz, 1992). São chamados regionalmente “Mawés”, no entanto se autodenominam Sateré-Mawé²⁵ (Lorenz, 1992). O primeiro nome (Sateré) tem origens na es-

24 Botelho e Weigel (2011) fazem referência aqui a uma das 11 áreas culturais originalmente delimitadas pelo antropólogo Eduardo Galvão em seu livro “Índios do Brasil, áreas culturais e áreas de subsistência” (publicado no ano de 1973 em Salvador, Bahia pelo Centro Editorial e Didático da Universidade Federal da Bahia).

25 Botelho e Weigel (2011) relatam outras denominações que os Sateré-Mawé receberam

trutura social clânica, quer dizer “lagarta de fogo” e é o clã mais importante dentre os que compõem esta sociedade, porque indica tradicionalmente a linha sucessória dos *tuxauas* (ou *tui’sa*, palavras semelhantes que designam chefe político). O segundo nome (Mawé) quer dizer “papagaio inteligente e curioso”, e não é designação clânica²⁶ (Lorenz, 1992).

Os Sateré-Mawé estão em contato com a sociedade não indígena pelo menos desde o século XVII (Botelho and Weigel, 2011), com registros que datam do ano de 1626²⁷. Porém, é no ano de 1669 que se inicia o trabalho missionário católico de jesuítas portugueses (Botelho and Weigel, 2011; ISA, 2000) instalando a Missão Tupinambarana nos limites do território deste povo e, desde então, diversas missões jesuíticas foram estabelecidas no território dos Mawés. Após a expulsão da ordem dos jesuítas dos territórios portugueses, bem como de suas colônias (incluindo o que hoje conhecemos como Brasil) em meados do séc. XVIII, o trabalho missionário foi abandonado, porém retomado posteriormente por outras ordens religiosas católicas tais como os Beneditinos e Capuchinhos (Leacock, 1964).

Diversos estudos, em especial de caráter etnográfico, têm sido conduzidos com os Sateré-Mawé desde meados do século XIX. Leacock (1964) cita que em 1820, Martius conduziu estudo etnográfico em uma Missão religiosa católica no rio Maués-Açú. Há registro de contatos breves do etnólogo Curt Nimuendajú em 1823 com os “Maués” no rio Mariaguã, bem como uma pesquisa etnográfica de Nunes Pereira com os “Maués” nos rios Andirá e Maués-Açú, data da do ano de 1939 (Leacock, 1964). A própria pesquisa de Leacock (Leacock, 1964) realizou-se em 8 meses de campo com os índios “Maués”, entre os anos de 1956 e 1957²⁸.

na história de contato com o elemento colonizador: Maooz, Mabué, Mangués, Jaquezes, Maguases, Magués, Mauris, Maraguá e Magueses.

26 Sobre esta citada estrutura clânica tradicional, Kapfhammer (2004) indica o atual e crescente enfraquecimento desta tradição frente o avanço dos movimentos religiosos na Terra Indígena, em especial os de orientação evangélica.

27 Botelho e Weigel (2011) esclarecem que este primeiro relato de contato foi atribuído a Pedro Teixeira em 1626 e então “(...)pelos jesuítas João Maria, em 1661, e Samuel Fritz, em 1691; e pelo beneditino João de São José, entre 1762 e 1763” (BOTELHO & WEIGEL, 2011, p.725). Botelho e Weigel (2011) coletaram estas informações em: PEREIRA, Nunes. **Os índios Maués**. Manaus: Ed. Valer. 1ª.ed.: 1954. 2003.

28 Uma pesquisa mais recente, de caráter sócio-demográfico bastante completa e aprofundada foi conduzida pelo prof. Pery Teixeira com os Sateré-Mawé entre os anos de 2002 e 2003, tendo sido publicada na íntegra em 2005 (TEIXEIRA, 2005), e que será bastante citada no presente estudo.

O contato dos Sateré-Mawé com a sociedade não-indígena não foi sempre pacífico, existindo relatos de “guerras justas” decretadas em meados do séc. XVII contra os índios Mawés, após a execução de alguns “brancos” (ISA, 2000). Há registros da participação de indígenas desta etnia, juntamente com outras etnias da região dos rios Tapajós-Madeira (Mundurucu e os Mura) e do Rio Negro, na insurreição popular da Cabanagem, que teve início em 1835 e que foi suprimida em meados de 1840. Cabe ressaltar que um dos últimos redutos da Cabanagem, a região onde hoje fica a cidade de Maués (Amazonas), está localizada nas proximidades da Terra Indígena dos Sateré-Mawé (ISA, 2000; Leacock, 1964) e já foi pesquisada por Teixeira (Teixeira, 2005) em seu censo participativo da população Sateré-Mawé.

À parte do contato conflituoso com a sociedade não-indígena, o trabalho religioso conduzido pelas missões em tempos coloniais envolveu os Sateré-Mawé em redes de coleta na mata de produtos do extrativismo, para sua posterior troca ou beneficiamento. Há relatos antigos de redes de “comércio”²⁹ de alguns produtos coletados e/ou preparados pelos índios Mawé, dentre eles o guaraná. Sabe-se de colonos portugueses que em meados de 1690 já eram familiarizados com o consumo do guaraná, utilizado no tratamento da febre (Leacock, 1964).

O guaraná é uma planta que possui importância fundamental na cultura Sateré-Mawé, compondo o mito de origem desta etnia. O guaraná é também transformado e comercializado inclusive para outros países, sendo marcador étnico por excelência para esta etnia (Figueroa, 2016). O *Waraná*, que seria o guaraná originário da terra indígena, produzido conforme procedimentos etnicamente estabelecidos³⁰, geralmente é apresentado em bastão, sendo ralado³¹ e

29 Ao falarmos aqui “comércio” nos referimos ao entendimento da modalidade de escambo, ou seja, a troca de itens produzidos/coletados pelos indígenas tais como bastão de guaraná, óleo de pau-rosa etc. por itens manufaturados trazidos pelos colonos portugueses, tais como tecidos, sal e itens de metal. Leacock (1964) destaca o comércio tradicional de alguns itens provenientes da agricultura, manufaturados ou coletados pelos Mawés, em especial: guaraná, farinha de mandioca, algodão, plumagens, cacau e salsaparrilha.

30 Lorenz (1992) em seu livro descreve de maneira bastante detalhada as etapas de produção do guaraná pelos Sateré-Mawé na terra indígena.

31 O Consórcio de Produtores Sateré-Mawé comercializa o *waraná* já ralado, em pó, o que facilita o processo, não necessitando ralar (geralmente com uma pedra ou mesmo a língua do peixe Pirarucu). No tempo em que estive em campo pude observar que os próprios indígenas que trabalham no Consórcio preferem o guaraná já ralado, sendo comum no trabalho ter uma cuia com o *çapó* pronto para ser tomado.

tomado juntamente com água, é chamado de *çapó*. Trata-se de uma bebida socializante, consumida diversas vezes no decorrer do dia e geralmente sendo partilhada durante as ocasiões de conversa entre os Sateré-Mawé, e mesmo sendo oferecida também aos não-indígenas quando participam da conversa (Figueroa, 2016).

Os Sateré-Mawé são os responsáveis pela domesticação do guaraná a partir de uma trepadeira silvestre (*Paullinia Cupana Kunth*). Através de mitos de origem, se identificam como os “filhos do guaraná” e vinculam a este fruto e seus processos (desde seu plantio, beneficiamento e consumo), complexa organização social e econômica (Lorenz, 1992). O *Waraná* é hoje, um dos principais produtos de exportação comercializado no mercado europeu através de cooperativa própria e que está inserida em uma rede de comércio justo com certificação de origem³² (Figueroa, 2016).

O *Waraná* (em bastão ou em pó) em especial, bem como os óleos de copaíba e de andiroba, o urucum, unha-de-gato, mirantã, crajirú em pó, são alguns dos produtos cultivados e/ou extraídos da terra indígena Sateré-Mawé, transportados em embarcação própria e beneficiados na cooperativa da etnia: o Consórcio de Produtores Sateré-Mawé (ligado ao Conselho Geral da Tribo Sateré-Mawé), sediado na cidade de Parintins (Amazonas). Os produtos são beneficiados seguindo padrões de preparo e periodicamente são renovadas suas certificações internacionais³³ para a continuidade do processo de exportação para o mercado europeu, em especial para a Itália³⁴.

Interessante ressaltar que agregado à pura comercialização do guaraná, a cooperativa põe em prática valores mais avançados pautados no paradigma pós-moderno de comércio justo, na certificação de origem e no respeito à biodiversidade (Figueroa, 2016). A cooperativa no contexto regional alcançou elevado grau de autonomia e dinamicidade, relacionando-se com pesquisadores e instituições

32 Maiores informações em: <<http://www.nusoken.com/>>. Acesso em: 10/10/2017.

33 Maiores informações sobre as certificações podem ser obtidas no sítio eletrônico do Consórcio dos Produtores Sateré-Mawé: <<http://www.nusoken.com/home/certificacoes>>. Acesso em: 14/08/2017.

34 No período de coleta de dados, os dirigentes indígenas que participam da cooperativa estavam trabalhando na documentação que deveria ser viabilizada para renovação de uma das certificações. Na ocasião um dos informantes da pesquisa mostrou, com satisfação, a quantidade de documentos que estava sendo providenciada, orgulhoso do trabalho que estava sendo realizado, em suas palavras “bastante trabalho, mas recompensador”. Diário de campo, Parintins, Amazonas. 11/04/2017.

nacionais e internacionais. Possui propostas ligadas à educação indígena, agroecologia e soberania alimentar³⁵ e, embora esteja sediada na cidade, mantém sua ligação com a terra indígena (Bartoli, 2017).

O contato com representantes indígenas do Consórcio de Produtores Sateré-Mawé foi de fundamental importância para a coleta dos dados na pesquisa, pois foi responsável pelo contato com o Conselho Geral da Tribo Sateré-Mawé. Este contato possibilitou a obtenção do aceite da comunidade (item obrigatório requerido pelo comitê de ética em pesquisa) e viabilizou a indicação de várias residências na cidade de parentes³⁶ Sateré-Mawé.

É importante mencionar o cultivo e beneficiamento da mandioca nas áreas rurais e em terra indígena e a importância para a alimentação na região. Condizente com o relatado por Santos em tese de doutoramento (Santos, 2012), a mandioca beneficiada na forma de farinha³⁷ constitui fonte básica de carboidratos para a população cabocla-ribeirinha em Parintins, compartilhando diversos elementos com a alimentação indígena. Em visita à Terra Indígena Andirá-Marau (dos Sateré-Mawé) é possível constatar a existência de roças familiares de mandioca, plantada para sua subsistência e trocas com outros produtos ou mesmo comercialização na cidade. Cada comunidade geralmente possui fornos comunitários (casa de farinha) e instrumentos próprios (ralador de mandioca, *tipitis* para escorrer a água da raiz de mandioca) para o preparo e torra da farinha.

A farinha consumida em Parintins não é produzida na cidade, sendo adquirida através de redes de comércio com a terra indígena Sateré-Mawé ou mesmo proveniente de outras áreas rurais (Santos, 2012). Um fato que cabe relatar, observado a partir da realização da pesquisa de campo na cidade de Parintins foram os inúmeros relatos de entrevistados que na ocasião de visita à terra indígena, traziam sacos de farinha lá preparada, seja para consumo próprio (maioria

35 Informações sobre os projetos e iniciativas da Cooperativa de Produtores Sateré-Mawé visitar o sítio eletrônico em: <<http://www.nusoken.com/noticias-1>>. Acesso em 14/08/2017.

36 Trata-se do termo em português utilizado pelos indígenas para se referirem aos conhecidos Sateré-Mawé, mesmo que não sejam ligados de alguma forma à família nuclear, conforme utiliza-se nas sociedades ocidentais modernas.

37 Conhecida regionalmente simplesmente como “farinha”, mas conhecida em outros estados como farinha d’água ou farinha grossa, de cor amarela. Esta mesma farinha constitui base na alimentação regional em Parintins seja para o caboclo, ribeirinho e mesmo para aquelas pessoas que habitam na área urbana, fazendo parte de vários pratos da cozinha regional.

dos casos) ou mesmo venda esporádica³⁸. Foi comum também ouvir relatos de famílias que moravam na cidade de Parintins, mas que possuíam roças de mandioca em comunidades da terra indígena com alguns parentes lá morando, indo visita-los algumas vezes no ano, ocasião que auxiliavam também no trabalho da roça³⁹.

3.2 TERRITORIALIDADE, DESLOCAMENTO E DEMOGRAFIA

O processo de demarcação do território indígena Sateré-Mawé iniciou-se no ano de 1978 e deu-se de maneira conflituosa, com ameaças de invasão ao seu território por diferentes atores e em diferentes ocasiões⁴⁰ (Lorenz, 1992). A demarcação foi finalizada em 06 de maio de 1982, com a publicação da respectiva portaria, e a homologação ocorrendo em 07 de agosto de 1986 (Teixeira, 2005).

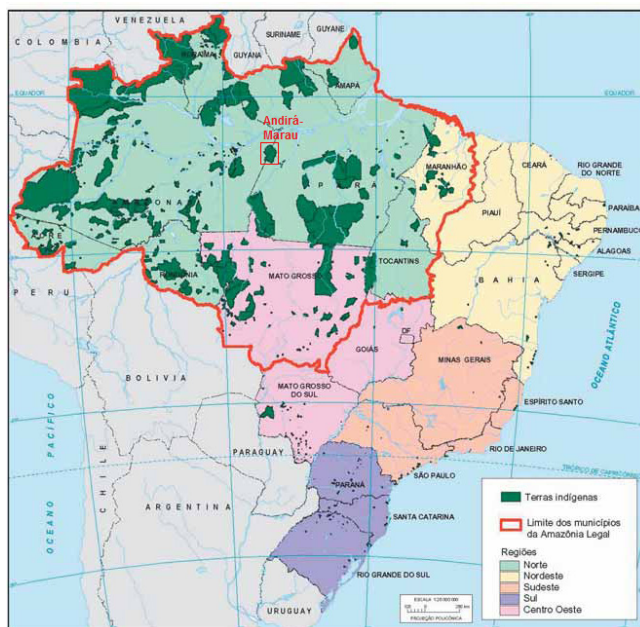
Na figura 1, próxima página, temos o mapa do Brasil com as terras indígenas homologadas (em verde escuro) e limites da Amazônia legal (linha em vermelho escuro), com destaque para a Terra Indígena Andirá Marau.

38 Sobre a importância da farinha para a alimentação e cultura Sateré-Mawé cabe relatar que no processo de coleta de dados, para a identificação dos domicílios apontados como sendo de Sateré-Mawé na cidade de Parintins, tendíamos a nos guiar pelas placas escritas à mão, geralmente colocadas em frente às casas, indicando a venda de farinha. Extraído do diário de campo do pesquisador. Parintins, Amazonas, 27/04/2017.

39 Extraído do diário de campo do pesquisador. Parintins, Amazonas, 19/04/2017.

40 Lorenz (1992) cita no ano de 1980 a possibilidade (não concretizada) de construção de uma rodovia ligando a cidade amazonense de Maués à paraense Itaituba, cortando o que viria a ser a TI Andirá-Marau e, posteriormente, nos anos de 1981 e 1982, novo ataque à futura TI Andirá-Marau, desta vez protagonizado pela empresa petrolífera francesa Elf-Aquitaine, com conivência do Estado brasileiro e da própria FUNAI (LORENZ, 1992). O processo com a empresa francesa teve desfecho favorável aos Sateré-Mawé após recursos a organizações internacionais.

Figura 1: Localização da Terra Indígena Andirá-Marau inserida na área da Amazônia Legal, na divisa entre os estados do Amazonas e Pará. Brasil.



Fonte: Figura cedida pelo professor Pery Teixeira (UFAM).

Os Sateré-Mawé habitam hoje, majoritariamente, a Terra Indígena Andirá-Marau, localizada na divisa leste do estado do Amazonas com o Pará (médio Amazonas), distribuída pelos municípios amazonenses de Maués (148.622 ha), Parintins (30.994 ha) e Barreirinha (143.044 ha), e no estado do Pará pelos municípios de Itaituba (350.615 ha) e Aveiro (115.253 ha), perfazendo o total registrado de 788.528 há (BRASIL et al., s/d; Teixeira, 2005). Conforme dados do Instituto Sócio Ambiental (ISA, 2017, 2000), existem três “terras indígenas” onde residem Sateré-Mawé, sendo, além da Terra Indígena Andirá-Marau, a de Coatá-Laranjal (próximo ao município de Borba, no Amazonas), onde alguns Sateré-Mawé⁴¹ coexistem junto com os Mundurucu⁴², bem como a Aldeia Beija-Flor (próxima ao município

41 Teixeira (2005) em seu censo participativo Sateré-Mawé contabilizou 127 Sateré-Mawé residindo na terra indígena Koatá-Laranjal.

42 Em censo etnodemográfico (TEIXEIRA, 2005) realizado entre os anos de 2003-2004, foram contabilizados 127 Sateré-Mawé na TI Coatá-Laranjal. Já dados mais atuais (porém não tão confiáveis), referentes ao ano de 2013, fornecidos pelo DSEI/Manaus (onde se

amazonense de Rio Preto da Eva), onde vivem aproximadamente 670 indígenas de 12 etnias diferentes (dentre elas, Sateré-Mawé), não sendo, entretanto, terra indígena homologada (ISA, 2017).

Na figura 2 podemos observar a localização da Terra Indígena Andirá-Marau (em azul) sobreposta aos municípios fronteiriços, no estado do Amazonas, evidenciando a localização das cidades sede de cada município (pontos em vermelho) bem como algumas cidades que exercem maior influência no contato com a terra indígena: Manaus (capital do estado), Parintins, Barreirinha e Maués⁴³.

Figura 2: Terra Indígena Andirá-Marau (em azul) sobreposta aos municípios do estado do Amazonas e localização (pontos em vermelho) das principais cidades-sede dos municípios. Amazonas, Brasil.



Fonte: Figura cedida pelo professor Pery Teixeira (UFAM).

Dados do ano de 2017⁴⁴ fornecidos pelo Instituto Sócio Ambiental (ISA) sobre a Terra Indígena (TI) Andirá-Marau indicam es-

localiza a TI em questão) apontam um quantitativo de 338 indígenas Sateré-Mawé habitando nesta TI (MINISTÉRIO, 2013a).

43 A área de influência exercida pela cidade de Borba (indicada na figura 2 indicada) diz respeito à Terra Indígena Koatá-Laranjal, dos Munduruku, mas onde vivem cerca de 127 indígenas Sateré-Mawé (TEIXEIRA, 2005).

44 Notícia mais recente veiculada na página é datada de 10/08/2017: “Comunidades Sateré Mawé vivenciam com frequência problemas sociais”. Fernando Cardoso. Repórter Parintins. Acesso em: 14/08/2017. Disponível em: <<https://terrasindigenas.org.br/pt-br/noticia/152708>>.

tarem em atuação 6 diferentes missões religiosas, sendo 4 de origem evangélica, 1 protestante e 1 católica. Existem ainda 9 organizações indígenas atuando na TI, com perfis de representação de liderança política (tuxauas ou *tui'sas*), associação de professores ou de agentes indígenas de saúde, associações específicas de alguma comunidade, além dos já citados Conselho Geral da Tribo Sateré-Mawé e do Consórcio de Produtores Sateré-Mawé. Existem 3 projetos com enfoque no território, sendo 2 com recursos do PGTA (Plano de Gestão Territorial e Ambiental) da Terra Indígena (FUNAI)⁴⁵ e 1 pelo Fundo Amazônia⁴⁶ (BNDES), em vigência desde o ano de 2014, tratando basicamente de sustentabilidade e preservação ambiental (ISA, 2017).

Ainda no sítio eletrônico do Instituto Sócio Ambiental (ISA, 2017), temos a indicação dos principais riscos potenciais/problemas existentes, seja de natureza fundiária relacionados à grilagem de terras, seja da preocupante existência de 37 requerimentos de pesquisa para mineração no território da terra Indígena Andirá-Marau por pelo menos 4 empresas diferentes que visam a exploração de ouro, bauxita, chumbo e sais de potássio⁴⁷.

A Terra Indígena Andirá-Marau está dentro da área de abrangência do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) de Parintins, que possui sede na cidade. A Fundação Nacional do Índio (FUNAI) também possuía um escritório regional na cidade de Parintins no ano de 2017. Ambas representações são importantes na dinâmica de deslocamento de indígenas não somente Sateré-Mawé, mas também de outras etnias da área rural ou de terras indígenas para a cidade de Parintins, em busca de serviços tais como aquisição de documenta-

45 Conforme o sítio eletrônico da FUNAI: "O Projeto Gestão Ambiental e Territorial Indígena - GATI, tem como objetivo principal o fortalecimento das práticas indígenas de manejo, uso sustentável e conservação dos recursos naturais e a inclusão social dos povos indígenas, consolidando a contribuição das Terras Indígenas como áreas essenciais para conservação da diversidade biológica e cultural nos biomas florestais brasileiros.", sendo realizado com parceria do governo brasileiro e agências internacionais. Acesso em: 14/08/2017. Disponível em: <<http://www.funai.gov.br/index.php/projeto-gati>>.

46 Informações sobre o Fundo Amazônia podem ser obtidas no sítio eletrônico. Disponível em: <http://www.fundoamazonia.gov.br/FundoAmazonia/fam/site_pt/Esquerdo/Fundo/>. Acesso em: 14/08/2014.

47 Sugiuro o artigo de Melissa Curi (CURI, M.V. Aspectos legais da mineração em terras indígenas. **Revista de Estudos e Pesquisas, FUNAI**. Brasília, v.4, n.2, p.221-252, dez. 2007) para melhor entender esta complexa e controversa questão da mineração em terras indígenas, envolvendo brechas na Constituição Federal de 1988 ainda não legislados e interesses político-econômicos em conflito com interesses das populações indígenas.

ção, resolução de problemas com benefícios sociais, bancários, problemas de saúde entre outros.

Na figura 3 identificamos a localização da Terra Indígena Andirá-Marau (considerando a entrada fluvial pelo rio Andirá) e sua distância aproximada em linha reta da cidade de Parintins, assim como algumas referências circunvizinhas: linha demarcatória da fronteira entre os estados do Amazonas e Pará e a cidade de Manaus.

Figura 3: Distância aproximada em linha reta da cidade de Parintins à entrada da Terra Indígena Andirá-Marau, na aldeia de Guaranatuba (rio Andirá). Amazonas.



Fonte: Adaptado a partir do Google Maps. Disponível em: <<https://maps.google.com/>>. Acesso em: 15/08/2017.

A Terra Indígena Andirá-Marau dista em linha reta aproximadamente 79,5 quilômetros da cidade de Parintins. A entrada da terra indígena Andirá-Marau se dá por via fluvial pela aldeia de Guaranatuba (município de Barreirinha, Amazonas). Existem barcos de linha com regularidade semanal que fazem o trajeto Parintins-Terra Indígena Andirá-Marau em aproximadamente 7 horas de viagem⁴⁸, contornando no sentido leste a orla da cidade de Parintins, pelo rio Amazonas, descendo ao sul pelo paraná do Ramos até chegar ao rio

⁴⁸ De lancha rápida, chamada regionalmente “voadeira” sendo barco com casco de alumínio e motor potente (60 cavalos de potência ou mais), o trajeto leva em torno de 2 horas e meia. Porém este meio de transporte é mais caro e, portanto, mais restrito (geralmente são as equipes de saúde do DSEI/Parintins usam quando não há necessidade de transportar cargas mais pesadas).

Andirá. O mesmo percurso de lancha pode levar pouco mais de 2 horas de viagem, a depender da potência do motor da embarcação.

O tráfego tanto dos Sateré-Mawé como dos não-indígenas (ribeirinhos que moram nas proximidades da terra indígena ou equipes de saúde do DSEI/Parintins) pelo curso dos rios, paranás e igarapés da região é constante, seja nos barcos fretados, seja por meios próprios (rabetas, canoas, bajaranas, batelões etc.), deslocando-se da cidade para a Terra Indígena (ou vice-versa) ou entre as comunidades ribeirinhas.

Sobre o tráfego dos indígenas da Terra Indígena Andirá-Marau para as cidades mais próximas como Parintins, Maués e Barreirinha, Teixeira (Teixeira, 2005) destaca que aspectos culturais mais tradicionais e interação com as novas tecnologias de transporte (barcos a motor) traçam um aspecto importante para entender a relação nos indivíduos Sateré-Mawé entre cidade e meio rural/terra indígena:

A locomoção das pessoas foi facilitada com a intensificação do uso de “rabetas”, de voadeiras e dos pequenos barcos, doados pelos governos municipais, pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI) por outras instituições governamentais ou, ainda, obtidas através de projetos e programas governamentais e não-governamentais, como os referentes ao Distrito Sanitário Especial Indígena e os coordenados por organizações indígenas sediadas na Área do Andirá-Marau. Isto favoreceu, grandemente, o transporte da população entre as várias aldeias, mas principalmente propiciou o contato mais efetivo com as áreas urbanas próximas. Com frequência observamos o deslocamento de pessoas para as cidades durante, por exemplo, o período em que os aposentados vão receber seus benefícios. Frequentemente, nessas ocasiões, a família acompanha o aposentado até a cidade, ali permanecendo o tempo necessário para fazer compras, visitar parentes, utilizar serviços de saúde, etc. (Teixeira, 2005, p. 50)

Os Sateré-Mawé fazem estes deslocamentos da Terra Indígena para a cidade com frequência com a finalidade de receber benefícios sociais (bolsa família, aposentadoria etc.), compra de alimentos (arroz, macarrão, óleo de cozinha, frango congelado etc.) (Santos, 2012) ou mantimentos (pilhas, gasolina para gerador de luz e para motor de rabeta, ferramentas etc.), resolverem alguma pendência ou documentação faltante junto à FUNAI/Parintins ou outro órgão go-

vernamental, participarem de algum curso ou atividade na cidade (secretaria de educação, de saúde ou de assistência social), a fim de comercializar produtos do extrativismo (farinha, guaraná) e/ou artesanato (geralmente comprado e revendido por atravessadores na cidade), busca por atendimento médico ou mesmo com a finalidade de atenderem a festividades e visita a parentes que estejam morando na cidade.

Dados do Censo Demográfico de 2010 (Brasil et al., 2012) apontavam que dentre as 305 etnias registradas no território brasileiro, os Sateré-Mawé eram a 11^a etnia mais populosa em número absoluto, contabilizando 13.310 indivíduos, sendo que 11.060 habitavam em terra indígena (Brasil et al., 2012), o que constituía a 10^a etnia em número de pessoas habitando em terra indígena. Ainda conforme o mesmo Censo Demográfico no Brasil, dos 13.310 Sateré-Mawé, 6.779 (50,9%) eram homens e 6.531 (49,1%) mulheres. Dos 10.849 Sateré-Mawé com mais de 5 anos de idade, 9.052 (83,4%) falavam língua indígena no domicílio e destes, 4245 (47%) utilizavam também o português no domicílio (Brasil et al., 2012).

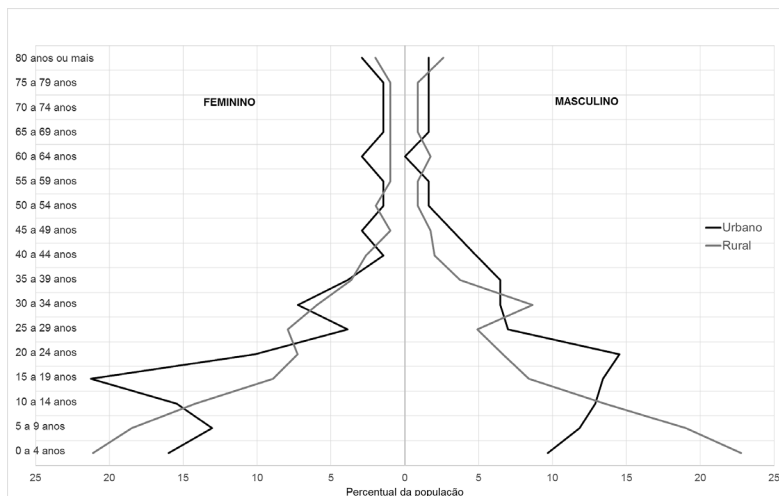
Considerando os estados, dados extraídos da plataforma BME (Banco Multidimensional de Estatísticas) referentes ao Censo Demográfico (Brasil et al., 2012), indicaram a presença de indivíduos que se declararam indígenas Sateré-Mawé em 24 estados brasileiros⁴⁹, sendo o Amazonas e o Pará, aqueles com o maior quantitativo populacional. O estado do Amazonas contabilizou aproximadamente 11.880 indivíduos autodeclarados Sateré-Mawé, sendo 1.430 residentes em situação de domicílio urbana⁵⁰.

No município de Parintins, no estado do Amazonas, dados do BME referentes ao Censo Demográfico (Brasil et al., 2012) indicam uma população total de 1.043 indivíduos Sateré-Mawé, sendo 393 (37,7%) em área urbana e 650 (62,3%) em área rural. Os mesmos dados possibilitaram a montagem do gráfico da pirâmide etária por sexo para a população Sateré-Mawé no município de Parintins, conforme a situação de domicílio (Gráfico 1):

49 Dados do BME/IBGE mostram ainda que destes 24 estados brasileiros, 13 estados não possuem um quantitativo de indivíduos autodeclarados Sateré-Mawé superior a seis ocorrências.

50 O número aproximado deve-se aos dados disponibilizados pelo Censo Demográfico 2010 via BME/IBGE, por motivo de confidencialidade, não apontarem as contagens populacionais abaixo de seis indivíduos, ao que atribuímos o valor médio de 3 sujeitos nestes casos.

Gráfico 1: Pirâmide etária para a população Sateré-Mawé em situação urbana e rural no município de Parintins conforme dados do Censo Demográfico 2010 (IBGE, 2012). Parintins, Amazonas, 2010.



Fonte: Banco Multidimensional de Estatísticas (BME/IBGE), dados do Censo Demográfico (IBGE, 2012). Elaborado pelo autor.

Considerando a população Sateré-Mawé no município no ano de 2010, conforme o Gráfico 1, a área rural apresenta maior natalidade, padrão observado para o Brasil como um todo (IBGE, 2011). A presença significativa de jovens na área urbana de Parintins já foi registrada por Teixeira (2005), quando verificou o fluxo migratório significativo de jovens Sateré-Mawé, a partir dos 15 anos de idade, para algumas cidades da região, incluindo Parintins. A migração Sateré-Mawé nesta faixa etária esteve relacionada, em especial, à realização da última etapa da educação básica (ensino médio) até então não oferecida na terra indígena⁵¹. Até os 19 anos de idade a presença feminina é maior na cidade de Parintins, condizendo com o que foi observado por Teixeira (Teixeira, 2005), podendo indicar um movimento migratório feminino às cidades mais pronunciado que nos jovens do sexo masculino.

⁵¹ No ano de 2013 existiam na Terra Indígena Andirá-Marau pelo menos duas escolas que ofereciam o ensino médio por meio da tecnologia (educação à distância), sendo uma na aldeia Simão e outra na Escola São Pedro, no rio Andirá.

3.3 INFORMAÇÕES SOCIOECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS A PARTIR DO CENSO SÓCIO PARTICIPATIVO DE 2002-2003

Antes de tratarmos das informações coletadas e que são base do presente livro, cabe ressaltarmos alguns achados de importante pesquisa conduzida na forma de Censo Demográfico sócio participativo com população Sateré-Mawé, realizada entre os anos de 2002 e 2003, resultando em publicação no ano de 2005 (Teixeira, 2005). O estudo trata de vários aspectos dos Sateré-Mawé residindo na Terra Indígena Andirá-Marau e nas cidades de Parintins, Maués, Barreirinha e Nova Olinda do Norte, no estado do Amazonas. Aborda desde aspectos históricos, geográficos, de saúde, socioeconômicos e linguísticos (Teixeira, 2005).

O atendimento à saúde da população Sateré-Mawé em Terra Indígena é realizado pelo DSEI (Distrito Sanitário Especial Indígena) de Parintins, enquanto que nas áreas urbanas das cidades pesquisadas (Parintins, Maués, Barreirinha e Nova Olinda do Norte), o atendimento é realizado especialmente (86% da população urbana pesquisada) em hospitais e centros de saúde vinculados ao SUS (Sistema Único de Saúde), ou junto às equipes de saúde da FUNASA/INDASPI⁵², com 13% da população relatando este atendimento (Teixeira, 2005).

Na Terra Indígena Andirá-Marau, os atendimentos em saúde da população Sateré-Mawé são majoritariamente (68%) realizados pelo Agente Indígena de Saúde (AIS), seguido pelo atendimento prestado por médico ou enfermeiro (5,3%), sendo menor a parcela da população que busca atendimento junto aos terapeutas tradicionais (pajé), com 3,7% da população na Terra Indígena (Teixeira, 2005).

Com relação ao local de nascimento dos Sateré-Mawé residentes em área urbana, a pesquisa demonstrou que maior parcela relatou ter nascido na Terra Indígena Andirá-Marau (68%), seguido pela própria cidade pesquisada (16%) e então pela área rural dos

52 Na época de realização da pesquisa de Teixeira (2005) a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) era ainda a responsável pelo atendimento à população indígena no Brasil, período anterior ao decreto de instituição da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) no ano de 2010. O Instituto de Desenvolvimento de Atividades de Auto-Sustentação das Populações Indígenas (INDASPI), é uma organização não-governamental que na época realizava o atendimento à saúde da população Sateré-Mawé, contratada pela FUNASA.

municípios pesquisados, (13%) nas proximidades da Terra Indígena Andirá-Marau (Teixeira, 2005).

Com relação à migração, esta é considerada elemento da cultura Sateré-Mawé, seja a migração interna entre as aldeias, seja o deslocamento para celebrações, para a visita a parentes, além dos deslocamentos para a área urbana próximas; todos os deslocamentos sendo facilitados pelo uso de barcos a motor, do tipo “rabeta⁵³” (Teixeira, 2005). Embora registre deslocamentos sazonais (tal como a ocasião em que a família toda acompanha à cidade, o aposentado para o recebimento de benefício assistencial), a pesquisa revelou que nas áreas urbanas, 84% da população Sateré-Mawé não havia nascido na cidade onde estava residindo (Teixeira, 2005).

Os motivos mais citados para a mudança de moradia na população Sateré-Mawé foram: acompanhar familiares (pais e cônjuges, com 54,8%), procura de melhores condições de educação para os filhos (12,8%), constituição de família (9,2%), conflitos na comunidade (6,9%) e procura de trabalho (5,5%) (Teixeira, 2005).

Considerando a estrutura etária da população que emigrou da Terra Indígena para as áreas urbanas, a pesquisa na época evidenciou tratar-se de população mais “velha” (média de idade de 35,6 anos) que a não-migrante, que ficou na Terra Indígena (média de idade de 24,3 anos); sendo maior a relevância migrante no segmento da população entre 15 e 19 anos de idade, provavelmente procurando etapas da educação básica na época não oferecidas na Terra Indígena (Teixeira, 2005). Nas áreas urbanas pesquisadas, 70% da população pesquisada declarou residir na cidade há menos de 10 anos (Teixeira, 2005).

Considerando os Sateré-Mawé em área urbana maiores de 10 anos de idade, 34,4% relataram serem casados(as), com maior parcela sendo casados(as) no civil ou no religioso (88,6%), seguido das uniões tradicionais indígenas (Teixeira, 2005). Com relação ao registro civil em área urbana, 4% da população não tinha a certidão de nascimento (sendo 23% a população na Terra Indígena que se encontra nesta situação) (Teixeira, 2005). Com relação à religião, maior parcela da população em área urbana é católica (56,5%), se-

53 Barco pequeno, com toldo ou não, com motor de pequeno porte, utilizado para transporte de pessoas ou de carga. Tem baixo custo de manutenção, uma vez que consome pouca gasolina durante sua locomoção.

guido pela Adventista do 7º dia (28%), enquanto que 3,1% da população urbana declarou não seguir nenhuma religião (Teixeira, 2005).

Informações relativas a ocupação (Teixeira, 2005) indicam que na área urbana, pouco mais um quarto da população entre 15 e 64 anos de idade possuía algum trabalho remunerado, sendo a maior parte dos trabalhadores constituída por homens. Existência de relações precárias de ocupação/trabalho foram relatadas por Teixeira (2005). Considerando apenas aqueles sujeitos com 10 anos ou mais de idade que citaram trabalhar, as ocupações mais citadas foram: “outros”/não especificado (27%), operador de diversas especializações (10%), empregada doméstica (14%), agricultores (9%), serviços diversos (8%), artesãos (7%), empregado/servidor público (7%), atividades administrativas (7%), professores (6%); serviços gerais (5%) (Teixeira, 2005).

O rendimento da população Sateré-Mawé em área urbana provinha em sua maioria, de remuneração referente a trabalho ou aposentadoria, bem como auxílios governamentais, totalizando na época, um rendimento médio de R\$ 280,00 para os responsáveis pelos domicílios nas cidades pesquisadas⁵⁴ (Teixeira, 2005).

Na área urbana pesquisada, a língua Sateré-Mawé na população acima dos 5 anos de idade era falada por 54%, lida por 30% e escrita por 26,8% da população, com a população mais jovem com menores percentuais de fala da língua indígena (Teixeira, 2005). Na área urbana o português é mais falado no domicílio (72,9%) que a língua Sateré-Mawé (Teixeira, 2005).

54 Na época que foi realizada a pesquisa de Teixeira (2005), entre os anos de 2002 e 2003, dados do censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no Amazonas em 2000, indicavam uma renda média de R\$ 627,00, sendo de R\$ 768,00 na população brasileira (TEIXEIRA, 2005).

CAPÍTULO 4

UM “RETRATO” DOS SATERÉ-MAWÉ RESIDENTES NA CIDADE DE PARINTINS/ AM NO ANO DE 2017

Este capítulo apresenta as informações geradas a partir dos dados coletados com a população Sateré-Mawé residente na cidade de Parintins no ano de 2017. A fim de contextualizar as informações sobre a população iniciamos o capítulo descrevendo brevemente aspectos socioeconômicos da cidade de Parintins, Amazonas. Posteriormente apresentamos as informações socioeconômicas e demográficas da população Sateré-Mawé na cidade e finalmente, as informações sobre os indicadores de transição nutricional que foram mensurados, a saber, o perfil de inatividade física e de nutricional.

4.1 A CIDADE DE PARINTINS, NO ESTADO DO AMAZONAS

O município de Parintins, localiza-se à margem direita do rio Amazonas em sua região média (Prefeitura, 2005). Possui uma área de 5.978,39 km² e faz divisa ao norte com o município de Nhamundá (AM), ao sul com o município de Barreirinha (AM), a leste com o município de Juruti (PA), e a oeste com o município de Urucurituba (AM). Conforme dados do censo demográfico de 2010 (IBGE, 2011) a população estimada para o município de Parintins em 2010 era de 102.033 pessoas⁵⁵, destas, 65.511 (64,2%) residiam na área urbana da sede do município, na cidade de Parintins. Tratava-se no ano de 2010 do segundo município do estado do Amazonas em população (Manaus sendo o primeiro), com a população total do estado 2010 em 1.802.014 indivíduos.

A sede do município de Parintins, de mesmo nome, localiza-se na margem direita do rio Amazonas na mesorregião do Baixo

55 No último Censo Demográfico (IBGE, 2022), a população de Parintins reduziu de 102.033 (em 2010) para 96.372 pessoas, tornando-se o 4º município em termos populacionais, ficando atrás de Manaus, Itacoatiara e Manacapuru. Dados extraídos da plataforma SIDRA/IBGE (disponível em: <<https://sidra.ibge.gov.br>>. Acesso em: 10/09/2024).

Amazonas, conformando-se, geograficamente como uma ilha, e sua distância de Manaus, em linha reta é de 325 km, ou 420 km por via fluvial (Prefeitura, 2005). A cidade de Parintins além de ser conhecida nacional e internacionalmente pelo Festival Folclórico que realiza anualmente no mês de junho, com a disputa dos Bois-Bumbás Garantido e Caprichoso, é um polo universitário na região do baixo Amazonas, contando com campi de uma universidade estadual, uma universidade federal e um instituto federal de educação.

Em 2014, Parintins tinha um Produto Interno Bruto (PIB) per capita de R\$ 9.274,03, enquanto que o de Manaus era de R\$ 33.446,76. No ano de 2015 tinha 89,9% do seu orçamento proveniente de fontes externas⁵⁶. A economia do município é baseada especialmente no setor de serviços, seguido pela agropecuária e em menor escala, pela indústria (IBGE, 2017). O município de Parintins possuía no ano de 2003 um índice de Gini⁵⁷ de 0,46, sendo o da capital (Manaus) de 0,49. Parintins tinha em 2010 um IDHM⁵⁸ (Índice de Desenvolvimento Humano Municipal) de 0,658, enquanto que a média para o estado do Amazonas era de 0,737⁵⁹ (IBGE, 2017).

Dados disponibilizados pelo IBGE (IBGE, 2017) indicam que em 2015, o salário médio mensal em Parintins era de 1,6 salários mínimos e a proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 5,9%. Na comparação com os outros municípios do estado do Amazonas, Parintins ocupava as posições 34 de 62 e 12 de 62, respectivamente, nestes quesitos. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, Parintins tinha 46,8% da população nessas condições, o que o colocava na posição 55 de 62 dentre as cidades do estado (IBGE, 2017).

56 Ou seja, as transferências de receitas previstas na Constituição Federal que são redirecionadas aos municípios a partir dos impostos cobrados pelo Estado e União.

57 O Índice de Gini é um indicador composto que mede o grau de concentração de renda em determinado grupo. Ele aponta a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos. Numericamente, varia de zero a um, sendo o valor zero a situação de igualdade e o valor um, seu extremo oposto, isto é, uma só pessoa detém toda a riqueza. Acesso em: 14/08/2017. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&id=2048:catid=28&Itemid=23>.

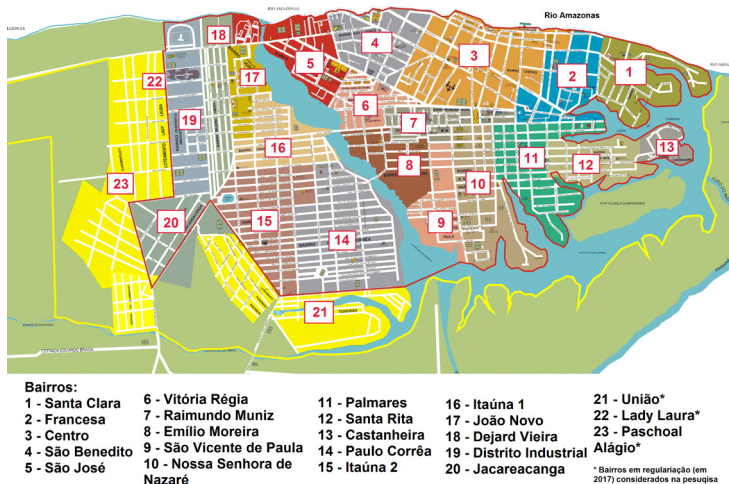
58 O IDHM é indicador composto que varia entre zero e um, sendo um o maior grau de desenvolvimento humano de uma unidade federativa ou município. O IDHM brasileiro considera três dimensões: longevidade, educação e renda. Acesso em: 14/08/2017. Disponível em: <http://ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/livros/141125_atlas_introducao>.

59 Fonte: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Acesso em: 14/08/2017. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/am/parintins/pesquisa/37/30255>>.

Dados do Censo Demográfico de 2010 (IBGE, 2017) apontaram 19,3% dos domicílios com esgotamento sanitário adequado e apenas 10,2% dos domicílios urbanos localizados em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). Quando comparado com os outros municípios do estado do Amazonas, Parintins estava na posição 18 de 62 e 17 de 62, respectivamente para os quesitos apresentados (IBGE, 2017).

A cidade de Parintins possui oficialmente 20 bairros registrados em sua lei de perímetro urbano (Prefeitura, 2006). Consideramos, entretanto na pesquisa que a lei datada de 2006 não contemplava a conformação geográfica atual com novos bairros já ocupados e em vias de regularização. Os “novos” bairros já dispõem, em algumas partes, de serviços e infraestrutura urbana (luz, água e pavimentação), como é o caso dos bairros Lady Laura, Paschoal Alágio e Bairro da União. Estes três bairros foram considerados na pesquisa e possuem áreas em vias de regularização (não obstante coexista nos três mencionados bairros, áreas de invasão com precária infraestrutura), estando dentro do perímetro de expansão urbana na cidade de Parintins (delimitação em amarelo na figura 4) (Prefeitura, 2006).

Figura 4: Mapa esquemático com indicação dos bairros na área urbana da cidade de Parintins, considerados na pesquisa.



Fonte: Adaptado a partir do Plano diretor do município de Parintins. Prefeitura Municipal de Parintins, 2006.

Cabe ressaltar que a expansão da cidade tem ocorrido do centro (número 3, Figura 4) para as demais áreas da cidade. O lado mais a oeste da cidade (bairros 14 a 20, Figura 4) é uma área de urbanização relativamente mais recente. É nesta parte da cidade onde entrevistamos parcela significativa dos Sateré-Mawé na cidade. Os bairros 21, 22 e 23 (Figura 4), conforme já mencionado, correspondem aos bairros pesquisados que estavam em vias de regularização junto à prefeitura municipal.

As informações aqui apresentadas sobre a cidade de Parintins ofereceram uma visão geral da cidade de Parintins, ressaltando sua importância no âmbito regional em termos de oferecimento de serviços básicos e maior dinamicidade da economia num contexto regional.

Para os Sateré-Mawé na cidade é importante a proximidade com a Terra Indígena Andirá-Marau, no sentido de manutenção de algum tipo de vínculo, seja pessoal/afetivo com visitas, seja no contato com parentes, mesmo na troca de produtos entre cidade e terra indígena. É importante também ressaltar que é onde estão localizados os escritórios regionais da FUNAI e DSEI, entidades diretamente ligadas à garantia dos direitos básicos às populações indígenas, bastante procuradas por esta população.

4.2 OS SATERÉ-MAWÉ NA CIDADE DE PARINTINS NO ANO DE 2017: DEMOGRAFIA, ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS, ETNICIDADE E INFORMAÇÕES DE SAÚDE

Serão apresentados nesta seção os dados domiciliares (informados pelo/a responsável pelo domicílio) e individuais coletados com a população Sateré-Mawé no ano de 2017 na área urbana da cidade de Parintins, conforme o plano diretor do município, incluindo as áreas de expansão (bairros União, Lady Laura e Paschoal Alágio) (Prefeitura, 2006).

Não foram considerados os dados dos Sateré-Mawé adultos que declararam não residir na cidade, ou seja, que estavam em situação de trânsito⁶⁰. Consideramos elegível o sujeito autodeclarado

⁶⁰ Estimamos em oitenta o número de sujeitos Sateré-Mawé que não tiveram seus dados coletados, em função de residirem momentaneamente na casa de trânsito. A casa de trânsito,

indígena Sateré-Mawé, que declarasse residir em domicílio indicado por outro indígena e que se autodeclarasse Sateré-Mawé. Para fins de registro da etnia de pessoas residentes no domicílio que fossem menores de idade, ou com algum tipo de deficiência mental, ou daquelas que estivessem ausentes, foi considerada a etnia declarada pelo(a) responsável pelo domicílio.

Consideramos a definição de domicílio utilizada no Censo Demográfico 2010 (IBGE, 2013), respeitando os critérios de separação e independência:

[Domicílio é definido como o] Local estruturalmente separado e independente que se destina a servir de habitação a uma ou mais pessoas, ou que esteja sendo utilizado como tal. Os critérios essenciais desta definição são os de separação e independência. Entende-se por separação o local de habitação limitado por paredes, muros ou cercas, coberto por um teto, permitindo a uma ou mais pessoas que nele habitam isolar-se das demais, com a finalidade de dormir, preparar e/ou consumir seus alimentos e proteger-se do meio ambiente, arcando, total ou parcialmente, com suas despesas de alimentação ou moradia. Por independência se entende quando o local de habitação tem acesso direto, permitindo a seus moradores entrar e sair sem necessidade de passar por locais de moradia de outras pessoas. (IBGE, 2013, p. 307)

De maneira preparatória à coleta de dados propriamente dita, foram necessárias duas visitas à cidade de Parintins (nos anos de 2015 e 2016), a fim de contatar os informantes de campo na cidade que tinham redes de contato com os Sateré-Mawé na cidade de Parintins, de forma a identificar previamente os domicílios a serem entrevistados. Nesta fase foi fundamental o contato com o Conselho Geral da Tribo Sateré-Mawé (CGTSM), bem como escritório regional da FUNAI e do DSEI/Parintins na cidade, quando foram levantados inicialmente 48 domicílios onde residiam Sateré-Mawé na cidade.

situada na Rua Silva Campos, bairro Centro em Parintins abriga de maneira bastante precária, indígenas Sateré-Mawé provenientes da terra indígena Andirá-Marau que se deslocam para a cidade de Parintins a fim de resolver questões tais como recebimento de auxílios ou aposentadoria, ou a fim de resolver problemas com documentação, comercializar produtos etc. Aproximadamente 6 famílias moram permanentemente ali (4 delas foram entrevistadas, as outras duas recusaram participarem do estudo) e em torno de 80 indígenas moram temporariamente.

Um ponto muito importante na pesquisa, essencial para atingir o universo da população, foi o procedimento de, finalizadas as entrevistas em cada domicílio, solicitar aos respondentes que indicassem a localização de outros domicílios de indivíduos Sateré-Mawé na cidade. Tal metodologia foi utilizada por Teixeira (2005) em seu censo sócio-demográfico participativo. As indicações foram fundamentais e complementaram indicações iniciais que já dispúnhamos das visitas anteriores à cidade de Parintins (48 domicílios, inicialmente). Esclarece Teixeira (Teixeira, 2005) sobre o procedimento:

Ainda em relação à pesquisa nas cidades, um procedimento muito utilizado consistiu em indagar aos entrevistados se conheciam algum outro morador da comunidade Sateré-Mawé, e, caso positivo, o nome da pessoa, o local de moradia e, quando possível, o endereço completo. Dessa forma, fez-se uma busca exaustiva dos possíveis moradores Sateré-Mawé nas cidades abrangidas. (Teixeira, 2005, p. 30)

Em cada domicílio, as informações foram coletadas por meio de um questionário, em entrevista realizada pelo pesquisador principal, com cada indivíduo elegível que consentiu em participar da pesquisa. Nas visitas aos domicílios, o pesquisador principal estava acompanhado da equipe de pesquisa de campo composta por dois pesquisadores auxiliares, sendo um deles fluente na língua Sateré-Mawé (caso fosse necessária tradução no processo de entrevista domiciliar). As variáveis que necessitaram medições ou aferições foram feitas conforme protocolos estabelecidos e foram: peso (massa corporal) e altura (estatura).

O instrumento de coleta de dados utilizado nas entrevistas foi construído adaptando-se algumas perguntas de instrumentos utilizados em alguns inquéritos recentes, de interesse para a temática pesquisada, a saber: 1º Inquérito Nacional sobre a Saúde e Nutrição da População Indígena no Brasil, realizado entre 2008-2009 (Carlos Jr., 2014; Coimbra et al., 2013); Censo sócio-demográfico participativo da população Sateré-Mawé (Teixeira, 2005; Teixeira et al., 2011), realizado entre 2002-2003 e a Pesquisa Nacional de Saúde (IBGE, 2014), realizada em 2013.

O trabalho de campo com a coleta dos dados ocorreu na cidade de Parintins no período de 04/04 a 31/05/2017. Os trabalhos

de coleta ocorriam de segunda-feira à sábado, nos turnos matutino e vespertino. Quando necessário, era combinada alguma visita no período noturno, caso o indivíduo a ser entrevistado só pudesse ser encontrado à noite.

Contatamos na pesquisa uma população total de 401 indivíduos residindo em domicílios que habitavam Sateré-Mawé. Este quantitativo refere-se ao somatório de toda a população: elegível (considerando aí as pessoas ausentes no domicílio ou que recusaram participar da pesquisa) e não-elegível para a pesquisa (menores de 18 anos de idade, gestantes, pessoas com deficiência, contabilizando aí também os não indígenas (41 indivíduos) ou indígenas de outra etnia (4 indivíduos) que residiam juntos com os Sateré-Mawé nos domicílios entrevistados na cidade.

4.2.1 Informações demográficas e domiciliares gerais da população Sateré-Mawé residente em Parintins em 2017

Os dados foram coletados entre os meses de abril e maio de 2017, por meio de visitas domiciliares realizadas preferencialmente em dias de semana ou sábado no horário diurno e, em alguns casos, com visitas domiciliares aos domingos e/ou no período noturno, quando solicitado pelo(a) responsável pelo domicílio em contato prévio realizado.

Na pesquisa, a partir das visitas aos domicílios, contabilizamos a população contatada (incluindo os menores de 18 anos de idade) em 356 pessoas autodeclaradas⁶¹ Sateré-Mawé. Quando consideramos as 27 perdas por impossibilidade de localizar um contato informado, temos uma estimativa aproximada da população Sateré-Mawé residindo na cidade de Parintins de 379 pessoas no ano de 2017, considerando o período da coleta de dados.

Considerando o total das pessoas contatadas (356 indivíduos), temos a maior parcela composta pelo sexo feminino, com 52% do total (n=185). Na Tabela 1 observamos as frequências absoluta e acumulada na população conforme sexo e faixa etária considerada. Verificamos no geral uma população jovem, com mais da metade dos homens (57,9%) abaixo da faixa etária dos 20 aos 24 anos de idade,

61 No caso dos menores de idade, a identidade étnica Sateré-Mawé era atribuída pelos pais ou responsáveis no momento de realização da entrevista.

enquanto que para o sexo feminino, pouco mais da metade (51,4%) destas encontra-se até a faixa etária dos 15 a 19 anos de idade.

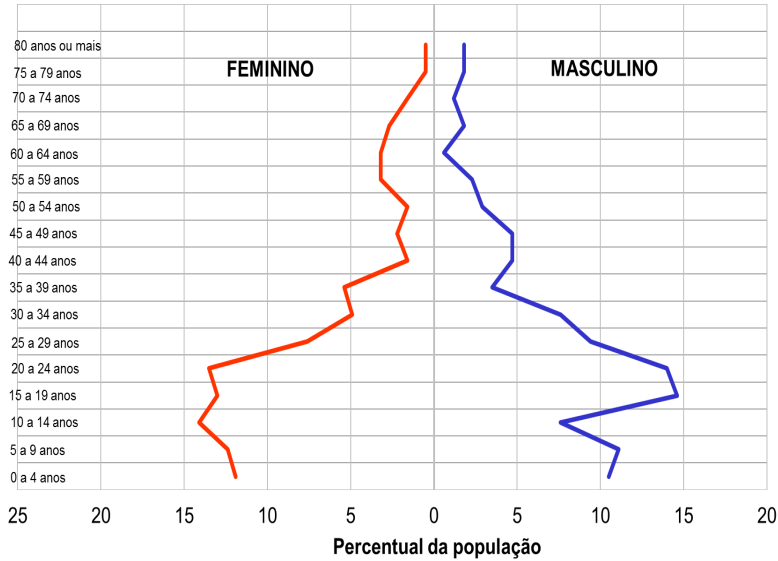
Tabela 1: Composição da população Sateré-Mawé residente na cidade de Parintins conforme sexo e faixa etária (n=356). Parintins, 2017.

Faixa etária	Masculino			Feminino			Total		
	n	%	Freq. Acumula-da	n	%	Freq. Acumula-da	n	%	Freq. Acumula-da
0 a 4 anos	18	10,5	10,5	22	11,9	11,9	40	11,2	11,2
5 a 9 anos	19	11,1	21,6	23	12,4	24,3	42	11,8	23,0
10 a 14 anos	13	7,6	29,2	26	14,1	38,4	39	11,0	34,0
15 a 19 anos	25	14,6	43,9	24	13,0	51,4	49	13,8	47,8
20 a 24 anos	24	14,0	57,9	25	13,5	64,9	49	13,8	61,5
25 a 29 anos	16	9,4	67,3	14	7,6	72,4	30	8,4	69,9
30 a 34 anos	13	7,6	74,9	9	4,9	77,3	22	6,2	76,1
35 a 39 anos	6	3,5	78,4	10	5,4	82,7	16	4,5	80,6
40 a 44 anos	8	4,7	83,0	3	1,6	84,3	11	3,1	83,7
45 a 49 anos	8	4,7	87,7	4	2,2	86,5	12	3,4	87,1
50 a 54 anos	5	2,9	90,6	3	1,6	88,1	8	2,2	89,3
55 a 59 anos	4	2,3	93,0	6	3,2	91,4	10	2,8	92,1
60 a 64 anos	1	0,6	93,6	6	3,2	94,6	7	2,0	94,1
65 a 69 anos	3	1,8	95,3	5	2,7	97,3	8	2,2	96,3
70 a 74 anos	2	1,2	96,5	3	1,6	98,9	5	1,4	97,8
75 a 79 anos	3	1,8	98,2	1	0,5	99,5	4	1,1	98,9
80 anos ou mais	3	1,8	100,0	1	0,5	100,0	4	1,1	100,0
Total	171	100,0		185	100,0		356	100,0	

Podemos visualizar a distribuição etária e por sexo no Gráfico 2, onde podemos verificar a base alargada, porém com uma concentração maior nas faixas etárias entre 10 a 14 anos de idade para o sexo feminino e 15 a 19 anos para o sexo masculino. A migração da Terra Indígena Andirá-Marau para as cidades próximas de jovens Sateré-Mawé em idade escolar (em especial nos anos finais do ensino fundamental e no ensino médio) já foi relatada (Teixeira et al., 2009). Observou-se também uma redução populacional para o sexo masculino entre a faixa etária de 55 a 59 anos aos 75 a 79 anos, o que

pode indicar uma perda populacional em especial no sexo masculino para estas faixas etárias.

Gráfico 2: Pirâmide etária da população Sateré-Mawé residente em área urbana na cidade de Parintins (n=356). Parintins, 2017.



Fonte: Elaborado pelo autor.

Na Tabela 2 podemos observar com maior detalhamento descritivo a caracterização etária da população conforme sexo. A média de $24,8 \pm 19,5$ anos de idade indica uma população jovem, com maior média de idade para o sexo masculino ($25,8 \pm 19,8$ anos de idade), o que pode ser observado pela maior mediana, significando que metade da população masculina tem até 22 anos de idade (contra 19 anos de idade para o sexo feminino). Registramos a idade mais avançada para o sexo masculino, com 92 anos de idade na época da coleta dos dados.

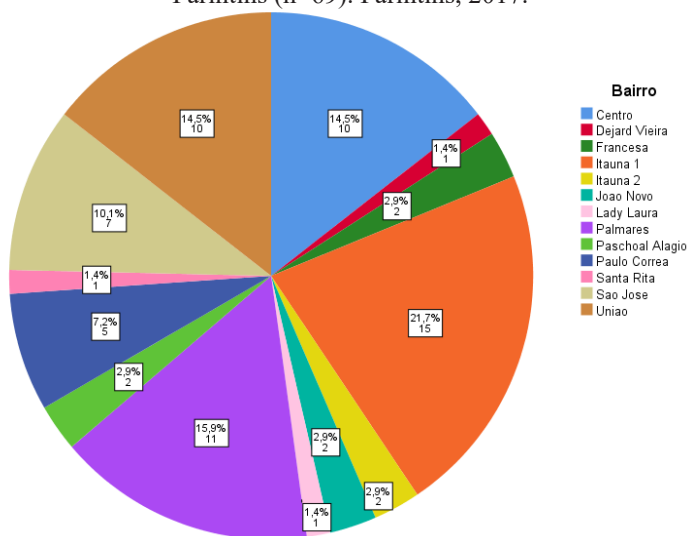
Tabela 2: Caracterização etária da população conforme sexo (n=356). Parintins, 2017.

Sexo	Idade em anos				
	Média	Desvio padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Masculino	25,8	19,8	22,0	0	92
Feminino	23,8	19,1	19,0	0	86
Total	24,8	19,5	20,0	0	92

Os domicílios foram localizados inicialmente com ajuda de informantes Sateré-Mawé no período anterior à coleta dos dados. Já no período de realização das entrevistas, era solicitado ao(à) responsável pelo domicílio que indicasse outros domicílios onde sabiam que morasse outra pessoa Sateré-Mawé. Chegamos ao total de 69 domicílios entrevistados, onde foram coletados dados socioeconômicos do domicílio e informações mais aprofundadas das pessoas Sateré-Mawé maiores de 18 anos de idade⁶².

Os 69 domicílios que foram visitados estavam distribuídos em 13 (65%) dos 20 bairros da área urbana da cidade de Parintins (Prefeitura, 2006). O bairro Itaúna 1 registrou a maior concentração de domicílios onde residiam Sateré-Mawé (15 domicílios, ou 21,7% do total), seguido pelos bairros Palmares (11 domicílios, ou 15,9%), Centro e União (ambos com 10 domicílios, ou 14,5%, cada), como pode ser verificado no Gráfico 3. Cabe ressaltar que no histórico de surgimento dos bairros, o bairro Centro é mais antigo, seguido por Palmares (década de 1970), enquanto que os demais: Itaúna 1 e União são originários de movimentos de ocupação irregular nos anos 1990, e constituíam no ano de 2017 (juntamente com Itaúna 2 e Paulo Corrêa), os bairros mais populosos da cidade (Bartoli, 2020).

Gráfico 3: Domicílios com Sateré-Mawé residentes conforme bairro em Parintins (n=69). Parintins, 2017.



62 Os dados dos Sateré-Mawé residentes menores de 18 anos de idade coletados restringiram-se a sexo, etnia e idade.

Um dos 69 domicílios entrevistados foi considerado como domicílio coletivo, ou seja, onde a relação entre as pessoas respeita normas de subordinação administrativa (IBGE, 2013). Neste domicílio coletivo foram entrevistadas 5 pessoas Sateré-Mawé em residência estudantil de uma das 2 universidades públicas localizadas na cidade.

Na Tabela 3 podemos verificar a média de $5,8 \pm 3,3$ pessoas nos domicílios pesquisados, não obstante, observamos domicílios com até 14 pessoas residindo juntas. Pelo valor calculado de mediana, sabemos que 35 dos 69 domicílios registraram até 5 pessoas residindo em domicílio com Sateré-Mawé. Consideramos no cálculo todas as pessoas que residiam no domicílio entrevistado, mesmo que não se considerassem indígenas Sateré-Mawé, totalizando 401 pessoas, tratando-se de casos de domicílios inter-étnicos⁶³.

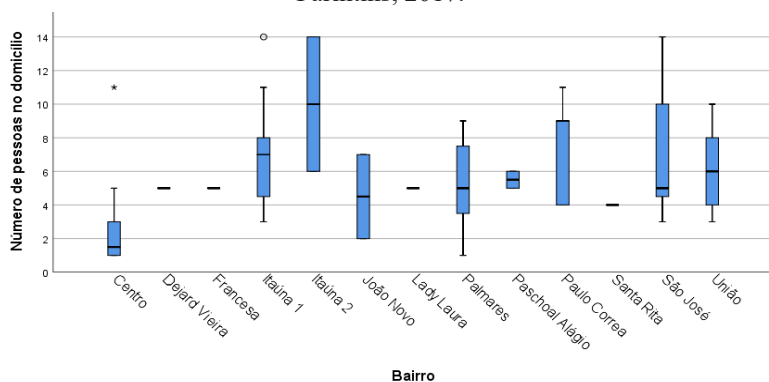
Tabela 3: Número de pessoas por domicílio em residências com Sateré-Mawé (n=401). Parintins, 2017.

Média	Desvio padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
5,8	3,3	5,0	1	14

Podemos verificar o número de pessoas por domicílio conforme o bairro de localização na cidade. No Gráfico 4 (diagrama de caixas, retornando os quartis em cada bairro) podemos observar pelas maiores medianas registradas para os bairros Itaúna 2 seguido de Paulo Corrêa e Itaúna 1 que em pelo menos metade das residências localizadas nestes bairros, o número de pessoas por domicílio era de 10, 9 e 7 pessoas residindo no domicílio, respectivamente (em relação aos bairros citados). O bairro com domicílios com menor concentração de residentes foi o Centro, com metade dos domicílios com apenas 1 pessoa residindo (não obstante o registro de um caso isolado extremo de 11 pessoas residindo no mesmo domicílio).

63 Foi comum observar casais onde o marido geralmente se autodeclarava indígena a esposa não. Registramos o caso de um domicílio interétnico em que moravam além de não-indígenas, indígenas autodeclarados Sateré-Mawé e também da etnia Tukano.

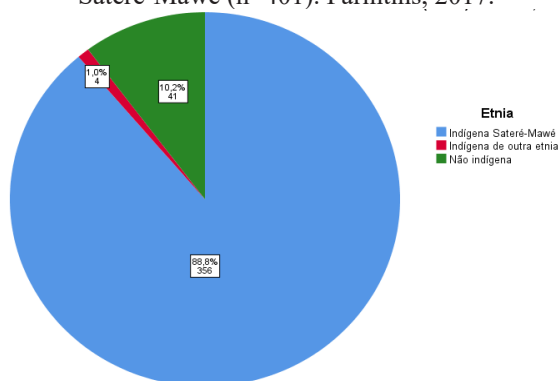
Gráfico 4: Pessoas por domicílio conforme bairro de residência (n=401*). Parintins, 2017.



* O total de 401 sujeitos contabiliza as pessoas que residem em domicílios com Sateré-Mawé, mas que não se declararam Sateré-Mawé.

Dos 69 domicílios entrevistados, em 29 destes foram registradas relações interétnicas, ou seja, domicílios onde residiam pessoas autodeclaradas indígena Sateré-Mawé com pessoas com outras identificações étnicas ou categorias de cor/raça. Observamos ainda que 45 pessoas que não se identificaram como indígena Sateré-Mawé residiam nos 69 domicílios pesquisados, como pode ser verificado no Gráfico 5. Consideradas todas as pessoas, mesmo as que não se identificaram como indígena Sateré-Mawé, residindo nos domicílios, temos então 401 pessoas no total, sendo 356 (88,8%) destas autodeclaradas (ou indicadas, no caso dos menores de idade) indígena Sateré-Mawé.

Gráfico 5: Etnia dos residentes em domicílios onde habitavam Sateré-Mawé (n=401). Parintins, 2017.



Das 45 pessoas que não se identificaram como Sateré-Mawé, observamos em 3 domicílios distintos residindo junto com Sateré-Mawé, 4 indígenas que se identificaram como pertencentes a outra etnia, sendo 2 Munduruku, 1 Wapixana e 1 Tukano. A maior parte das 41 pessoas não-indígenas que residiam com Sateré-Mawé, eram do sexo feminino (23), equivalendo a 56,1% deste total.

A fim de melhor caracterizarmos socioeconomicamente os domicílios, captamos as informações de renda conjugadas com informações sobre estrutura do domicílio, bens disponíveis e recebimento de algum tipo de auxílio assistencial. Não foram captadas informações sobre acesso à água e energia elétrica ou coleta de lixo (informações geralmente coletadas em inquéritos com populações indígenas em área rural) por se tratar de área urbana minimamente servida pelo poder público municipal nestes itens⁶⁴.

Com relação à estrutura física o piso mais presente nos 69 domicílios entrevistados foi o de cimento liso, ou cimento queimado (31 domicílios, 44,9%) juntamente com piso de cerâmica (31 domicílios, 44,9%). Registramos 7 (10,1%) domicílios com piso de terra batida. Com relação às paredes dos domicílios a maior parte destes (54 domicílios, 78,3%) possuía paredes de alvenaria (tijolo e cimento), embora em muitos casos ainda sem o reboco ou sem a pintura ou ambos. 13 (18,8%) domicílios possuíam paredes de madeira, enquanto que 2 (2,9%) possuíam paredes de lona ou algum tipo de plástico. A maior parte dos domicílios (54 domicílios, 78,3%) possuía telhas de fibrocimento⁶⁵ como telhado, seguido por telhas de barro (12 domicílios, 17,4%), palha (2 domicílios, 2,9%) e laje (1 domicílio, 1,4%).

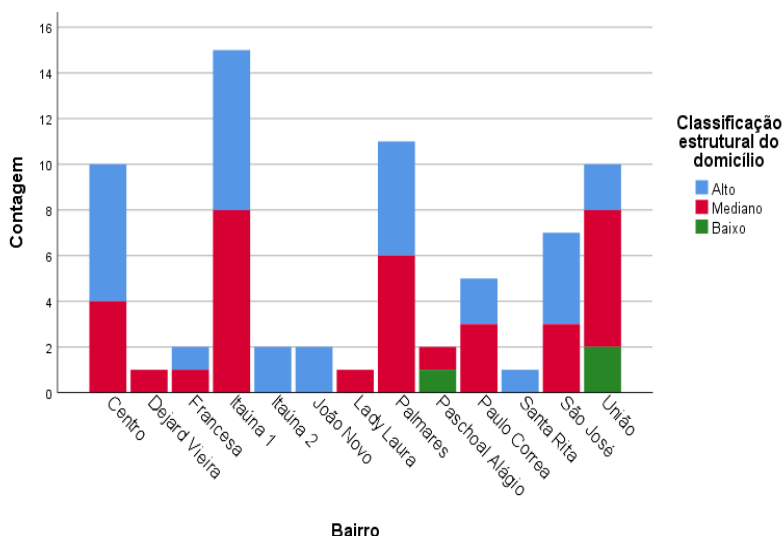
Para cada domicílio foi gerado um índice estrutural domiciliar, que levou em conta as informações sobre piso, parede e telhado, retornando a informação “baixo”, “mediano” e “alto”, sendo esta última, a classificação mais elevada. No Gráfico 6 podemos observar para cada bairro na cidade o índice de estrutura do domicílio. Observamos a categoria “baixo” (3 domicílios) nos bairros União e

64 Não obstante, na cidade de Parintins observa-se inúmeras falhas e inadequações nesta infraestrutura pública, seja na falta de água e quedas de energia constantes (mais em alguns bairros periféricos), diversas lixeiras viciadas sendo observadas em terrenos baldios, ou quantidades substanciais de ligações clandestinas de água e luz em alguns bairros.

65 Estas telhas substituíram as telhas que tinham amianto em sua composição, são relativamente mais baratas e de menor custo de instalação quando comparadas às telhas de barro ou laje.

Paschoal Alágio⁶⁶, sendo bairros criados mais recentemente a partir de ocupações irregulares.

Gráfico 6: Classificação estrutural dos domicílios conforme bairro (n=69). Parintins, 2017.



Com relação à renda, captamos o total (somatório das rendas dos indivíduos residindo no domicílio) e a renda per capita (somatório dividido pelo número de residentes) para cada domicílio. Na Tabela 4, observamos a renda média per capita nos domicílios pesquisados de R\$ 380,14±295,40, com valor máximo observado de R\$ 1.250,00. Observamos que aproximadamente 52 (75%) dos 69 domicílios entrevistados tinham renda per capita menor ou igual a R\$ 482,08. Observou-se casos de domicílios que declararam não terem nenhuma fonte de renda (R\$ 0,00).

66 Embora este bairro esteja previsto no plano diretor da cidade (Prefeitura, 2006), um pequeno trecho anexo a este bairro conta com ocupações irregulares, que foi o local onde realizamos a entrevista domiciliar.

Tabela 4: Média, desvio padrão e mediana da renda per capita (em Reais) nos domicílios onde residiam Sateré-Mawé (n=69). Parintins, 2017.

Informações		Renda domiciliar per capita (R\$)
Média		380,14
Mediana		308,83
Desvio padrão		295,40
Valor Mínimo		0,00
Valor Máximo		1250,00
Percentis	25	178,75
	50	308,83
	75	482,08

Dados da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios (PNAD/IBGE)⁶⁷ apontavam para o ano de 2017 uma renda per capita para o estado do Amazonas de R\$ 850,00, sendo o salário mínimo no mesmo ano estabelecido⁶⁸ em R\$ 937,00. A renda domiciliar média encontrada para os domicílios (R\$ 380,14) equivale a menos que a metade (44%) da renda per capita média para o estado do Amazonas no ano de 2017 (R\$ 850,00), e é ainda menor (40%) quando comparada ao salário mínimo registrado na época.

Resultados do Universo do Censo Demográfico de 2010 (IBGE, 2011) apontavam no ano de 2010 que no município de Parintins⁶⁹ a renda per capita de 11,7% dos domicílios era de até meio salário mínimo na época⁷⁰, e que mais da metade (64,7%) dos domicílios no município tinham renda per capita até 2 salários mínimos. Ressalvada a diferença temporal e de valores de salário mínimo entre o Censo Demográfico (2010) e a presente pesquisa (ano de 2017), nota-se que quase 75% dos domicílios Sateré-Mawé pesquisados viviam com pouco mais de meio salário mínimo per capita

67 BRASIL. IBGE. Estatísticas sociais. IBGE divulga o rendimento domiciliar per capita 2017. **Agência IBGE notícias**. Criado em: 28/02/2018. Acesso em: 25/02/2021. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/20154-ibge-divulga-o-rendimento-domiciliar-per-capita-2017>>

68 BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 8.948, de 29 de dezembro de 2016**. Regulamenta a Lei nº 13.152, de 29 de julho de 2015, que dispõe sobre o valor do salário mínimo e a sua política de valorização de longo prazo. Brasília, 29 de dezembro de 2016.

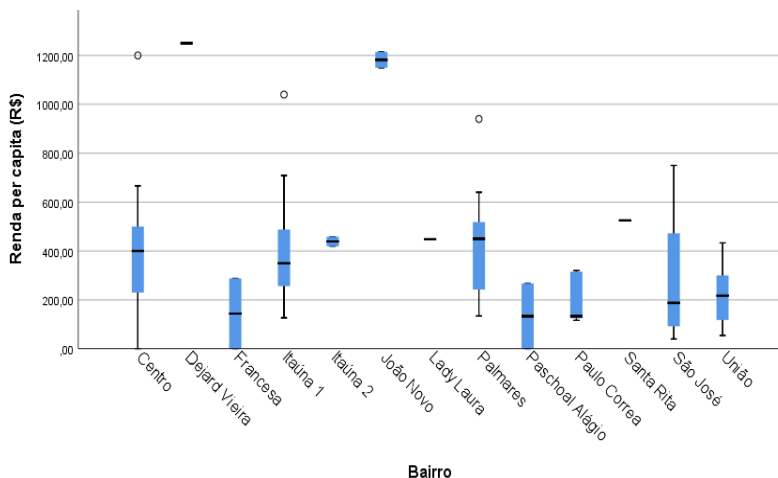
69 BRASIL. IBGE. **Cidades**. Brasil, Amazonas, Parintins. Censo: Universo – características da população e dos domicílios. Domicílios particulares permanentes. Classes de rendimento mensal nominal domiciliar. Acesso em: 25/02/2021. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/parintins/pesquisa/23/24304?detalhes=true>>.

70 O salário mínimo no ano de 2010 era de R\$ 510,00, estabelecido pela medida provisória nº 474, de 23 de dezembro de 2009.

(R\$ 482,08), considerando o valor de rendimento per capita médio nos domicílios do Amazonas em 2017, que era de R\$ 850,00.

Ainda relativo à renda per capita domiciliar, podemos observar no Gráfico 7 (diagrama de caixas), que alguns bairros da cidade de Parintins com domicílio Sateré-Mawé apresentaram medianas mais baixas de renda per capita (ou seja, com a metade dos domicílios abaixo de R\$ 200,00), tal como o observado nos bairros da Francesa, Paschoal Alágio e Paulo Corrêa. Observamos também alguns bairros com poucos domicílios com Sateré-Mawé, mas que tinham medianas elevadas de renda per capita, como Dejard Vieira e João Novo (próximo a R\$ 1.200,00).

Gráfico 7: Renda domiciliar per capita conforme bairro (n=69). Parintins, 2017.



Para fins de classificação socioeconômica dos domicílios, em cada entrevista eram levantados a existência e quantidade de determinados bens duráveis como geladeira, fogão, ventilador, ar condicionado, bicicleta, moto, computador, canoa entre outros. Podemos observar na Tabela 5 a grande presença de aparelhos de telefone celular nas residências, com média de pouco mais de 2 ($2,54 \pm 1,87$) aparelhos por domicílio. Mais da metade (75%) dos 69 domicílios entrevistados tinha pelo menos 1 aparelho de celular, 1 fogão, 1 geladeira e 1 televisão, embora tenham sido observados domicílios com ausência de um ou mais destes bens. A média de computadores pessoais nos domicílios foi de $0,46 \pm 0,74$, sendo que somente 25%

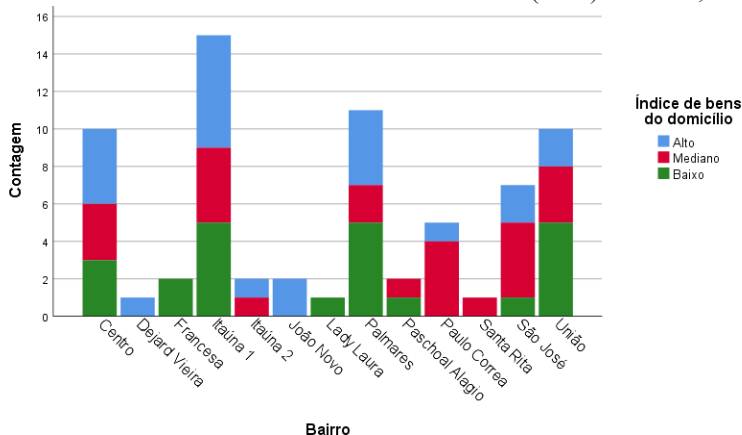
dos 69 domicílios tinha acesso a pelo menos 1 computador pessoal. Os domicílios pesquisados apresentaram uma média de motocicletas de $0,77 \pm 0,97$, estando acumuladas sua presença em um quarto (25%) dos domicílios. Já a média de bicicletas de $1,01 \pm 1,13$ por domicílio indica uma presença importante, tendo em vista que metade dos domicílios pesquisados possuía ao menos 1 bicicleta.

Tabela 5: Quantidade de bens duráveis existentes nos domicílios onde residiam Sateré-Mawé (n=69). Parintins, 2017.

Bem durável no domicílio	n	Mé-dia	Desvio padrão	Me-dia-na	Mí-ni-mo	Má-ximo	Per-centil 25	Per-centil 75
Telefone celular	175	2,54	1,87	2	0	8	1	3
Geladeira	86	1,25	1,16	1	0	5	1	1
Fogão	96	1,39	1,33	1	0	6	1	1
Televisão	98	1,42	0,88	1	0	4	1	2
Computador	32	0,46	0,74	0	0	3	0	1
Máquina de lavar roupa	55	0,80	0,70	1	0	2	0	1
Ar condicionado	31	0,45	0,81	0	0	3	0	1
Motocicleta	53	0,77	0,97	0	0	4	0	1
Bicicleta	70	1,01	1,13	1	0	4	0	2
Triciclo	13	0,19	0,43	0	0	2	0	0
Canoa	2	0,03	0,17	0	0	1	0	0
Motor rabeta	6	0,09	0,28	0	0	1	0	0

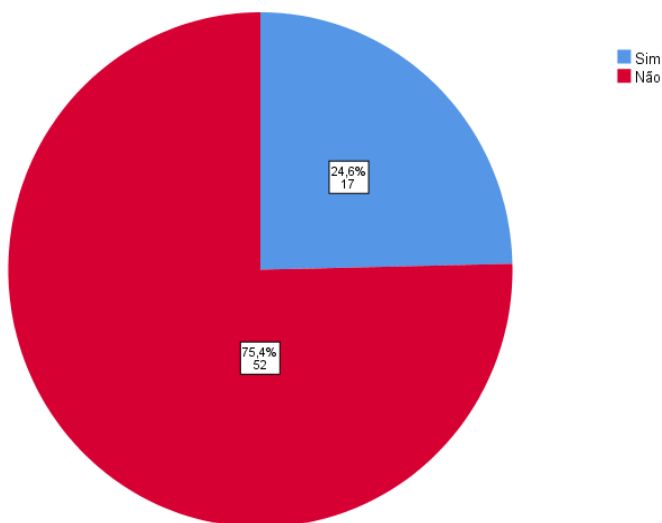
Para cada domicílio foram somados os valores em real (R\$) de cada bem durável, conforme os preços pesquisados no comércio local da cidade no ano de 2017. A partir do somatório em Reais (R\$), cada domicílio foi classificado em “alto”, “médio” e “baixo” por meio de um índice de bens. Verificamos no Gráfico 8 que nos bairros Dejard Vieira e João Novo, embora existissem poucos domicílios (3 no total), todos foram classificados como “alto” no índice de bens. Por outro lado, nos bairros da Francesa e Lady Laura, todos os 3 domicílios foram classificados como “baixo” no índice de bens.

Gráfico 8: Índice de bens do domicílio conforme bairro (n=69). Parintins, 2017.



Na caracterização socioeconômica dos domicílios entrevistados, foi perguntado ao(à) responsável pelo domicílio o recebimento de algum tipo de auxílio ou benefício, bem como qual instituição o fornecia. No Gráfico 9 podemos observar que 17 (24,6%) domicílios recebiam algum tipo de apoio ou assistência de alguma instituição na cidade.

Gráfico 9: “Alguém que mora aqui neste domicílio já recebeu/recebe algum apoio e/ou assistência através de missões, organizações ou pastorais?” (n=69) Parintins, 2017.



Na Tabela 6 observamos que o Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Parintins (com sede na cidade) foi a instituição que mais forneceu algum tipo de apoio aos domicílios onde residiam Sateré-Mawé (12 domicílios atendidos, 57,1% dos auxílios prestados), seguido pelo escritório da FUNAI com sede na cidade (7 domicílios atendidos, 33,3% dos auxílios prestados). Ao todo, 21 respostas relativas ao recebimento de apoio foram registradas, o que significa que alguns dos 17 domicílios recebiam auxílio de mais de uma instituição. Cabe ressaltar o papel das Universidades, acolhendo estudantes indígenas, considerando que Parintins conta com 2 universidades públicas e um instituto federal.

Tabela 6: Instituições citadas pelo(a) responsável pelo domicílio que fornecem algum tipo de apoio ou assistência ao domicílio (n=17). Parintins, 2017.

Instituição	n	%
FUNAI	7	33,3
DSEI	12	57,1
OUTRO: Bolsa universitária	1	4,8
OUTRO: Secretaria municipal de saúde	1	4,8
Total	21	100,0

Na Tabela 7 verificamos que o bairro Itaúna 1 teve maior número (4, ou 23,5% do total) de apoio/assistência recebidos por domicílio, proveniente de alguma das instituições elencadas anteriormente. Os bairros Centro e União vêm em seguida, respondendo por 3 (17,6%) registros de apoio/assistência recebidos, cada.

Tabela 7: Quantidade de apoio/assistência institucional recebido por domicílios onde residiam Sateré-Mawé conforme bairro (n=17). Parintins, 2017.

Bairro	n	%
Itaúna 1	4	23,5
Centro	3	17,6
União	3	17,6
Paulo Correa	2	11,8
São José	2	11,8
Francesa	1	5,9
Palmares	1	5,9
Paschoal Alágio	1	5,9
Total	17	100,0

Uma reflexão pertinente neste quesito do apoio/assistência institucional recebida por alguns domicílios com Sateré-Mawé na cidade e que foi observada durante a visita aos domicílios, é que o recebimento deste apoio/assistência parece ter uma relação maior com o fato do(a) responsável pelo domicílio ter uma rede de contatos maior e/ou que transite ou tenha contato com estas instituições, em especial com relação aos escritórios do DSEI e da FUNAI em Parintins. Foi possível notar neste ponto que alguns dos domicílios visitados que nos aparentaram maior carência material e financeira não recebiam estes apoios/assistências institucionais citados. Tal observação deveria ser melhor esclarecida com pesquisas direcionadas a compreender o auxílio que as instituições que cuidam da questão indígena presentes na cidade (FUNAI e DSEI) prestam aos indígenas que residem na cidade. No âmbito da presente pesquisa, nos limitamos a relatar esta observação, sem ser possível aqui um maior aprofundamento.

Com relação aos programas assistenciais de transferência de renda, mais especificamente o recebimento de Bolsa Família, em 27 domicílios (39,1%) dos 69 entrevistados, residiam pessoas que receberam o Bolsa Família nos últimos 12 meses (Tabela 8). Em 11 destes 27 domicílios atendidos pelo Bolsa família, mais de uma pessoa residente recebia o benefício, dado existirem domicílios com mais de um núcleo familiar compartilhando a residência (gerações diferentes e graus de parentesco, basicamente). Do total de 69 domicílios entrevistados, em 20 (29,0%) residem pessoas que relataram receber o benefício de aposentadoria (Tabela 8), sendo que em 4 destes 20 domicílios, mais de uma pessoa residente relatou receber aposentadoria.

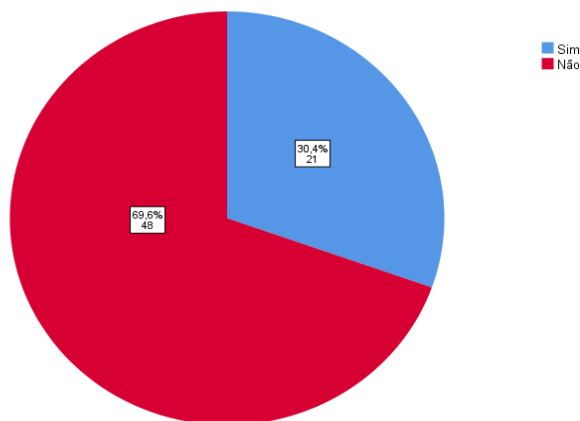
Tabela 8: Recebimento do Bolsa família ou de aposentadoria nos domicílios (n=69). Parintins, 2017.

Principal benefício assistencial recebido no domicílio	Sim	Não	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Alguém no domicílio recebeu bolsa família nos últimos 12 meses?	27 (39,1)	42 (60,9)	69 (100,0)
Alguém no domicílio recebe aposentadoria?	20 (28,9)	49 (71,1)	69 (100,0)

Ainda na coleta de dados domiciliares, direcionamos 3 perguntas ao(à) responsável pelo domicílio relativas à participação em algum tipo de associação, organização ou cooperativa indígena, pois entendemos que a manutenção de vínculo com o conhecimento e identidade étnica em indígenas nas cidades, participando da economia de mercado, era fator relacionado ao bem estar (Godoy et al., 2005a).

Observamos pelo Gráfico 10 que em 21 (30,4%) domicílios, foi citada a participação em alguma associação/organização/cooperativa indígena com finalidade política e/ou comercial e/ou econômica.

Gráfico 10: “O(A) Sr(a) participa de alguma associação/organização/cooperativa indígena com fins de organização política, comercial e/ou econômica?” (n=69) Parintins, 2017.



* Esta pergunta era realizada com o morador respondente responsável pelo domicílio.

Foi solicitado então que especificassem o nome de até 3 associações e/ou organizações e/ou cooperativas indígenas que participassem, em ordem de importância ou dedicação às atividades da organização. As respostas obtidas estão nos Gráficos 11 a 13 e indicam como primeira opção uma participação maior no Conselho Geral da Tribo Sateré-Mawé (CGTSM) com 12 pessoas (57,1%) das 21 que participavam de alguma organização. Como segunda resposta, temos a maior participação no Consórcio de Produtores Sateré-Mawé (CPSM) com 7 (63,6%) pessoas das 11 que citaram participar de uma 2ª organização. Como terceira resposta, apenas 2 pessoas estavam engajadas em 3 organizações, sendo uma delas no Conselho

Geral da Tribo Sateré-Mawé (CGTSM), indicando possivelmente uma participação menos ativa no Conselho no momento da entrevista, e a outra pessoa na Livre Academia Wará, se tratando de um movimento de fortalecimento e registro da Cultura Sateré-Mawé. Todos(as) os 21 responsáveis por domicílio responderam que a participação na associação/organização/cooperativa indígena ajudou na melhoria da própria situação socioeconômica⁷¹.

Gráfico 11: 1ª organização indígena citada (n=21). Parintins, 2017.

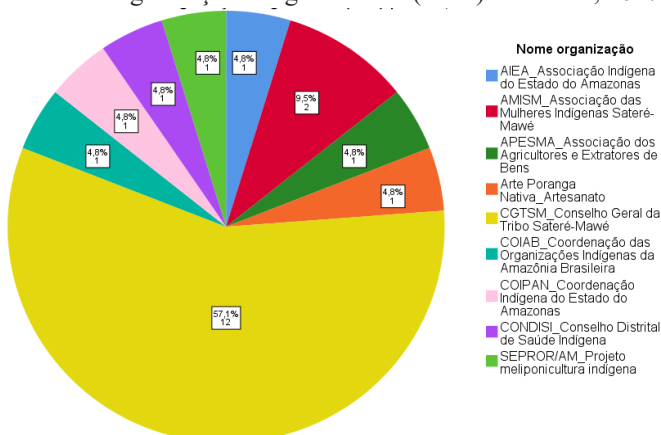
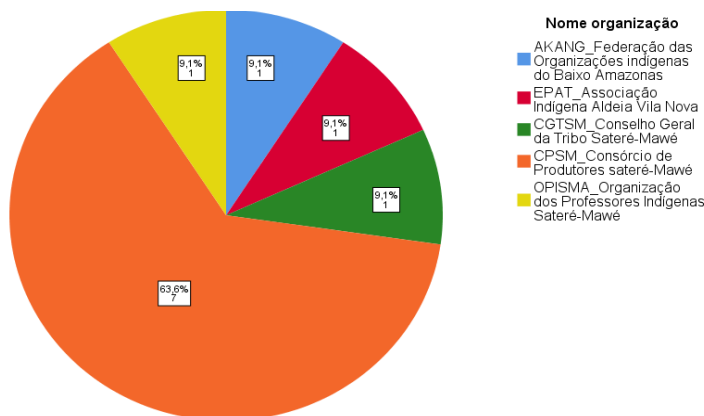
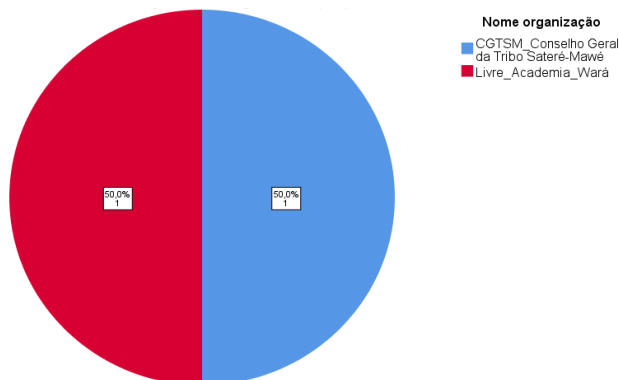


Gráfico 12: 2ª organização indígena citada (n=11). Parintins, 2017.



71 A pergunta fechada direcionada ao(à) responsável pelo domicílio “O(A) sr(a) considera que a sua participação nessa associação/organização/cooperativa indígena” tinha duas respostas: “Ajuda na melhora de sua condição socioeconômica” ou “Não influencia a sua condição socioeconômica”.

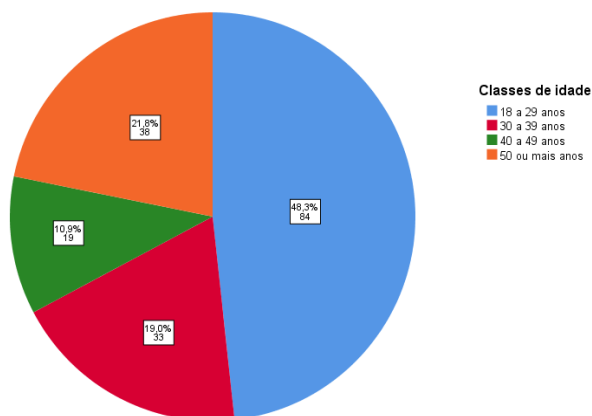
Gráfico 13: 3ª organização indígena citada (n=2). Parintins, 2017.



4.2.2 Informações demográficas e socioeconômicas dos Sateré-Mawé maiores de 18 anos de idade residentes na cidade de Parintins em 2017

Para as análises dos dados coletados individualmente, consideramos a parcela da população Sateré-Mawé acima de 18 anos de idade, que compreendia 174 pessoas. A população maior de 18 anos de idade era composta com 88 pessoas do sexo feminino (50,6%) e 86 do sexo masculino (49,4%). No Gráfico 14 podemos visualizar a população maior de 18 anos distribuída em classes de idade, com a maior parcela desta população compreendida entre 18 a 29 anos de idade (48,3%).

Gráfico 14: Classes de idade da população (n=174). Parintins, 2017.



Estaremos realizando as análises seguintes considerando a distribuição por sexo e classes de idade, agrupadas conforme as informações demográficas, socioeconômicas, de conexão com a Terra Indígena Andirá-Marau e informações de saúde que foram coletadas com os 174 indivíduos Sateré-Mawé residentes na cidade de Parintins, maiores de 18 anos de idade.

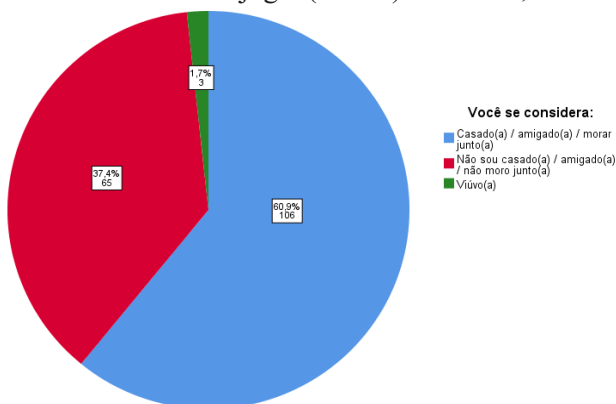
Dos 174 Sateré-Mawé maiores de 18 anos de idade, 23% (40) relataram ter nascido na cidade de Parintins. Sendo mais frequente os que relataram ter nascido na cidade de Parintins a faixa etária dos 18 a 24 anos de idade (37,9%), em oposição à faixa etária dos 40 ou mais anos, onde somente 1 pessoa relatou ter nascido na cidade de Parintins (Tabela 9).

Tabela 9: Pessoas maiores de 18 anos de idade que relataram terem nascido na cidade de Parintins, conforme classes de idade (n=174). Parintins, 2017.

Pergunta		Sexo				Classes de idade						Total	
		Masculino		Feminino		18 a 24 anos		25 a 39 anos		40 ou mais anos			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
“Você nasceu em Parintins?”	Sim	18	20,9	22	25,0	22	37,9	17	28,8	1	1,8	40	23,0
	Não	68	79,1	66	75,0	36	62,1	42	71,2	56	98,2	134	77,0
	Total	86	100,0	88	100,0	58	100,0	59	100,0	57	100,0	174	100,0

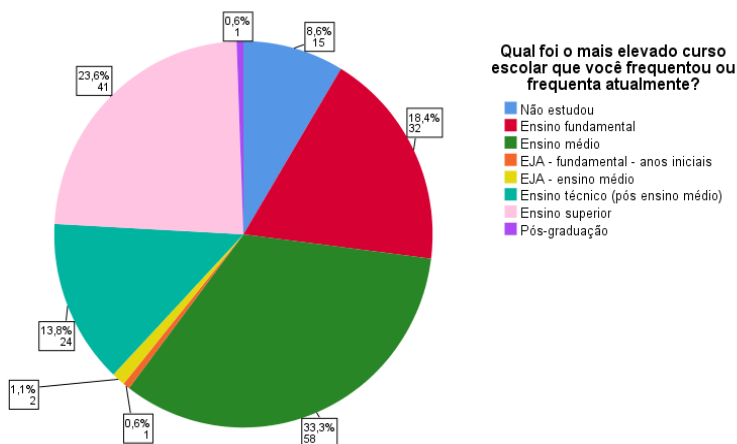
Com relação ao estado conjugal, a maior parcela (60,9%) declarou-se com algum tipo de vínculo conjugal, seja casamento ou outra conformação que implicasse em morar junto no mesmo domicílio (Gráfico 15).

Gráfico 15: Estado conjugal (n=174). Parintins, 2017.



Com relação à escolaridade (Gráfico 16), observou-se maior frequência de respostas no nível médio (33,3%), seguido do ensino superior (23,6%), relativos à pergunta sobre o mais elevado curso escolar frequentado. Deve-se ressaltar que 8,6% (15 pessoas) relataram não ter frequentado nenhuma instituição escolar de ensino formal.

Gráfico 16: Classes de escolaridade (n=174). Parintins, 2017.



Quando a informação de escolaridade é analisada conforme as categorias de sexo e classes de idade, agregando-se as etapas de ensino, observamos, conforme a Tabela 10, que o sexo masculino possui uma frequência significativamente maior (45,3%) que o sexo feminino (30,7%) na categoria de “posterior ao ensino médio e superior”. A faixa de idade dos 40 ou mais anos de idade é significativamente mais presente (63,2%) na categoria “fundamental ou sem instrução”, em comparação com as classes de idade mais jovens, observando-se um gradiente crescente de frequência nesta categoria conforme o avançar das faixas etárias aqui considerada.

Tabela 10: Classes de escolaridade conforme sexo e faixa etária (n=174).
Parintins, 2017.

Variável	Categoria	Sexo				Classes de idade						Total	
		Masculino		Feminino		18 a 24 anos		25 a 39 anos		40 ou mais anos			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Escolaridade	Fundamental ou sem instrução	20	23,3	28	31,8	4	6,9	8	13,6	36	63,2	48	27,6
	Ensino médio	27	31,4	33	37,5	28	48,3	24	40,7	8	14,0	60	34,5
	Posterior ao ensino médio e superior	39	45,3	27	30,7	26	44,8	27	45,8	13	22,8	66	37,9
	Total	86	100,0	88	100,0	58	100,0	59	100,0	57	100,0	174	100,0

Com relação ao trabalho, a maior parcela (52,9%) dos entrevistados respondeu não trabalhar no momento, conforme Gráfico 17. Observa-se no Gráfico 18 que o sexo masculino (30,5%) foi mais frequente que o feminino (19%) no status de estar trabalhando, bem como um gradiente crescente de status “estar trabalhando” conforme o aumento das classes etárias consideradas (Gráfico 19).

Gráfico 17: “Você trabalha?” (n=174). Parintins, 2017.

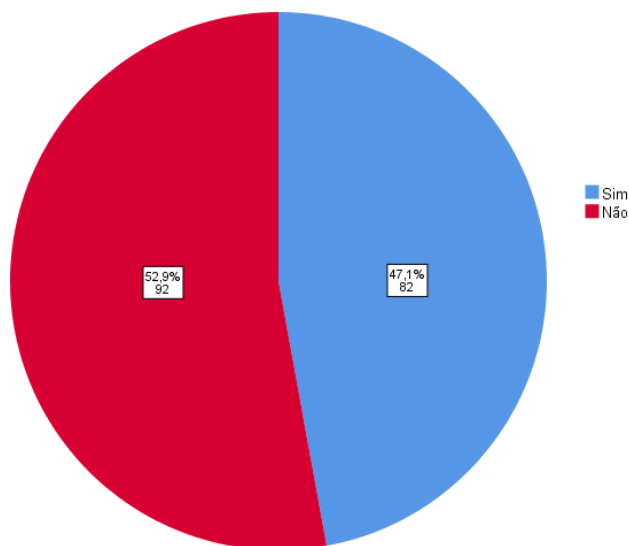


Gráfico 18: Status de trabalhar conforme sexo (n=174). Parintins, 2017.

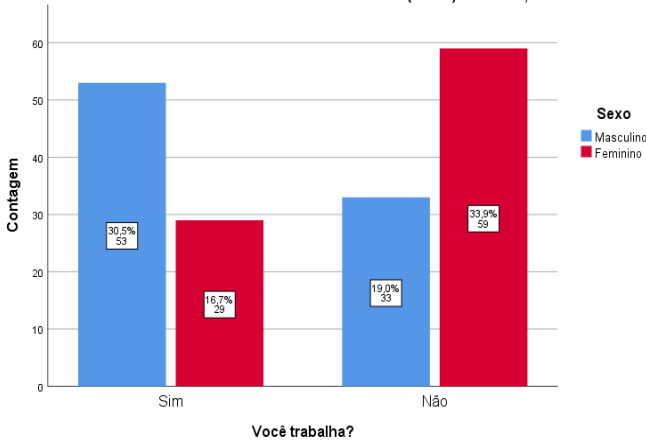
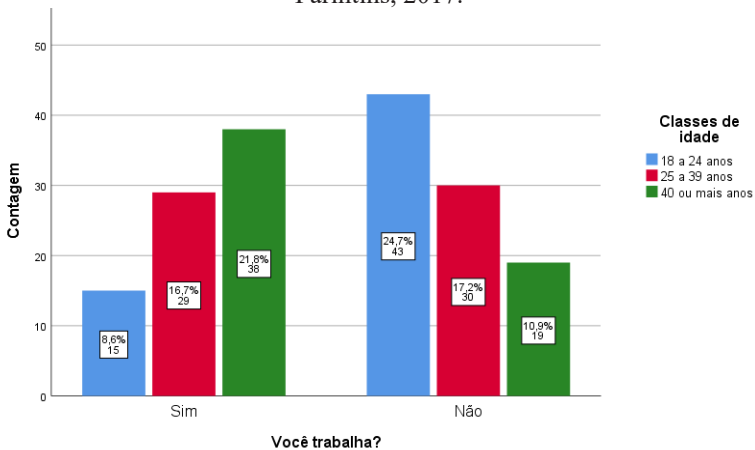


Gráfico 19: Status de trabalhar conforme classes de idade (n=174). Parintins, 2017.



Para as pessoas que responderam trabalhar (82 no total de 174), foram feitas questões complementares a fim de compreender a natureza e grau de formalidade do trabalho, conforme pode ser verificado na Tabela 11. Observa-se para o sexo masculino, em comparação com o feminino, respectivamente, maior percentual relatado de trabalho fora de casa (90,6% e 61,1%), trabalho com hora fixa (62,3% e 34,5%) e com carteira assinada (47,2% e 20,7%). Considerando todas as 82 respostas obtidas cabe ressaltar que 18,3% (15 respostas) das pessoas relataram não receber renda pela realização

do trabalho, bem como a menos da metade (37,8%) de pessoas que declararam trabalhar fora do domicílio o faziam com carteira assinada.

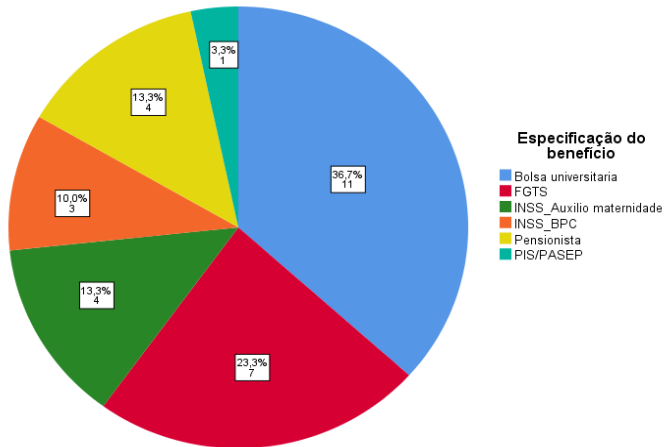
Tabela 11: Caracterização do vínculo, regularidade e formalidade do trabalho relatado (n=82). Parintins, 2017.

Trabalho	Res-posta	Sexo				Classes de idade						Total	
		Mascu-lino		Feminino		18 a 24 anos		25 a 39 anos		40 anos ou mais			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Fora de casa?	Sim	48	90,6	18	62,1	12	80,0	25	86,2	29	76,3	66	80,5
	Não	5	9,4	11	37,9	3	20,0	4	13,8	9	23,7	16	19,5
Hora fixa?	Sim	33	62,3	10	34,5	10	66,7	17	58,6	16	42,1	43	52,4
	Não	20	37,7	19	65,5	5	33,3	12	41,4	22	57,9	39	47,6
Recebe renda?	Sim	44	83,0	23	79,3	13	86,7	25	86,2	29	76,3	67	81,7
	Não	9	17,0	6	20,7	2	13,3	4	13,8	9	23,7	15	18,3
Tem carteira assinada?	Sim	25	47,2	6	20,7	4	26,7	12	41,4	15	39,5	31	37,8
	Não	28	52,8	23	79,3	11	73,3	17	58,6	23	60,5	51	62,2
Renda é fixa nos meses?	Sim	27	50,9	10	34,5	8	53,3	14	48,3	15	39,5	37	45,1
	Não	26	49,1	19	65,5	7	46,7	15	51,7	23	60,5	45	54,9
Total		53	100,0	29	100,0	15	100,0	29	100,0	38	100,0	82	100,0

Além das informações domiciliares sobre recebimento de Bolsa Família e aposentadoria coletadas com o(a) responsável pelo domicílio (apresentado Tabela 8), foi perguntado em nível individual à cada um dos entrevistados se recebiam algum tipo de auxílio assistencial, benefício ou bolsa que complementasse seus rendimentos. Das 174 pessoas entrevistadas, foi possível observar que 30 (17,24%) pessoas relataram receber algum benefício complementar à renda, sendo as bolsas oferecidas pela Universidade⁷² as mais frequentes (36,7%), seguidas pelo Fundo de Garantia por Tempo de Serviço/FGTS (23,3%) entre as 30 pessoas entrevistadas que receberam outro benefício complementar (Gráfico 20).

⁷² Na cidade de Parintins estão presentes campus da Universidade Federal do Amazonas, da Universidade Estadual do Amazonas e do Instituto Federal do Amazonas.

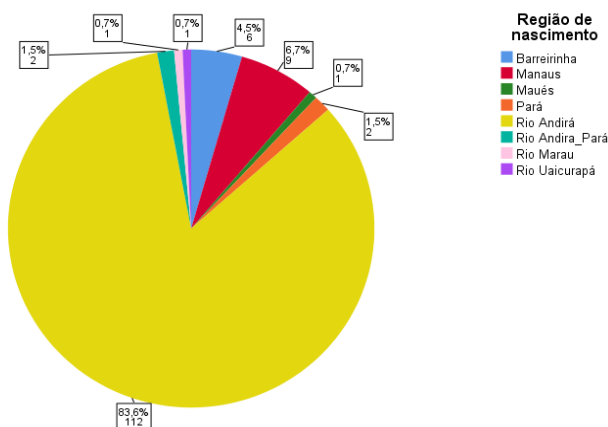
Gráfico 20: Outros benefícios recebidos que complementam a renda individual (n=30). Parintins, 2017.



4.2.3 Indicadores étnicos e de vínculo com a Terra Indígena Andirá-Marau na população Sateré-Mawé maior de 18 anos residente em Parintins no ano de 2017

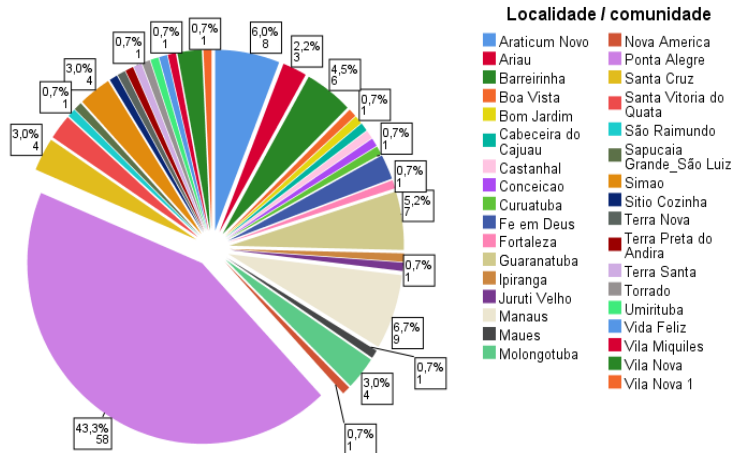
Pelas informações já apresentadas anteriormente (Tabela 9), sabemos que 40 pessoas (23%) do total de 174 entrevistadas nasceram na cidade de Parintins. No Gráfico 21 temos as regiões de nascimento citadas pelos entrevistados que não nasceram na cidade de Parintins (134 pessoas), podendo verificar que a maior parcela (83,6%) relatou ter nascido em alguma comunidade no estado do Amazonas na região do rio Andirá, rio que atravessa a Terra Indígena Andirá-Marau, dos Sateré-Mawé (região de divisa entre Amazonas e Pará), seguido por nascimentos na cidade de Manaus (6,7%) e no município de Barreirinha (4,5%), que é um município próximo à Terra Indígena Andirá-marau. Cabe ressaltar que se considerarmos as 2 (1,5%) respostas de nascimento ocorrido no Rio Andirá, porém já no estado do Pará, o percentual de nascidos na região do rio Andirá sobe para 85,1% das 134 respostas coletadas.

Gráfico 21: Região de nascimento, excluindo os nascidos na cidade de Parintins (n=134). Parintins, 2017.



No Gráfico 22 podemos visualizar a localidade mais precisa de nascimento conforme relatado pelos 134 entrevistados que não nasceram na cidade de Parintins. Podemos observar uma grande diversidade de localidades, sendo a maior parte composta por comunidades e aldeias localizadas na Terra Indígena Andirá-Marau ou terras adjacentes. Com exceção das localidades que compreendem cidades/núcleos urbanos nos municípios, a saber, Barreirinha (AM), Boa Vista (RR), Juruti Velho (PA), Manaus (AM) e Terra Santa (PA), todas as demais localidades são aldeias na Terra Indígena Andirá-marau ou comunidades na área rural dos municípios circunvizinhos à terra indígena. A maior parte dos nascimentos relatados (43,3%) ocorreu na aldeia de Ponta Alegre, na região do rio Andirá, na Terra Indígena dos Sateré-Mawé, sendo uma aldeia de grande porte e uma das primeiras aldeias na entrada da terra indígena pela via fluvial.

Gráfico 22: Localidade de nascimento, excluindo os nascidos na cidade de Parintins (n=134). Parintins, 2017.



Podemos observar no Gráfico 23 que a maior parcela (62,6%) dos respondentes da pesquisa relatou ter nascido em localidade dentro da Terra Indígena Andirá-Marau dos Sateré-Mawé. Também a maior parcela (85,6%) dos respondentes declarou já ter morado em algum momento da vida na Terra Indígena Andirá-Marau, conforme Gráfico 24.

Gráfico 23: “O local de seu nascimento é terra indígena?” (n=174). Parintins, 2017.

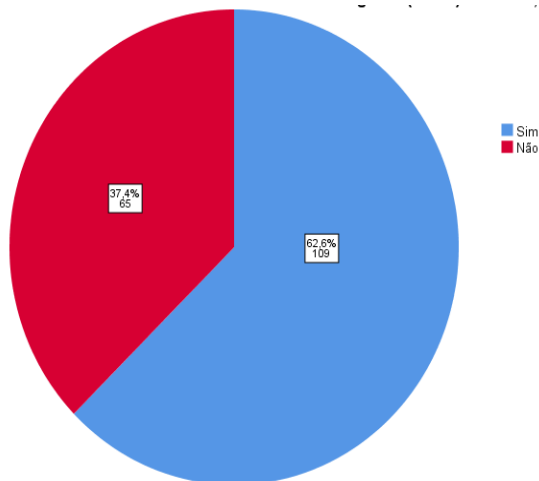
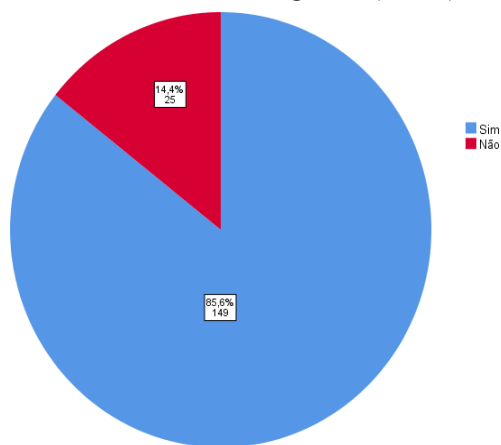
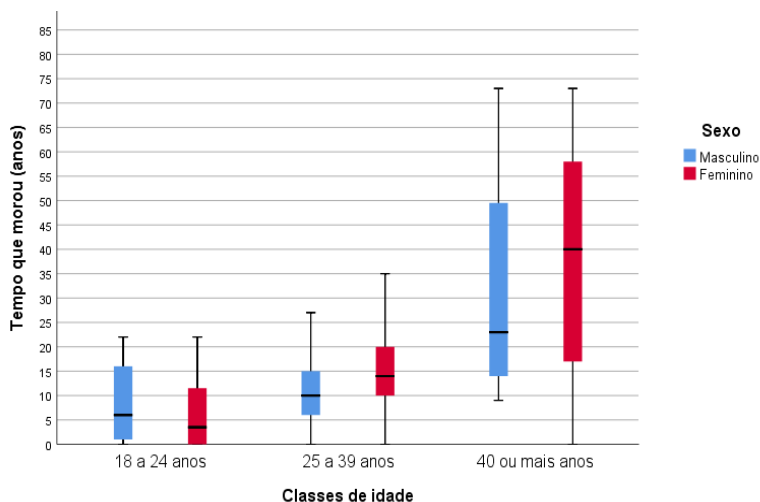


Gráfico 24: “Já morou em terra indígena?” (n=174). Parintins, 2017.



Quando visualizadas as medianas de tempo de moradia na Terra Indígena Andirá-Marau relatadas pelos entrevistados, conforme Gráfico 25, observamos medianas (ou seja, até metade do total de pessoas consideradas) maiores de tempo de moradia para as mulheres na faixa etária dos 25 a 39 anos de idade e 40 ou mais anos de idade.

Gráfico 25: Tempo que morou em terra indígena (anos) conforme sexo e classes de idade (n=174). Parintins, 2017.



Na Tabela 12 podemos visualizar a média (X) e desvio padrão (D.P.) relativas ao percentual de vida residindo na Terra Indígena Andirá-Marau ou na cidade de Parintins⁷³. Observamos uma maior média de tempo de vida residindo na terra indígena para o sexo masculino (44,4%), sendo o feminino o que mais residiu em porcentagem de tempo de vida (42,5%) na cidade de Parintins. Quando analisamos as diferenças entre as classes de idade, notamos um gradiente crescente de percentual de tempo de vida residindo na terra indígena conforme o avançar das faixas etárias (indo de 34,4% a 56,7% na faixa etária mais avançada), e o contrário ocorrendo para o tempo de residência na cidade de Parintins, ou seja, as faixas etárias mais jovens com um maior percentual de vida residindo na cidade (49,7% contra 45,3% e 30,7% nas demais faixas etárias respectivamente). Quando observamos a população como um todo, visualizamos médias semelhantes de relatos de tempo de vida residindo na terra indígena (43,8%) ou na cidade de Parintins (42%).

Tabela 12: Percentual da vida residindo na Terra Indígena Andirá-Marau ou na cidade de Parintins (n=174). Parintins, 2017.

Variável	Sexo				Classes de idade							
	Masculino		Feminino		18 a 24 anos		25 a 39 anos		40 ou mais anos		Total	
	X	D.P.	X	D.P.	X	D.P.	X	D.P.	X	D.P.	X	D.P.
Percentual da vida morando em Terra Indígena Andirá-Marau	,444	,320	,432	,314	,344	,335	,406	,256	,567	,316	,438	,316
Percentual da vida morando cidade de Parintins	,415	,304	,425	,315	,497	,364	,453	,292	,307	,225	,420	,309

^a Trata-se de uma informação calculada individualmente, dividindo-se o tempo em anos residindo na terra indígena ou na cidade de Parintins pela idade de cada respondente.

Somente uma pessoa (0,6%) das 174 entrevistadas relatou nunca ter visitado a Terra Indígena Andirá-Marau dos Sateré-Mawé. Na Tabela 13 temos a quantidade de visitas no último ano (“últimos 12 meses”) relatadas pelos entrevistados, sendo possível observar que a média de visitas dos respondentes do sexo masculino (10,8

73 O percentual de vida foi calculado individualmente realizando-se a divisão do tempo relatado de residência (na terra indígena ou na cidade) pela idade de cada indivíduo. Desta forma, os valores podem ser comparados sem a interferência de um maior tempo de vida nas classes de idade mais avançadas quando comparadas com as mais jovens.

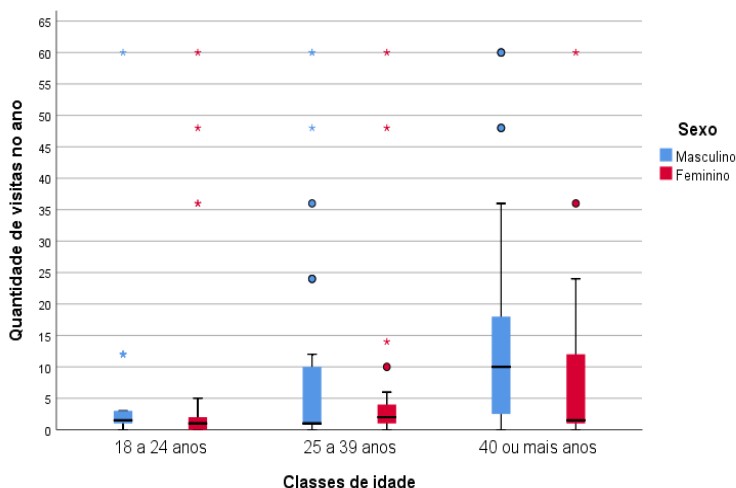
visitas no ano) foi maior que o feminino (7,1 visitas no ano). Considerando as classes de idade, pode-se observar um gradiente crescente conforme o avançar da idade, de uma média de 6 visitas para o grupo dos 18 a 24 anos para 12,4 visitas no ano no grupo dos 40 ou mais anos de idade. É importante ressaltar na interpretação dos dados da Tabela 13, que o desvio padrão aumentado indica grande variação no número individual de visitas, ou seja, algumas pessoas com muitas visitas, outras com poucas ou nenhuma. Observamos também que a média de visitas à terra indígena da população indígena residente na cidade de Parintins foi de 9 visitas ao ano, com uma grande variabilidade (desvio padrão de 15,5).

Tabela 13: Número médio de visitas à Terra Indígena Andirá-Marau relatado (n=174). Parintins, 2017.

Variável	Sexo				Classes de idade							
	Masculino		Feminino		18 a 24 anos		25 a 39 anos		40 ou mais anos		Total	
	X	D.P.	X	D.P.	X	D.P.	X	D.P.	X	D.P.	X	D.P.
Visitas à terra indígena nos últimos 12 meses	10,8	16,6	7,1	14,2	6,0	13,8	8,5	15,9	12,4	16,4	9,0	15,5

A extrema variabilidade no número de visitas relatadas pelos indivíduos pode ser melhor visualizada no Gráfico 26, onde podemos visualizar os diagramas de caixa relativos à quantidade de visitas à Terra Indígena Andirá-Marau na população conforme sexo e classes de idade. Os diagramas mostram a linha escura que corresponde à mediana observada para cada subgrupo, ou seja, delimitando a metade daquele subgrupo observado. Vemos por exemplo, que no grupo dos 40 anos de idade ou mais, metade deste subgrupo relatou até 10 visitas na terra indígena nos últimos 12 meses, com valores extremos, como alguns sujeitos relatando até 60 visitas no ano.

Gráfico 26: Quantidade de visitas em um ano (12 meses) à Terra Indígena Andirá-Marau, conforme sexo e classes de idade (n=174). Parintins, 2017.



Foi perguntado também aos 142 respondentes que relataram ter visitado pelo menos 1 vez nos últimos 12 meses a Terra Indígena Andirá-Marau, o principal motivo da visita, sendo dadas as opções de finalidades: social, de trabalho, de representação política, de produção (agrícola, coleta) e cerimonial. Na Tabela 14 temos a disposição das finalidades da visita conforme sexo e classes de idade. Observamos no geral que a finalidade mais citada por 95,8% dos 142 que visitaram a terra indígena foi a finalidade social (visita a parentes), seguida pela finalidade cerimonial (73,9%) e trabalho (53,3%). Com relação à diferença entre os sexos, a finalidade citada de trabalho foi mais presente no sexo masculino (66,2%, contra 44,6 no feminino) e na representação política (28,6% contra 7,7%). Quando analisamos as classes de idade, observamos que o grupo dos 40 anos ou é mais presente nos motivos de ida à terra indígena para a representação política (40,8%), sendo nula esta finalidade relatada pelo grupo dos 18 a 24 anos de idade. Na finalidade de produção (participação em atividades da agricultura, preparação da farinha ou fabrico do guaraná), a classe dos 40 ou mais anos de idade é mais frequente que as demais (65,3%). Na finalidade de trabalho (ativida-

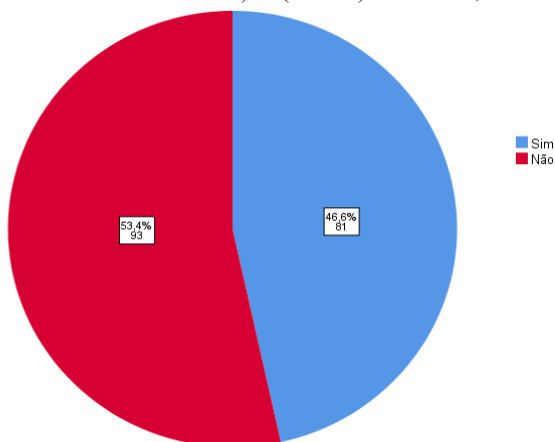
des profissionais ou ocupações que envolvessem estar na terra indígena), a presença da categoria mais jovem, dos 18 a 24 anos de idade é menor que a dos demais grupos etários considerados.

Tabela 14: Finalidade relatada pelos entrevistados para a visita à Terra Indígena Andirá-Marau nos últimos 12 meses (n=142). Parintins, 2017.

Finalidade da visita à terra indígena	Sexo				Classes de idade						Total	
	Masculino		Feminino		18 a 24 anos		25 a 39 anos		40 ou mais anos			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Social	73	94,8	63	96,9	43	97,7	46	93,9	47	95,9	136	95,8
Trabalho	51	66,2	29	44,6	16	36,4	30	61,2	34	69,4	80	56,3
Representação política	22	28,6	5	7,7	0	,0	7	14,3	20	40,8	27	19,0
Produção (agricultura, coleta)	28	36,4	29	44,6	8	18,2	17	34,7	32	65,3	57	40,1
Cerimonial	57	74,0	48	73,8	35	79,5	34	69,4	36	73,5	105	73,9
Total	77	100,0	65	100,0	44	100,0	49	100,0	49	100,0	142	100,0

Embora não envolva necessariamente a visita à Terra Indígena Andirá-Marau, as trocas de produtos entre familiares (ou “parentes”) que ficaram na terra indígena com outros na cidade de Parintins pareceram ser constantes e fortes (o fluxo de barcos entre terra indígena e cidade é regular). Quando perguntados se obtinham algum produto da terra indígena que pudessem comercializar, 81 pessoas (46,6%) responderam positivamente, conforme Gráfico 27. Nas ocasiões de visita aos domicílios um produto de origem na terra indígena muito presente nas residências para consumo ou mesmo sendo comercializado na cidade era a farinha de mandioca. Seja enviado por parentes via barcos, ou adquirido em idas à terra indígena, o fluxo e troca de mercadorias produzidas por lá parece ser importante, entre os que estão na cidade, seja para complemento na renda, na alimentação, ou mesmo na manutenção do vínculo étnico-cultural.

Gráfico 27: “Você se beneficia economicamente de algum produto gerado na Terra Indígena Andirá-Marau (ex: artesanato, produção cultural, produto do extrativismo)?” (n=174). Parintins, 2017.



Com relação à língua Sateré-Mawé, inicialmente foi perguntado se possuíam algum conhecimento na língua, ao que 140 (80,5%) responderam que sim. Aos 140 que responderam possuir algum conhecimento na língua Sateré-Mawé, foram realizadas 4 perguntas sobre a capacidade de entender, falar, ler e escrever o Sateré-Mawé, sendo possível as opções de “sim”, “não” e “mais ou menos”, visando oferecer uma opção intermediária na competência linguística. Na Tabela 15 podemos observar no geral que 67,9% dos 140 respondentes entendem bem o Sateré-Mawé, porcentagem menor declarou falar bem (53,6%) a língua Sateré-Mawé. Ler (32,9%) e escrever bem (27,9%) a língua Sateré-Mawé teve menores percentuais.

Quando consideramos as diferenças entre sexo, observamos que maior percentual do sexo masculino declarou saber ler bem (40,5% contra 24,2%) e escrever bem (39,2% contra 15,2%) em relação ao sexo feminino. Com relação às classes de idade, observamos um percentual maior de pessoas que relataram entender bem a língua na classe dos 40 ou mais anos de idade (89,1%), seguido pelos mais jovens, de 18 a 39 anos, com 61,8%. Mesmo comportamento é observado na habilidade de falar o Sateré-Mawé, com os mais idosos, de 40 ou mais anos de idade com maiores percentuais (70,9%), seguidos pelos mais jovens, de 18 a 39 anos de idade, com 55,9%. Tal comportamento é o inverso com as habilidades de leitura

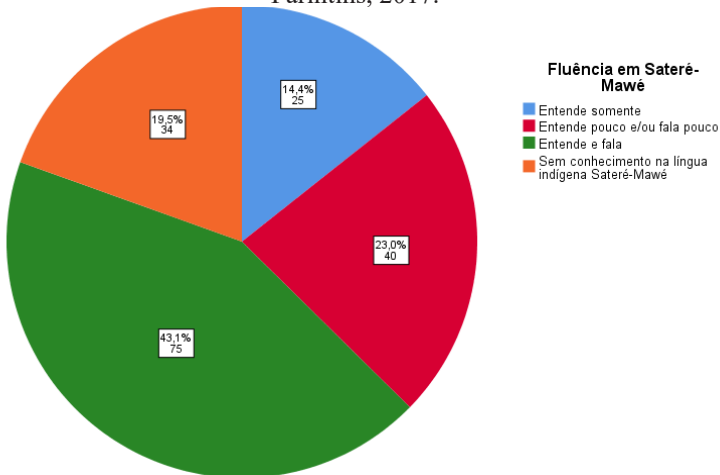
e escrita, com os maiores percentuais sendo observados para os mais jovens, de 18 a 39 anos (41,2% e 38,2%, respectivamente), seguidos pelos de maior idade, maiores de 40 anos (32,7% e 29,1%, respectivamente).

Tabela 15: Habilidade declarada na língua Sateré-Mawé conforme capacidade de entendimento, fala, leitura e escrita (n=140). Parintins, 2017.

Habilidade	Resposta	Sexo				Classes de idade						Total	
		Masculino		Feminino		18 a 24 anos		15 a 39 anos		40 anos ou mais			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Entender	Sim	51	68,9	44	66,7	21	61,8	25	49,0	49	89,1	95	67,9
	Mais ou menos	23	31,1	22	33,3	13	38,2	26	51,0	6	10,9	45	32,1
Falar	Sim	37	50,0	38	57,6	19	55,9	17	33,3	39	70,9	75	53,6
	Mais ou menos	26	35,1	14	21,2	7	20,6	19	37,3	14	25,5	40	28,6
Ler	Sim	30	40,5	16	24,2	14	41,2	14	27,5	18	32,7	46	32,9
	Mais ou menos	12	16,2	14	21,2	6	17,6	11	21,6	9	16,4	26	18,6
Escrever	Sim	29	39,2	10	15,2	13	38,2	10	19,6	16	29,1	39	27,9
	Mais ou menos	9	12,2	16	24,2	5	14,7	12	23,5	8	14,5	25	17,9
Total		74	100,0	66	100,0	34	100,0	51	100,0	55	100,0	140	100,0

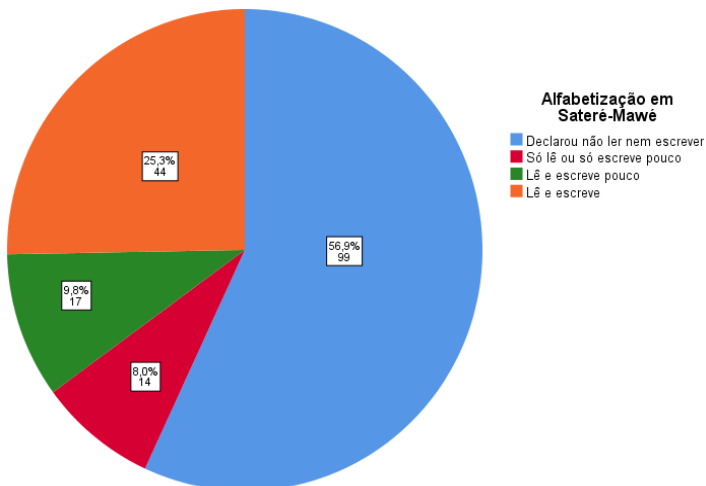
Podemos analisar a habilidade linguística ainda associando as respostas de “sim” e “mais ou menos” para as habilidades agregadas de entendimento e fala e capacidade de leitura e escrita, gerando as informações que denominamos de “fluência na língua Sateré-Mawé”, compreendendo a capacidade de entender e falar, e “alfabetização na língua Sateré-Mawé”, compreendendo a capacidade de ler e escrever. No Gráfico 28, relativo à fluência na língua, observamos que pouco menos da metade (43,1%) da população entrevistada (174 sujeitos maiores de 18 anos de idade) residente na cidade de Parintins, entende e fala a língua Sateré-Mawé, enquanto que 23% entende e/ou fala pouco, 19% não entende nem fala (sem conhecimento na língua Sateré-Mawé) e 14,4% entende a língua somente.

Gráfico 28: Fluência na língua Sateré-Mawé (entender e falar) (n=174).
Parintins, 2017.



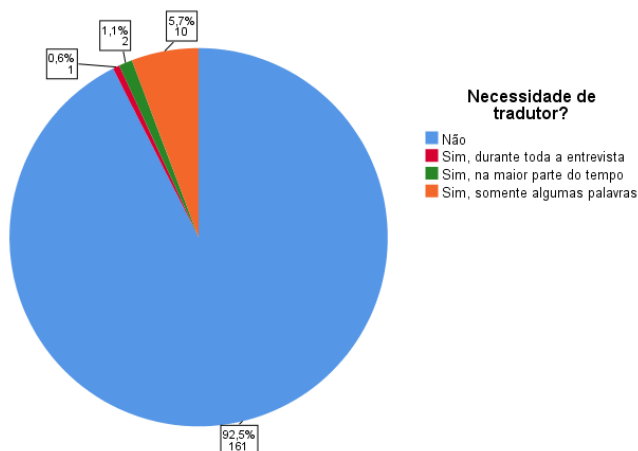
Com relação à alfabetização na língua Sateré-Mawé, podemos observar no Gráfico 29 que mais da metade da população entrevistada (56,9%) declarou não ler nem escrever, enquanto que os que lêem e escrevem na língua são 25,3%, os que lêem e escrevem pouco correspondem a 9,8% e que somente lê ou somente escreve pouco são 8% da população.

Gráfico 29: Alfabetização na língua Sateré-Mawé (ler e escrever) (n=174).
Parintins, 2017.



Com relação à necessidade da ajuda de um tradutor e intérprete da língua Sateré-Mawé para a realização das entrevistas com a população, embora a maior parcela (92,5%) dos entrevistados não necessitou de intérprete (não obstante, a equipe de pesquisa de campo contava com um intérprete fluente na língua Sateré-Mawé nas visitas domiciliares), pelo menos 13 pessoas (7,4% do total) necessitaram em algum momento da ajuda do intérprete para traduzir: algumas palavras (10 pessoas, ou 5,7% do total), boa parte da entrevista (2 pessoas, ou 1,1%) ou mesmo toda a entrevista (1 pessoa, 0,8% do total) para o(a) entrevistado(a), conforme pode ser visualizado no Gráfico 30.

Gráfico 30: Foi necessário que alguém auxiliasse o entrevistador na tradução do português para o Sateré-Mawé na realização desta entrevista? (n=174). Parintins, 2017.

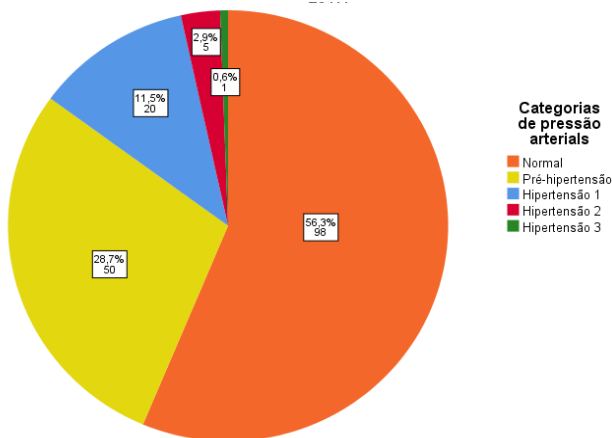


4.2.4 Informações de saúde da população Sateré-Mawé maior de 18 anos de idade na cidade de Parintins em 2017

Nesta seção analisaremos os dados coletados relativos à situação de saúde da população Sateré-Mawé maior de 18 anos de idade na cidade de Parintins em 2017. Estaremos gerando informações a fim de oferecer um panorama de saúde com foco nas DCNT's (doenças crônicas não-transmissíveis): hipertensão, excesso de peso e obesidade, bem como alguns de seus fatores de risco (inatividade física, circunferência de cintura aumentada) e hábitos associados (comportamento sedentário: tempo assistindo televisão).

Com relação à pressão arterial, observamos pelo critério de automedida (Brasil et al., 2013) a indicação da presença de pressão alterada em pelo menos 43,6% (76 pessoas) da população acima dos 18 anos de idade, sendo 28,7% classificados com indicativo de pré-hipertensão, 11,5% com hipertensão estágio 1, 2,9% com indicativo de hipertensão estágio 2 e 1 pessoa (0,6%) com indicativo de hipertensão no estágio 3⁷⁴, conforme pode ser visualizado no Gráfico 31.

Gráfico 31: Classificação da pressão arterial automedida considerando 5 categorias de pressão arterial (n=174). Parintins, 2017.



Podemos observar na Tabela 16, a prevalência das classes de pré-hipertensão e hipertensão⁷⁵ conforme as categorias de sexo e classes de idade. Observamos para o sexo feminino uma maior prevalência da pressão considerada normal (69,3% contra 43% no sexo masculino), enquanto que o sexo masculino é mais frequente na categoria de pré-hipertensão (40,7% contra 17% no sexo feminino). Quando consideramos as classes de idade, observamos uma maior frequência (33,3%) do estrato etário mais avançado, 40 ou mais anos de idade, na classificação de hipertensão, bem como pode ser obser-

74 Conforme Caderno de Atenção Básica relativo à hipertensão arterial sistêmica (Brasil et al., 2013), os valores de referência para a classificação da pressão arterial são: a) limítrofe ou pré-hipertensão: pressão sistólica entre 130 a 139 mmHg, diastólica entre 85 a 89 mmHg; b) hipertensão estágio 1: pressão sistólica entre 140 a 159 mmHg, diastólica entre 90 a 99 mmHg; c) hipertensão estágio 2: pressão sistólica entre 160 a 179 mmHg, diastólica entre 100 a 109 mmHg; d) hipertensão estágio 3: pressão sistólica maior ou igual a 180 mmHg, diastólica maior ou igual a 110 mmHg. As aferições de pressão foram feitas por esfigmomanômetro digital de pulso, devidamente calibrado pelo próprio entrevistado.

75 Considerando aqui a agregação da classificação da hipertensão nos 3 níveis considerados.

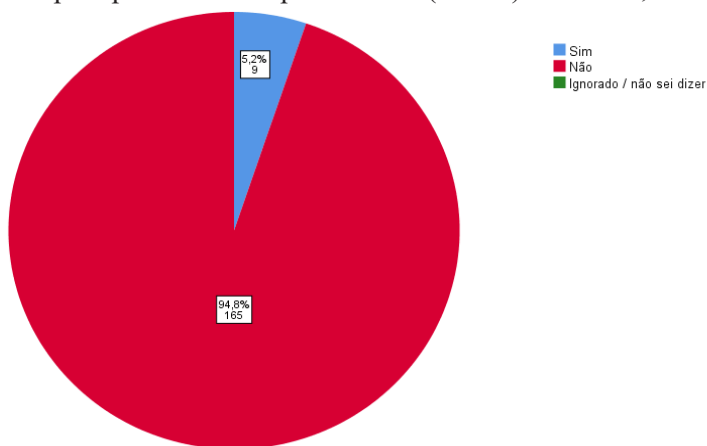
vado um gradiente decrescente de maior frequência na classificação de pressão normal conforme o avançar das classes de idade, sendo 75,9% na faixa dos 18 a 24 anos e 62,7% e 29,8% nas classes de idade seguintes.

Tabela 16: Indicação da classificação da pressão arterial da população Sateré-Mawé acima de 18 anos residente em Parintins (n=174). Parintins, 2017.

Classificação da pressão arterial	Sexo				Classes de idade							
	Masculino		Feminino		18 a 24 anos		25 a 39 anos		40 ou mais anos		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Normal	37	43,0	61	69,3	44	75,9	37	62,7	17	29,8	98	56,3
Pré-hipertensão	35	40,7	15	17,0	12	20,7	17	28,8	21	36,8	50	28,7
Hipertensão	14	16,3	12	13,6	2	3,4	5	8,5	19	33,3	26	14,9
Total	86	100,0	88	100,0	58	100,0	59	100,0	57	100,0	174	100,0

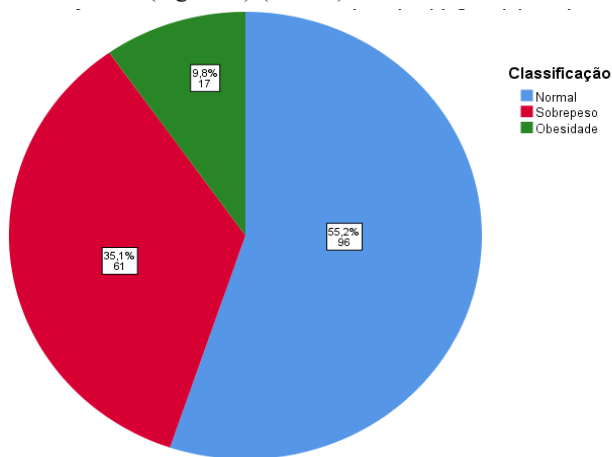
Embora a medida casual da pressão arterial não tenha a força de diagnóstico para a hipertensão arterial, a indicação de que pelo menos 26 pessoas (quase 15% da população) poderia estar com a presença de hipertensão, associada à informação de que apenas 9 (de 26 com pressão alterada) pessoas estavam utilizando no período da entrevista algum remédio para controle da hipertensão (conforme Gráfico 31) é uma realidade preocupante e que merece atenção dado os riscos de agravamento da situação de saúde deste grupo, com aumento da morbi-morbidade associados a um mau controle da pressão arterial.

Gráfico 32: “Você está usando atualmente algum remédio de farmácia para pressão alta/hipertensão?” (n=174). Parintins, 2017.



Para a população dos Sateré-Mawé acima dos 18 anos de idade foi observado que pouco mais da metade (55,2%) apresentou Índice de Massa Corporal adequado, na classificação normal⁷⁶. Não obstante, 44,9% foi classificada com excesso de peso, sendo 9,8% com obesidade, conforme pode ser visualizado no Gráfico 32.

Gráfico 33: Classificação conforme o índice de massa corporal (IMC) (Kg/m.m) (n=174). Parintins, 2017.



⁷⁶ Considera-se normal para adultos um índice de massa corporal (kg/m^2) maior ou igual a 18,5 e menor que 25 kg/m^2 , como sobrepeso, valores entre 25 e 30 kg/m^2 e obesidade valores maiores ou iguais a 30 kg/m^2 (Brasil et al., 2011).

Quando comparamos a classificação do índice de massa corporal entre as categorias de sexo e classes de idade (Tabela 17), observamos pouca diferença entre os sexos, embora o sexo feminino tenha um percentual ligeiramente maior de pessoas obesas (12,5% contra 7% no sexo masculino). A faixa etária mais avançada, acima dos 40 anos é a mais presente tanto nos percentuais de sobrepeso (56,1%) como de obesidade (15,8%), sendo possível observar um gradiente crescente no sobrepeso e obesidade conforme o aumento das classes de idade.

Tabela 17: Classificações do índice de massa corporal (Kg/m.m) e da circunferência da cintura (cm) da população Sateré-Mawé maior de 18 anos de idade conforme sexo e classes de idade (n=174). Parintins, 2017.

Variável	Catego- ria	Sexo				Classes de idade						Total	
		Mascu- lino		Femini- no		18 a 24 anos		25 a 39 anos		40 ou mais anos			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Índice de Massa Corporal (Kg/m.m)	Normal	48	55,8	48	54,5	49	84,5	31	52,5	16	28,1	96	55,2
	Sobre- peso	32	37,2	29	33,0	8	13,8	21	35,6	32	56,1	61	35,1
	Obesi- dade	6	7,0	11	12,5	1	1,7	7	11,9	9	15,8	17	9,8
Circunfe- rência de cintura	Normal	63	73,3	37	42,0	51	87,9	28	47,5	21	36,8	100	57,5
	Risco elevado	23	26,7	51	58,0	7	12,1	31	52,5	36	63,2	74	42,5
Total		86	100,0	88	100,0	58	100,0	59	100,0	57	100,0	174	100,0

Ainda na Tabela 17 podemos visualizar outro importante indicador de risco para o aparecimento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, em especial para as doenças cardiovascular, que é a medida da cintura em centímetros⁷⁷, para homens e para mulheres (Brasil et al., 2011). Observamos para o sexo feminino um maior percentual de pessoas classificadas como risco elevado considerando esta medida (58% contra 26,7% nos homens). Quando observamos a diferença entre as classes de idade, verificamos um gradiente crescente de risco aumentado conforme o aumento das classes de idade, de 12,1% na classe de 18 a 24 anos, chegando a 63,2% na classe dos 40 ou mais anos de idade. No geral, 42,5% da população

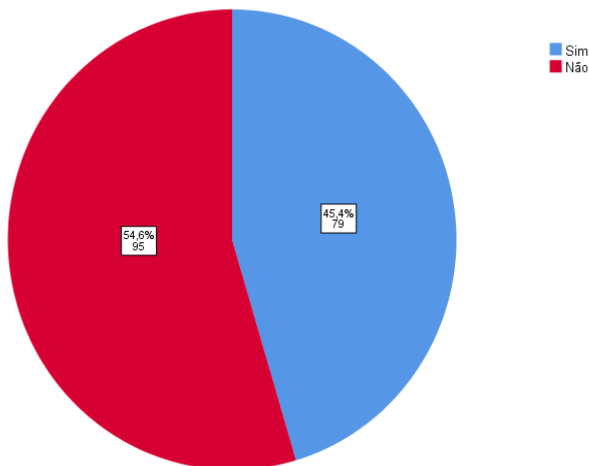
⁷⁷ Considera-se a medida em centímetros da circunferência de cintura para determinar o ponto de corte para risco aumentado para doenças cardiovasculares, sendo de valores maiores ou iguais a 94 cm em homens e maiores ou iguais a 80 cm em mulheres.

está classificada como estando em risco aumentado para o aparecimento de doenças cardiovasculares conforme avaliação pela circunferência da cintura.

A pesquisa coletou dados sobre o perfil de atividade física da população Sateré-Mawé acima de 18 anos de idade residente na cidade de Parintins. A inatividade física é fator de risco para aparecimento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (Brasil and Ministério da Saúde, 2011; Hallal and Florindo, 2011; Hallal et al., 2003; Trude et al., 2016) e sua prática ocorre cotidianamente em seus diversos domínios, a saber: atividade física de lazer, de deslocamento, no trabalho e no domicílio (Hallal and Florindo, 2011).

A população pesquisada foi perguntada sobre a prática de exercícios físicos ou esporte nos últimos 3 meses, ao que mais da metade (54,6%) declarou não ter praticado exercícios físicos ou esportes (não se considerando sessões de fisioterapia) nos últimos 3 meses antes da entrevista, como pode ser visualizado no Gráfico 33.

Gráfico 34: “Nos últimos 3 meses você praticou algum tipo de exercício físico ou esporte (não considere fisioterapia)?” (n=174). Parintins, 2017.



Na Tabela 18 observamos as respostas conforme sexo e classes de idade. Podemos verificar uma porcentagem de ter praticado exercício físico ou esporte nos últimos 3 meses, consideravelmente maior para o sexo masculino (61,6%) quando comparado ao feminino (29,5%). Quando são comparados os grupos etários, observa-se um gradiente decrescente conforme aumenta-se os grupos, de forma

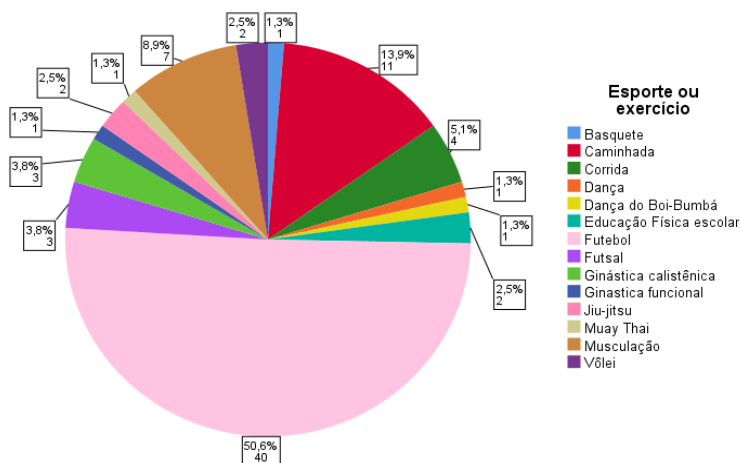
que o maior percentual (63,8%) é observado no grupo de 18 a 24 anos de idade, e o menor (24,6%) no grupo de maior idade, de 40 ou mais anos.

Tabela 18: Prática de exercício físico ou esporte nos últimos 3 meses (n=174). Parintins, 2017.

Praticou algum exercício físico ou esporte nos últimos 3 meses?	Sexo				Classes de idade						Total	
	Masculino		Feminino		18 a 24 anos		25 a 39 anos		40 ou mais anos			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	53	61,6	26	29,5	37	63,8	28	47,5	14	24,6	79	45,4
Não	33	38,4	62	70,5	21	36,2	31	52,5	43	75,4	95	54,6
Total	86	100,0	88	100,0	58	100,0	59	100,0	57	100,0	174	100,0

Foi solicitado das 79 pessoas que responderam ter praticado algum exercício físico ou esporte nos últimos 3 meses anteriores à entrevista que especificassem o esporte/exercício mais praticado neste período, como pode ser visualizado na Gráfico 34. Pode-se observar que o esporte mais praticado pela população Sateré-Mawé acima de 18 anos de idade na cidade de Parintins é o futebol (50,6%), seguido pela caminhada (13,9%), musculação (8,9%) e corrida (5,1%).

Gráfico 35: “Qual o exercício físico ou esporte você pratica com mais frequência?” (n=79). Parintins, 2017.



Nas Tabelas 19 e 20 podemos identificar a classificação do nível de atividade física⁷⁸ conforme os domínios de lazer, deslocamento, atividades domiciliares e no trabalho da população Sateré-Mawé maior de 18 anos na cidade de Parintins. Na Tabela 19 temos os níveis de atividade física para os domínios do lazer, deslocamento e atividades domiciliares. Observamos maior percentual de indivíduos ativos no lazer para o sexo masculino (44,2%) em relação ao feminino (23,9%). Em compensação, o sexo feminino apresenta percentual maior de ativos no domicílio (62,5%) em comparação com o sexo masculino (16,3%), não havendo muito diferença entre as categorias de sexo em relação à atividade física de deslocamento. Quando comparamos as classes de idade, observamos um gradiente crescente de inativos fisicamente no lazer com o aumento da idade, indo de 36,2% na faixa etária mais jovem, dos 18 a 24 anos, até 75,4% na faixa etária dos 40 ou mais anos de idade. Nos demais domínios da atividade física embora os percentuais não variem muito entre as classes de idade cabe relatar a importância da atividade física de deslocamento para o grupo de maior idade, dos 40 ou mais anos de idade, apresentando o maior percentuais entre as classes de idade, de indivíduos ativos no deslocamento (43,9%).

Em termos gerais temos que 66,1% da população Sateré-Mawé maior de 18 anos na cidade de Parintins não atinge as recomendações semanais de atividade física (WHO, 2020) para a saúde, considerando o domínio de lazer. Percentual semelhante ocorre no domínio da atividade física de deslocamento (64,4%) e do domicílio (60,3%).

78 Para adultos, recomenda-se 150 a 300 minutos por semana de atividade física aeróbica de moderada intensidade, ou 75 a 150 minutos por semana de atividade física aeróbica de vigorosa intensidade, ou uma combinação equivalente de atividade física de moderada e vigorosa intensidade (WHO, 2020).

Tabela 19: Nível de atividade física nos domínios de lazer, deslocamento e domicílio conforme sexo e idade (n=174). Parintins, 2017.

Domínio da atividade física	Categoria	Sexo				Classes de idade						Total	
		Masculino		Feminino		18 a 24 anos		25 a 39 anos		40 ou mais anos			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Lazer	Ativo	38	44,2	21	23,9	32	55,2	23	39,0	4	7,0	59	33,9
	Insuficiente	15	17,4	5	5,7	5	8,6	5	8,5	10	17,5	20	11,5
	Inativo	33	38,4	62	70,5	21	36,2	31	52,5	43	75,4	95	54,6
Deslocamento	Ativo	32	37,2	30	34,1	20	34,5	17	28,8	25	43,9	62	35,6
	Insuficiente	24	27,9	32	36,4	23	39,7	17	28,8	16	28,1	56	32,2
	Inativo	30	34,9	26	29,5	15	25,9	25	42,4	16	28,1	56	32,2
Domicílio	Ativo	14	16,3	55	62,5	22	37,9	26	44,1	21	36,8	69	39,7
	Insuficiente	26	30,2	17	19,3	13	22,4	15	25,4	15	26,3	43	24,7
	Inativo	46	53,5	16	18,2	23	39,7	18	30,5	21	36,8	62	35,6
Total		86	100,0	88	100,0	58	100,0	59	100,0	57	100,0	174	100,0

Para a atividade física no trabalho, foram consideradas as 73 pessoas que relataram exercer trabalho fora da residência. Na Tabela 20 podemos verificar pouca diferença entre os sexos, com mais da metade de ambos os sexos estando ativos no lazer (54% e 52% para sexos masculino e feminino, respectivamente). Observa-se um gradiente crescente de ativos no domínio do trabalho conforme se aumenta a classe de idade, indo de 33,3% os ativos na faixa dos 18 aos 24 anos até 65,6% na faixa dos com 40 ou mais anos de idade. No geral, observa-se que a população Sateré-Mawé maior de 18 anos de idade que exerce trabalho fora da residência na cidade de Parintins, 53,4% atinge as recomendações de atividade física semanal (WHO, 2020), embora não se possa associar necessariamente à qualidade e intensidade do esforço, podendo ser acompanhado de uma sobrecarga e estresse corporal consideráveis.

Tabela 20: Nível de atividade física no trabalho dos respondentes que relataram trabalhar fora da residência (n=73). Parintins, 2017.

Domínio da atividade física	Catego- ria	Sexo				Classes de idade						Total	
		Masculino		Feminino		18 a 24 anos		25 a 39 anos		40 ou mais anos			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Trabalho	Ativo	27	54,0	12	52,2	5	33,3	13	50,0	21	65,6	39	53,4
	Insuficiente	3	6,0	1	4,3	1	6,7	1	3,8	2	6,3	4	5,5
	Inativo	20	40,0	10	43,5	9	60,0	12	46,2	9	28,1	30	41,1
Total		50	100,0	23	100,0	15	100,0	26	100,0	32	100,0	73	100,0

O comportamento sedentário é fator de risco para doenças crônicas e ao sobrepeso e obesidade. Na pesquisa esta variável foi medida a partir das horas diárias assistindo televisão em dia de semana e no final de semana, utilizando-se um ponto de corte de 3 horas diárias como máximo recomendado para a população adulta (IBGE, 2014). No geral, 86,8% da população Sateré-Mawé residente na cidade de Parintins, maior de 18 anos de idade declarou assistir a 3 horas ou mais de televisão por dia de semana, sendo um percentual elevado também no fim de semana, com 70,7% da população nesta categoria, conforme pode ser visualizado na Tabela 21.

Tabela 21: Tempo assistindo televisão no dia de semana e no final de semana (n=174). Parintins, 2017.

Variável	Categoria	Sexo				Classes de idade						Total	
		Masculino		Feminino		18 a 24 anos		25 a 39 anos		40 ou mais anos			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Dia de semana	Menos de 3h por dia	10	11,6	13	14,8	12	20,7	6	10,2	5	8,8	23	13,2
	3h ou mais por dia	76	88,4	75	85,2	46	79,3	53	89,8	52	91,2	151	86,8
Fim de semana	Menos de 3h por dia	16	18,6	35	39,8	20	34,5	18	30,5	13	22,8	51	29,3
	3h ou mais por dia	70	81,4	53	60,2	38	65,5	41	69,5	44	77,2	123	70,7
Total		86	100,0	88	100,0	58	100,0	59	100,0	57	100,0	174	100,0

Podemos ver ainda pouca variação no tempo assistindo televisão no dia de semana, quando comparamos as categorias de

sexo, porém maior percentual de 3 horas ou mais assistidas no fim de semana é observado para o sexo masculino (81,4%) em relação ao feminino (60,2%). Quando comparamos as classes de idade, observamos um gradiente crescente nos percentuais dos que declararam assistir 3 horas ou mais por dia na semana conforme as faixas etárias, indo de 79,3% nos de 18 a 24 anos de idade até 91,4% nos de 40 ou mais anos de idade. Este gradiente crescente conforme a faixa etária, embora atenuado, foi observado também para o final de semana, com 65,5% do grupo de 18 a 24 anos assistindo mais de 3 horas por dia do final de semana, chegando a 77,2% no grupo de maior idade, de 40 ou mais anos.

Para podermos visualizar o fenômeno da transição nutricional, consideramos as classificações da população em “excesso de peso”⁷⁹ e “atividade física insuficiente”⁸⁰. Na Tabela 22 visualiza-se o número de casos (n) observados e a prevalência (%) encontrada para cada um dos desfechos pesquisados, considerando a população de 174 sujeitos, sendo 86 homens e 88 mulheres.

Tabela 22: Prevalência nos desfechos excesso de peso e atividade física insuficiente conforme sexo (n=174). Parintins, 2017.

Variável	Categoria	Sexo				Total	
		Masculino		Feminino			
		n	%	n	%	n	%
Excesso de peso	Normal	48	55,8	53	60,2	101	58,0
	Excesso de peso	38	44,2	35	39,8	73	42,0
Atividade física insuficiente	Ativo	69	80,2	54	61,4	123	70,7
	Insuficientemente ativo	17	19,8	34	38,6	51	29,3
Total		86	100,0	88	100,0	174	100,0

79 Classificado pelos valores de índice de massa corporal (IMC) calculado na população, obtido pela razão do peso (em quilogramas) pelo quadrado da altura em metros (WHO, 2000) expresso em Kg/m². O desfecho “excesso de peso” engloba as categorias de “sobrepeso” e “obesidade” sugeridas no documento da OMS (WHO, 2000) e está caracterizado por um valor de IMC maior ou igual a 25 kg/m².

80 Trata-se do indivíduo entrevistado que não atingiu a recomendação de atividade física para a saúde da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2010), ou seja, que não atingiu o mínimo de 150 minutos de atividade física aeróbia de intensidade moderada na semana, ou pelo menos 75 minutos de atividade física aeróbia de intensidade vigorosa na semana, ou a combinação de ambas, considerando que cada “sessão” de atividade física tenha ao menos 10 minutos de duração. Ser insuficientemente ativo correspondeu ao somatório de tempo em minutos por semana nos domínios de lazer, trabalho e deslocamento, conforme tem sido utilizado em grandes inquéritos nacionais (Brasil and Ministério da Saúde, 2017; IBGE, 2014).

Observamos na Tabela 22 que 42% da população pesquisada encontrava-se com excesso de peso, ou seja, com um índice de massa corporal (IMC) acima de 25 kg/m². Os homens apresentaram maior prevalência de excesso de peso (44,2%) que as mulheres (39,8%) nesta condição.

Com relação ao desfecho de atividade física insuficiente, observamos que 29,3% da população estava insuficientemente ativa, ou seja, não alcançava a recomendação mínima de atividade física semanal preconizada pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2010). Foi observado maior prevalência de insuficientemente ativos nas mulheres (38,6%) em comparação com os homens (19,8%).

CAPÍTULO 5

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE O FENÔMENO DA TRANSIÇÃO NUTRICIONAL NOS SATERÉ-MAWÉ RESIDENTES NA CIDADE DE PARINTINS

5.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE AS PREVALÊNCIAS DE EXCESSO DE PESO E ATIVIDADE FÍSICA INSUFICIENTE ENCONTRADAS NA POPULAÇÃO SATERÉ-MAWÉ RESIDENTE EM PARINTINS NO ANO DE 2017

A prevalência de excesso de peso verificada de 42% (população em geral) era inferior à menor prevalência (47,7%) observada em capitais brasileiras pelo VIGITEL, em Palmas, no ano de 2016⁸¹ (Brasil and Ministério da Saúde, 2017). A prevalência de excesso de peso encontrada no estudo é menor também que a prevalência geral de excesso de peso encontrada para o Brasil (56,9%) na Pesquisa Nacional de Saúde de 2013⁸² (IBGE, 2015).

Quando consideramos a prevalência de excesso de peso em população indígena residindo em área rural, outra situação se apresenta. Dados do “1º Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos povos Indígenas” (Coimbra et al., 2013) para os anos de 2008 e 2009, apontaram uma prevalência de excesso de peso nas mulheres indígenas na região Norte de 30,8%, inferior ao observado para as mulheres na presente pesquisa (44,6%). Não obstante, a prevalência de excesso de peso nas mulheres pesquisadas (44,6%) foi menor que o observado no agregado das mulheres indígenas no Brasil em área rural (46,1%) (Coimbra et al., 2013).

Inquéritos de menor abrangência com populações indígenas no Brasil em situação rural (ou residindo em terra indígena) mostram casos de prevalências maiores de excesso de peso nestas po-

⁸¹ Dados do VIGITEL para o mesmo ano estimaram a prevalência de excesso de peso para a capital do estado do Amazonas (Manaus) em 56,3% (IBGE, 2015).

⁸² Embora deva ser mencionado que tanto a Pesquisa Nacional de Saúde como o VIGITEL consideram a população a partir dos 18 anos de idade, sem restringir a idade máxima, ao contrário do que adotamos em nosso estudo, estabelecendo critério de idade máxima de 69 anos.

pulações, tal como o observado para os Xavante no estado do Mato Grosso (Gugelmin and Santos, 2001; Lucena et al., 2016; Soares et al., 2015), algumas etnias residindo no Parque Nacional do Xingú, também no estado do Mato Grosso (Gimeno et al., 2007; Santos et al., 2012), etnias indígenas⁸³ residindo em terra indígena no município de Dourados no estado do Mato Grosso do Sul (Santos et al., 2012), etnia Suruí no estado de Rondônia (Tavares et al., 2013), os Xukuru do Ororubá no estado de Pernambuco (Fávaro et al., 2015), bem como as etnias Kaingang e Guarani residindo nos estados do Paraná (Boaretto et al., 2015), Santa Catarina (Bresan et al., 2015) e Rio Grande do Sul (de Castro et al., 2010; Rocha et al., 2011).

Em contrapartida, alguns estudos com populações indígenas residentes em terra indígena ou em área rural, registraram prevalências menores de excesso de peso do que as encontradas na pesquisa, tal como o observado para os Guarani nos estados do Rio de Janeiro (CARDOSO; MATTOS; KOIFMAN, 2001) e no Paraná (BOARETTO; MOLENA-FERNANDES; PIMENTEL, 2015) e indígenas Khisêdjê no Parque Nacional do Xingú, em Mato Grosso (MAZZUCCHETTI et al., 2014).

O fato de a prevalência de excesso de peso encontrada na população estudada ser inferior do que a encontrada inclusive em populações indígenas residentes em área rural discorda da tendência registrada na Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF 2008-2009) de maior prevalência de excesso de peso população em situação urbana, em comparação à população em área rural (IBGE, 2010b). Estudo comparando três inquéritos nacionais no Brasil entre os anos de 1975 a 1997 encontrou risco maior de obesidade em mulheres em situação rural, classificadas no quartil maior de renda (Carlos Augusto Monteiro et al., 2003). Tendência de maiores prevalências de obesidade em populações vivendo em regiões remotas nos Estados Unidos tem sido demonstrada (Befort et al., 2012), sendo tal realidade observada também em comunidades rurais em países em desenvolvimento, tais como o Brasil (Gómez, 2015; Popkin, 2015).

Devemos considerar as comparações das prevalências de excesso de peso entre as populações com cautela, dado a variação na composição etária das populações⁸⁴ (não obstante sejam todos estu-

83 Embora não esclarecido, parcela majoritária da população indígena pesquisada deverá pertencer as etnias Guarani Kaiowá ou Terena.

84 Lembrando que a média etária da população pesquisada foi de 33,6±13,9 anos de idade.

dos com sujeitos maiores de 18 anos de idade), além da possibilidade das populações indígenas em contexto rural estarem sujeitas a variações sazonais em sua composição corporal dado a disponibilidade de alimentos (produzidos ou coletados) no momento da realização da coleta de dados, nas pesquisas (LEITE; SANTOS; COIMBRA JR, 2007).

A prevalência de atividade física insuficiente em 29,3% na população é inferior à menor prevalência (39,3%) observada para capitais brasileiras, em Vitória, registrada pelo VIGITEL no ano de 2016⁸⁵ (Brasil and Ministério da Saúde, 2017). A prevalência de atividade física insuficiente encontrada no estudo é menor também que a prevalência geral de atividade física insuficiente encontrada para o Brasil (53%) na Pesquisa Nacional de Saúde, realizada em 2013 (IBGE, 2015).

Registramos carência de pesquisas propondo a mensuração da inatividade física em populações indígenas residindo em área urbana no Brasil, com poucos registros (Toledo et al., 2020). Na tese de doutorado que baseou o artigo citado (Toledo, 2020) foi mensurada a atividade física através do IPAQ versão curta (Toledo, 2013), que registrou prevalência de inatividade física na população Sateré-Mawé urbana na cidade de Manaus em 18% (Toledo, 2013).

Estudo com indígenas da etnia Xavante residindo em terra indígena no estado do Mato Grosso, utilizou o IPAQ versão curta como instrumento para mensurar o nível de atividade física e identificou que 17,5% da população estava insuficientemente ativa fisicamente, com maior proporção de homens (22,4%) que mulheres (14,4%) nesta condição (Lucena et al., 2016). Estudo em população indígena Tsimane na Bolívia rural, mensurou o nível de atividade física desta população através da acelerometria e verificou níveis de atividade física maiores que os de populações em contextos urbanos/industrializados, porém semelhantes aos de populações em situação rural, com economia de subsistência (Gurven et al., 2013).

Países como a Austrália dispõem de sistema de informação de caráter censitário que capta continuamente dados sobre a (in)atividade física na população, incluindo na população aborígene residente em áreas não-remotas neste país (Vanden Heuvel et al., 2015). Dados para a população aborígene na Austrália indicam uma pre-

⁸⁵ Dados do VIGITEL para o mesmo ano estimaram a prevalência de atividade física insuficiente na população da capital do estado do Amazonas (Manaus) em 47% (IBGE, 2015).

valência de 63% de atividade física insuficiente, com maior chance de serem insuficientemente ativos em comparação à população australiana não-aborígene, conforme dados para os anos de 2012-13 (Vanden Heuvel et al., 2015).

No estudo, consideramos a atividade física total excluindo o domínio da atividade física no domicílio, conforme é realizado nos inquéritos nacionais (Brasil and Ministério da Saúde, 2017; IBGE, 2015). Devemos relatar, porém, que a atividade física domiciliar, mensurada em média de minutos por semana (conforme dados apresentados na tabela 19, Capítulo 4), nas mulheres pesquisadas foi significativamente superior à atividade física domiciliar para os homens, de forma que se considerássemos este domínio no somatório total de atividade física (considerando os quatro domínios), a diferença significativa da atividade física total (em média de minutos por semana) entre os sexos deixa de existir.

5.2 ALGUMAS REFLEXÕES PERTINENTES

Buscamos com esta seção responder, em parte, a um crescente entendimento na pesquisa quantitativa com populações indígenas, onde se torna necessária a tarefa de buscar a compreensão dos achados e das associações encontradas de acordo com o contexto socio-cultural particular da sociedade indígena estudada (Pagliaro et al., 2005). Tal postura aponta para a necessária mudança na forma de se realizar a pesquisa com populações indígenas, aproximando métodos, formas de análise e divulgação às visões e posicionamentos dos próprios povos indígenas (Walter and Andersen, 2016).

As prevalências encontradas no estudo, em especial para excesso de peso, que foram menores inclusive que o observado para diversas populações indígenas no Brasil rural e os níveis elevados de atividade física da população, com menor prevalência de inatividade física em relação a populações urbanas no Brasil podem, em certa medida, estarem relacionadas ao caráter de urbanização incompleta já registrado na cidade de Parintins em estudos da área de geografia e economia (Bartoli, 2017; Santos, 2012), que apontam existir na cidade uma situação intermediária entre o rural e o urbano, com implicações nos comportamentos de atividade física cotidiana, na alimentação e subsistência da população local.

A cidade de Parintins embora seja classificada como centro sub-regional⁸⁶ (sob influência da metrópole Manaus) (IBGE, 2008), apresenta incompleta urbanização⁸⁷, sendo observado forte dinâmica ribeirinha e interligação com o rural (comunidades ribeirinhas próximas, incluindo aí a ligação com a Terra Indígena Andirá-Marau), geralmente via navegação (Bartoli, 2017)⁸⁸. A interligação da cidade de Parintins com a área rural faz-se presente na população constituída de sujeitos com saberes culturais herdados (indígena e caboclo-ribeirinho), experientes no contato e no beneficiamento dos recursos naturais para aproveitamento e subsistência (Bartoli, 2017).

Seguindo este raciocínio, no contexto da cidade de Parintins, as fronteiras do que se entende por “rural” e “urbano”, com seus modos de vida próprios (incluindo aí a atividade física diária e os hábitos alimentares) podem ser mais tênues e mesclados. Tal realidade pode ter influenciando nas menores prevalências de excesso de peso observadas na população estudada, quando comparados a populações urbanas não-indígenas, ao adotarem um comportamento mais utilitário em termos de atividade física e de alimentação (cabe lembrar a ausência de grandes cadeias comerciais de *fast-food* na cidade, o custo do peixe na cidade ainda ser menor em comparação com outras fontes de proteína etc.).

Outra questão, além do caráter “urbano” no contexto de cidades do interior do Amazonas, que deva ser repensado quando buscamos comparação com os entendimentos sobre urbano nas cidades

86 O IBGE considera em seu documento sobre Regiões de influências das cidades de 2007, centro sub-regional como sendo os “169 centros com atividades de gestão menos complexas” e que “têm área de atuação mais reduzida, e seus relacionamentos com centros externos à sua própria rede dão-se, em geral, apenas com as três metrópoles nacionais.” (IBGE, 2008, p. 11).

87 Podemos citar problemas de infraestrutura de diversas ordens, mas que podem afetar os resultados aqui encontrados podemos citar a falta de transporte coletivo público, fraca urbanização e mau estado de conservação das vias públicas, além da falta de espaços públicos de lazer para a população (Radicchi et al., 2015).

88 “Cidades [incluindo Parintins] menos atingidas por investimentos dos sucessivos ciclos [referência aos ciclos extrativista da borracha, zona franca etc.] (...) possuem mais fragmentos do espaço com uso tipicamente ribeirinhos. Isso é presença forte na caracterização de uma paisagem cuja formação é associada a traços culturais herdados (indígena e caboclo-ribeirinho) e à materialidade contextual e recursiva na qual sempre estiveram inseridas. Sempre foram apoiadas pelos recursos agroflorestais e extrativistas fornecidos pelo entorno formado por complexos ecossistemas. (...) Cabe a seguinte argumentação: as populações que agora se encontram nas cidades amazônicas, não formam somente extensas periferias e aglomerados de pobreza com limitadas possibilidades de ação no território. Elas carregam consigo “geografias e saberes vernaculares” (...). Portam habilidades indispensáveis para transformar matéria, circular pelo território e construir moradias, embarcações e utensílios do dia-a-dia, através de seleções operadas junto às técnicas disponíveis e aos instrumentos presentes.” (Bartoli, 2017, p. 47).

do interior do Brasil, localizadas fora do contexto amazônico, e que decorre deste ponto é a questão da situação de trânsito característica da população indígena “urbana” Sateré-Mawé, seja dentro da própria cidade⁸⁹ (mudando de bairros e casas), seja no deslocamento para a Terra Indígena Andirá-Marau.

O aspecto migrante da população Sateré-Mawé já foi observado por Teixeira em seu censo participativo com esta população (Teixeira, 2005). Na presente pesquisa observamos uma média de nove visitas à Terra Indígena no ano anterior (2016) na população, o que reforça o observado por Teixeira (2005). A visita à Terra Indígena compôs a variável que criamos na pesquisa para captar o vínculo dos pesquisados com o território indígena, compreendendo este último como parte do elemento identitário da etnia Sateré-Mawé no estado do Amazonas.

Consideramos que os vínculos e proximidade à Terra Indígena Sateré-Mawé (Andirá-Marau) influencia no contexto pesquisado, o que poderia não ocorrer em outros contextos onde a distância da Terra Indígena Andirá-Marau é maior, tal como ocorre com a população indígena Sateré-Mawé residente na cidade de Manaus, onde a visita se apresentará mais custosa em termos de tempo e em termos financeiros. Pensamos que para contextos mais distantes (ou mais próximos, como é o caso do município de Barreirinha ou Maués, no Amazonas) da Terra Indígena o trânsito e identidade Sateré-Mawé possa se conformar de maneira diversa, interagindo com o contexto que buscamos estudar, a saber a transição nutricional.

5.2 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As prevalências de excesso de peso e inatividade física mensuradas na população adulta indígena Sateré-Mawé residindo na cidade de Parintins, interior do estado do Amazonas, indicam uma população mais fisicamente ativa e menos prevalente em excesso de peso, em relação à população urbana nas capitais brasileiras. Não é possível com o estudo confirmar a ocorrência do fenômeno de transição nutricional nesta população (em relação à população

89 Conforme observação no diário de campo de 19/04/2018: “ocorre muito, nas pessoas recém-chegadas [da Terra Indígena] terem dois domicílios, um na cidade (para os filhos que estão em idade de estudar) e um na Terra Indígena, onde os mais velhos costumam mais ficar”. Ainda, no mesmo dia a observação: “trânsito intenso da cidade para a Terra Indígena nos mais novos para visitarem familiares nas férias, nos mais velhos, por possuírem residência na Terra Indígena e para adquirirem produtos”.

não-indígena na cidade, por exemplo), faltando informações sobre a tendência da composição corporal, dos hábitos da atividade física e alimentares para a comparação, sendo, entretanto, o primeiro inquérito que se tem notícia a investigar os dois primeiros quesitos nesta população. Não encontramos evidências fortes de transição nutricional nesta população, tal como uma prevalência de excesso de peso fora do esperado, como já foi verificado em grupos de povos indígenas em área rural no Brasil (pesquisas com os Suruí, com os Xavante, para citar algumas já realizadas). Não obstante, quase a metade da população (42%) encontrava-se com excesso de peso, e quase um terço (29,3%) não atingiu, na época da coleta de dados, as recomendações de atividade física para a manutenção da saúde (conforme direcionamentos da Organização Mundial da Saúde), sendo classificados como insuficientemente ativos.

A condição particular da cidade de Parintins, inserida no contexto amazônico interiorano, com todas suas contradições e modos de ser, possibilita ainda presenciar o uso de transportes ativos para o deslocamento, diga-se bicicleta e caminhada, além da predominância de trabalhos menos sedentários, onde se despende mais energia física. Tal realidade, longe de ser uma escolha em termos de opção pautada em conceitos da promoção da saúde⁹⁰, vem: a) da necessidade em termos de carência socioeconômica apresentada por grande parcela da população estudada; b) pela falta de infraestrutura urbana no oferecimento de transporte coletivo público; c) pela pouca competitividade da economia em âmbito intermunicipal ou estadual, acarretando em poucas oportunidades de emprego qualificados, com predomínio da informalidade nas relações de trabalho, fato já constatado em pesquisa anterior⁹¹.

Entendemos na pesquisa a limitação do conceito “urbano” para compreender o contexto particular apresentado pela cidade de Parintins. Sugere-se que pesquisas interessadas no estudo de populações indígenas em situação “urbana” em cidades do interior localizadas na região amazônica contextualizem o conceito, prevendo uma possível flexibilização deste conceito nas análises realizadas.

90 Até porque o deslocamento ativo, constante e realizado por necessidade, em regiões bastantes expostas às intempéries (em especial ao sol), como é o caso da região, podem gerar outros agravos à saúde, sejam eles agudos ou mesmo crônicos.

91 Pesquisa de Teixeira (Teixeira, 2005) elucida o predomínio das relações informais de trabalho e descreve as ocupações da população Sateré-Mawé nas cidades pesquisadas.

O estudo insere-se no esforço de geração e divulgação de dados estatísticos, demográficos, socioeconômicos e sobre as condições de saúde de população indígena residindo em área urbana, algo ainda incipiente em termos de pesquisa científica e divulgação no Brasil. Países desenvolvidos como a Austrália e Canadá, já dispõem de sistemas de informação funcionais e de acesso público para as suas populações originárias. Consequência da disponibilidade de dados, estes países contam também com políticas públicas direcionadas para os povos originários, inclusive a parcela destes que vivem em áreas urbanas, algo ainda inexistente no sistema de saúde brasileiro (público ou privado).

Consideramos que o estudo estimula a visibilidade estatística para um grupo de indígenas no Brasil que, ao contrário do que o senso comum coloca (permeado por interesses econômicos e políticos), continuam sendo indígenas mesmo residindo em cidades e que necessitam de políticas públicas culturalmente direcionadas; necessitam de acesso e permanência no sistema de saúde que considere e respeite sua cultura, visão de mundo e de saúde, mesmo residindo em centros urbanos.

REFERÊNCIAS

Adair LS, Gordon-Larsen P, Du SF, Zhang B, Popkin BM. The emergence of cardiometabolic disease risk in Chinese children and adults: consequences of changes in diet, physical activity and obesity: Cardiometabolic disease risk in China. *Obes Rev* 2014;15:49–59. <https://doi.org/10.1111/obr.12123>.

Akande VO, Hendriks AM, Ruiter RAC, Kremers SPJ. Determinants of dietary behavior and physical activity among Canadian Inuit: a systematic review. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2015;12. <https://doi.org/10.1186/s12966-015-0252-y>.

Alkerwi A, Sauvageot N, Pagny S, Beissel J, Delagardelle C, Lair M-L. Acculturation, immigration status and cardiovascular risk factors among Portuguese immigrants to Luxembourg: findings from ORISCAV-LUX study. *BMC Public Health* 2012;12. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-864>.

Anderson IP. Closing the indigenous health gap. *Aust Fam Physician* 2008;37:982.

Anjos LA. Obesidade e saúde pública. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2006.

Anjos LA, Wahrlich V. Composição corporal na avaliação do estado nutricional. *Epidemiol. Nutr.*, Rio de Janeiro: FIOCRUZ/Atheneu; 2007.

Antipporta DA, Smeeth L, Gilman RH, Miranda JJ. Length of urban residence and obesity among within-country rural-to-urban Andean migrants. *Public Health Nutr* 2016;19:1270–8. <https://doi.org/10.1017/S1368980015002578>.

Attard SM, Howard A-G, Herring AH, Zhang B, Du S, Aiello AE, et al. Differential associations of urbanicity and income with physical activity in adults in urbanizing China: findings from the population-based China Health and Nutrition Survey 1991-2009. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2015;12. <https://doi.org/10.1186/s12966-015-0321-2>.

Ayala GX, Baquero B, Klinger S. A Systematic Review of the Re-

lationship between Acculturation and Diet among Latinos in the United States: Implications for Future Research. *J Am Diet Assoc* 2008;108:1330–44. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2008.05.009>.

Azevedo ECC, Diniz A da S, Monteiro JS, Cabral PC. Padrão alimentar de risco para as doenças crônicas não transmissíveis e sua associação com a gordura corporal - uma revisão sistemática. *Ciênc Saúde Coletiva* 2014;19:1447–58. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014195.14572013>.

Barger SD, Gallo LC. Ability of Ethnic Self-Identification to Partition Modifiable Health Risk Among US Residents of Mexican Ancestry. In: Heymann DL, editor. *Control Commun. Dis. Man. Off. Rep. Am. Public Health Assoc.* 19th ed, Washington, DC: The American Public Health Association Press; 2008.

Bartoli E. A cidade arquipélago: expansão e morfologia urbana de Parintins (AM). *Rev Desenvolv Econômico – RDE* 2020;2:347–97.

Bartoli E. O retorno ao território a partir da cidade: sistemas territoriais urbano-ribeirinhos em Parintins (AM). Tese de doutorado em Geografia. UNESP. Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências e Tecnologia, 2017.

Bastos JL, Santos RV, Cruz OG, Longo LAF de B, Silva LO da. Características sociodemográficas de indígenas nos censos brasileiros de 2000 e 2010: uma abordagem comparativa. *Cad Saúde Pública* 2017;33. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00085516>.

Bauman AE, Reis RS, Sallis JF, Wells JC, Loos RJ, Martin BW. Correlates of physical activity: why are some people physically active and others not? *The Lancet* 2012;380:258–71. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60735-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60735-1).

Bauman AE, Sallis JF, Dzewaltowski DA, Owen N. Toward a better understanding of the influences on physical activity. *Am J Prev Med* 2002;23:5–14. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(02\)00469-5](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(02)00469-5).

Beals RL. Urbanism urbanization and acculturation. *Am Anthropol* 1951;53:1–10.

Befort CA, Nazir N, Perri MG. Prevalence of Obesity Among Adults From Rural and Urban Areas of the United States: Findings From

NHANES (2005-2008): Obesity Among Rural and Urban Adults. *J Rural Health* 2012;28:392–7. <https://doi.org/10.1111/j.1748-0361.2012.00411.x>.

Bernabe-Ortiz A, Gilman RH, Smeeth L, Miranda JJ. Migration Surrogates and Their Association With Obesity Among Within-Country Migrants. *Obesity* 2010;18:2199–203. <https://doi.org/10.1038/oby.2010.92>.

Bernal RJ. Índios urbanos: processo de reconformação das identidades étnicas indígenas em Manaus. Manaus: EDUA/Dom Bosco; 2009.

Bielemann RM, Silva BGC da, Coll C de VN, Xavier MO, Silva SG da. Burden of physical inactivity and hospitalization costs due to chronic diseases. *Rev Saúde Pública* 2015;49. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005650>.

Boaretto JD, Molena-Fernandes CA, Pimentel GG de A. Estado nutricional de indígenas Kaingang e Guarani no estado do Paraná, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2015;20:2323–8. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015208.14462014>.

Botelho JB, Weigel VACM. Comunidade sateré-mawé Y’Apyrehyt: ritual e saúde na periferia urbana de Manaus. *História Ciênc Saúde – Mangueiros* 2011;18:723–44.

Brand E, Bond C, Shannon C. Urban Indigenous Health: Opportunities and challenges in South East Queensland 2016.

Brasil. Lei Federal nº 9.836. Acrescenta dispositivos à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. 1999.

Brasil, Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico 2017.

Brasil, Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico: Indicadores de Vigilância em Saúde, analisados segundo a variável raça/cor 2015;46:1–35.

Brasil, Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no

Brasil: 2011-2022. 1a edição. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011.

Brasil, Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica: Obesidade. vol. 12. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Cad Atenção Básica 2013;37.

Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde : Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. vol. 1. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

Brasil, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010: características dos indígenas. Resultados do universo. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE; 2012.

Brasil, Ministério da Justiça, Fundação Nacional do Índio. Povos indígenas no Brasil. Terras Indígenas s/d.

Brasil, Fundação Nacional de Saúde - FUNASA. Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena 2002.

Bresan D, Bastos JL, Leite MS. Epidemiology of high blood pressure among the Kaingang people on the Xapacó Indigenous Land in Santa Catarina State, Brazil, 2013. Cad Saúde Pública 2015;31:331–44. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00058714>.

Broesch J, Hadley C. Putting culture back into acculturation: Identifying and overcoming gaps in the definition and measurement of acculturation. Soc Sci J 2012;49:375–85. <https://doi.org/10.1016/j.soscij.2012.02.004>.

Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. Physis Rev Saúde Coletiva 2007;17:77–93.

Canella DS, Levy RB, Martins APB, Claro RM, Moubarac J-C, Baraldi LG, et al. Ultra-Processed Food Products and Obesity in Brazilian Households (2008–2009). PLoS ONE 2014;9:e92752. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0092752>.

doi.org/10.1371/journal.pone.0092752.

Capelli J de CS, Koifman S. Avaliação do estado nutricional da comunidade indígena Parkatêjê, Bom Jesus do Tocantins, Pará, Brasil Evaluation of the nutritional status of the Parkatêjê indigenous community. *Cad Saúde Pública* 2001;17:433–7.

Cardoso AM, Matos, I.E., Koifman, R.J. Prevalência de diabetes mellitus e da síndrome de resistência insulínica nos índios Guarani do estado do Rio de Janeiro. *Epidemiol. E Saúde Povos Indígenas No Bras.*, Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ABRASCO; 2005.

Cardoso AM, Mattos IE, Koifman RJ. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares na população Guarani-Mbyá do Estado do Rio de Janeiro Prevalence of risk factors for cardiovascular disease in the Guarani-Mbyá population. *Cad Saúde Pública* 2001;17:345–54.

Cardoso AM, Santos, R. V., Garnelo, L., Coimbra Jr, C. E. A., Chaves. M. G. B. Saúde dos povos indígenas e políticas públicas no Brasil. *Políticas E Sist. Saúde No Bras.* 2ª, Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2012.

Carrillo-Larco RM, Bernabé-Ortiz A, Pillay TD, Gilman RH, Sanchez JF, Poterico JA, et al. Obesity risk in rural, urban and rural-to-urban migrants: prospective results of the PERU MIGRANT study. *Int J Obes* 2016;40:181–5. <https://doi.org/10.1038/ijo.2015.140>.

Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Rep* 1985;100:126.

de Castro TG, Schuch I, Conde WL, Veiga J, Leite MS, Dutra CLC, et al. Estado nutricional dos indígenas Kaingáng matriculados em escolas indígenas do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil Nutritional status of Kaingáng Indians enrolled in 12 indigenous schools in the State. *Cad Saúde Pública* 2010;26:1766–76.

Chan RSM, Woo J. Prevention of Overweight and Obesity: How Effective is the Current Public Health Approach. *Int J Environ Res Public Health* 2010;7:765–83. <https://doi.org/10.3390/ijerph7030765>.

Coimbra JR, C. E. A., Santos RV, Welch JR, Cardoso AM, de Sou-

za MC, Garnelo L, et al. The First National Survey of Indigenous People's Health and Nutrition in Brazil: rationale, methodology, and overview of results. *BMC Public Health* 2013;13. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-52>.

Coimbra Jr. CEA, Santos RV. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2000;5. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000100011>.

Conde W.L., Monteiro CA. Nutrition transition and double burden of undernutrition and excess of weight in Brazil. *Am J Clin Nutr* 2014;100:1617S-1622S. <https://doi.org/10.3945/ajcn.114.084764>.

Craig C.L., Marshall AL, SSjöström M. M., Bauman AE, Booth M.L., Ainsworth BE, et al. International Physical Activity Questionnaire: 12-Country Reliability and Validity: *Med Sci Sports Exerc* 2003;35:1381–95. <https://doi.org/10.1249/01.MSS.0000078924.61453.FB>.

Creber RMM, Smeeth L, Gilman RH, Miranda JJ. Physical activity and cardiovascular risk factors among rural and urban groups and rural-to-urban migrants in Peru: a cross-sectional study. *Rev Panam Salud Pública* 2010;28. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892010000700001>.

Del Popolo F. Los pueblos indígenas en América (Abya Yala): desafíos para la igualdad en la diversidad. s.l: CEPAL; 2017.

Del Popolo F, Reboiras L. Los pueblos indígenas en América Latina. Avances en el último decenio y retos pendientes para la garantía de sus derechos 2014. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE). División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

Ding D, Lawson KD, Kolbe-Alexander TL, Finkelstein EA, Katzmarzyk PT, van Mechelen W, et al. The economic burden of physical inactivity: a global analysis of major non-communicable diseases. *The Lancet* 2016;388:1311–24. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30383-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30383-X).

Duncan GE, McDougall CL, Dansie E, Garrouette E, Buchwald D, Henderson JA. Association of American Indian cultural identity

with physical activity. *Ethn Dis* 2014;24:1–7.

Eades SJ, Taylor B, Bailey S, Williamson AB, Craig JC, Redman S, et al. The health of urban Aboriginal people: insufficient data to close the gap. *Med J Aust* 2010;193:521.

Fávaro TR, Santos RV, Cunha GM da, Leite I da C, Coimbra Jr. CEA. Obesidade e excesso de peso em adultos indígenas Xukuru do Ororubá, Pernambuco, Brasil: magnitude, fatores socioeconômicos e demográficos associados. *Cad Saúde Pública* 2015;31:1685–97. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00086014>.

Figueroa ALG. Guaraná, a máquina do tempo dos Sateré-Mawé. *Bol Mus Para Emílio Goeldi Ciênc Humanas* 2016;11:55–85. <https://doi.org/10.1590/1981.81222016000100005>.

Fox M, Thayer Z, Wadhwa PD. Assessment of acculturation in minority health research. *Soc Sci Med* 2017;176:123–32. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.01.029>.

Garber CE, Blissmer B, Deschenes MR, Franklin BA, Lamonte MJ, Lee I-M, et al. Quantity and Quality of Exercise for Developing and Maintaining Cardiorespiratory, Musculoskeletal, and Neuro-motor Fitness in Apparently Healthy Adults: Guidance for Prescribing Exercise. *Med Sci Sports Exerc* 2011;43:1334–59. <https://doi.org/10.1249/MSS.0b013e318213febf>.

Garnelo L, Welch JR. Transição alimentar e diversidade cultural: desafios à política de saúde indígena no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2009;25:1872–3. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000900001>.

GBD. Health Effects of Overweight and Obesity in 195 Countries over 25 Years. *N Engl J Med* 2017;377:13–27. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1614362>.

Gigante DP, Barros FC, Post CL, Olinto MT. Prevalência de obesidade em adultos e seus fatores de risco. *Rev Saúde Pública* 1997;31:236–46.

Gigante DP, Dias-da-Costa JS, Olinto MT, Menezes AM, Silvia M. Obesidade da população adulta de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil e associação com nível sócio-econômico. *Cad Saúde Pública*

2006;22:1873–9.

Gimeno SGA, Rodrigues D, Pagliaro H, Cano EM, Lima EE de S, Baruzzi RG. Perfil metabólico e antropométrico de índios Aruák: Mehináku, Waurá e Yawalapití, Alto Xingu, Brasil Central, 2000/2002. *Cad Saúde Pública* 2007;23:1946–54.

Godoy R, Cárdenas M. Markets and the Health of Indigenous People: A Methodological Contribution. *Hum Organ* 2000;59:117–24. <https://doi.org/10.17730/humo.59.1.e5p11012864375q4>.

Godoy R, Reyes-García V, Byron E, Leonard WR, Vadez V. The effect of market economies on the well-being of indigenous peoples and on their use of renewable natural resources. *Annu Rev Anthropol* 2005a;34:121–38. <https://doi.org/10.1146/annurev.anthro.34.081804.120412>.

Godoy R, Reyes-García V, Huanca T, Leonard WR, Vadez V, Valdés-Galicia C, et al. Why Do Subsistence-Level People Join the Market Economy? Testing Hypotheses of Push and Pull Determinants in Bolivian Amazonia. *J Anthropol Res* 2005b;61:157–78. <https://doi.org/10.3998/jar.0521004.0061.202>.

Gómez EJ. Understanding the United States and Brazil's response to obesity: institutional conversion, policy reform, and the lessons learned. *Glob Health* 2015;11. <https://doi.org/10.1186/s12992-015-0107-y>.

Gonzalez K, Fuentes J, Marquez JL. Physical Inactivity, Sedentary Behavior and Chronic Diseases. *Korean J Fam Med* 2017;38:111. <https://doi.org/10.4082/kjfm.2017.38.3.111>.

Gray C, Macniven R, Thomson N. Review of physical activity among Indigenous people. *Aust Indig Health InfoNet* 2013:18.

Guest G. Market Integration and the Distribution of Ecological Knowledge within an Ecuadorian Fishing Community. *J Ecol Anthropol* 2002;6:38–49. <https://doi.org/10.5038/2162-4593.6.1.3>.

Gugelmin SA, Santos RV. Uso do índice de massa corporal na avaliação do estado nutricional de adultos indígenas Xavánte, Terra Indígena Sangradouro-Volta Grande, Mato Grosso, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2006;22:1865–72.

Gugelmin SA, Santos RV. Ecologia humana e antropometria nutricional de adultos Xavante, Mato Grosso, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2001;12:313–22.

Gurven M, Jaeggi AV, Kaplan H, Cummings D. Physical Activity and Modernization among Bolivian Amerindians. *PLoS ONE* 2013;8:e55679. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0055679>.

Hallal P, Florindo AA. *Epidemiologia da atividade física*. Rio de Janeiro: Atheneu; 2011.

Hallal PC, Cordeira K, Knuth AG, Mielke GI, Victora CG. Ten-Year Trends in Total Physical Activity Practice in Brazilian Adults: 2002–2012. *J Phys Act Health* 2014;11:1525–30. <https://doi.org/10.1123/jpah.2013-0031>.

Hallal PC, Gomez LF, Parra DC, Lobelo F, Mosquera J, Florindo AA, et al. Lições Aprendidas Depois de 10 Anos de Uso do IPAQ no Brasil e Colômbia. *J Phys Act Health* 2010;7:S259–64.

Hallal PC, Victora CG, Wells JCK, Lima RC. Physical Inactivity: Prevalence and Associated Variables in Brazilian Adults: *Med Sci Sports Exerc* 2003;35:1894–900. <https://doi.org/10.1249/01.MSS.0000093615.33774.0E>.

Hartley S, Garland S, Young E, Bennell KL, Tay I, Gorelik A, et al. A Comparison of Self-Reported and Objective Physical Activity Measures in Young Australian Women. *JMIR Public Health Surveill* 2015;1:e14. <https://doi.org/10.2196/publichealth.4259>.

Haskell WL, Lee I-M, Pate RR, Powell KE, Blair SN, Franklin BA, et al. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation* 2007;116:1081.

Henrich J. Market Incorporation, Agricultural Change, and Sustainability Among the Machiguenga Indians of the Peruvian Amazon. *Hum Ecol* 1997;25:319–51.

Hilmers A, Bernabé-Ortiz A, Gilman RH, McDermott AY, Smeeth L, Miranda JJ. Rural-to-Urban Migration: Socioeconomic Status But Not Acculturation was Associated with Overweight/Obesity Risk. *J Immigr Minor Health* 2016;18:644–51. <https://doi.org/10.1007/>

s10903-015-0234-9.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. Cidades@ 2017. <https://cidades.ibge.gov.br/> (accessed October 10, 2017).

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde, 2013: ciclos de vida: Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE; 2015.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde, 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: Brasil, grandes regiões e unidades da Federação. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE; 2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Metodologia do censo demográfico 2010. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE; 2013.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Características da população e dos domicílios. Resultados do Universo. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE; 2011.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010: Características gerais dos indígenas - Resultados do Universo 2010a.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de orçamentos familiares, 2008-2009. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE; 2010b.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. . Regiões de influência das cidades 2007. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE; 2008.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. . Pesquisa de orçamentos familiares 2002-2003. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE; 2004.

IPAQ RC. Guidelines for Data Processing and Analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ): Short and Long

Forms 2005.

ISA. Instituto Socioambiental. Terras Indígenas no Brasil. ISA Inst Sociocult 2017. <https://terrasindigenas.org.br/> (accessed October 10, 2017).

ISA. Instituto Socioambiental. Sateré-Mawé: Território e história de contato com os brancos. Inst Socioambiental Povos Indígenas No Bras 2000. <http://pib.socioambiental.org/pt/povo/satere-mawe/967> (accessed January 3, 2015).

Iser BPM, Claro RM, Moura EC de, Malta DC, Morais Neto OL. Risk and protection factors for chronic non communicable diseases by telephone survey-VIGITEL-2009. *Rev Bras Epidemiol* 2011;14:90–102.

Iversen T, Ma CA, Meyer HE. Immigrants' acculturation and changes in Body Mass Index. *Econ Hum Biol* 2013;11:1–7. <https://doi.org/10.1016/j.ehb.2012.02.003>.

Jette M, Sidney K, Blümchen G. Metabolic equivalents (METs) in exercise testing, exercise prescription, and evaluation of functional capacity. *Clin Cardiol* 1990;13:555–65.

Kac G, Sichieri R, Gigante DP. *Epidemiologia nutricional*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/Atheneu; 2007.

Kandula NR, Diez-Roux AV, Chan C, Daviglus ML, Jackson SA, Ni H, et al. Association of Acculturation Levels and Prevalence of Diabetes in the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis (MESA). *Diabetes Care* 2008;31:1621–8. <https://doi.org/10.2337/dc07-2182>.

Kirby AM, Lévesque, Lucie Lévesque, Wabano V. *A Qualitative Investigation of Physical Activity Challenges and Opportunities in a Northern-rural, Aboriginal Community: Voices from Within*. 2007.

Kline L, Jones-Smith J, Jaime Miranda J, Pratt M, Reis RS, Rivera JA, et al. A research agenda to guide progress on childhood obesity prevention in Latin America: Child obesity research guide Latin Am. *Obes Rev* 2017;18:19–27. <https://doi.org/10.1111/obr.12572>.

Leacock S. Economic life of the Maué indians. *Bol Mus Para Emílio*

Goeldi 1964:1–28.

Lee I-M, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *The Lancet* 2012;380:219–29. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61031-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61031-9).

Lee PH, Macfarlane DJ, Lam TH, Stewart SM. Validity of the international physical activity questionnaire short form (IPAQ-SF): A systematic review. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2011;8:1.

Leite MS, Santos RV, Coimbra Jr CE. Sazonalidade e estado nutricional de populações indígenas: o caso Wari', Rondônia, Brasil Seasonality and nutritional status of indigenous peoples: the case of Wari'in Rondônia State, Brazil. *Cad Saude Publica* 2007a;23:2631–42.

Leite MS, Santos RV, Coimbra Jr. CEA, Gugelmin SÂ. Alimentação e nutrição dos povos indígenas no Brasil. *Epidemiol. Nutr.*, Rio de Janeiro: FIOCRUZ/Atheneu; 2007b.

Lima NP, Horta BL, Motta JV dos S, Valença MS, Oliveira V, Santos TV dos, et al. Evolução do excesso de peso e obesidade até a idade adulta, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 1982-2012. *Cad Saúde Pública* 2015;31:2017–25.

Lino MZR, Muniz PT, Siqueira KS. Prevalência e fatores associados ao excesso de peso em adultos: inquérito populacional em Rio Branco, Acre, Brasil, 2007-2008. *Cad Saúde Pública* 2011;27:797–810. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000400019>.

Lo F-E, Tsai F-C, Lee M-B, Tsai L-T, Lyu S-Y, Yang C-C. Contextual factors influencing leisure physical activity of urbanized indigenous adolescents. *J Formos Med Assoc* 2015;114:1082–7. <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2014.03.014>.

Lorenz SS. Povos indígenas no Brasil: Sateré-Mawé. ISA Inst Sociocult 2015. <https://pib.socioambiental.org/pt/povo/satere-mawe> (accessed October 10, 2017).

Lorenz SS. Sateré-Mawé: os filhos do Guaraná. São Paulo: Centro

de Trabalho Indigenista; 1992.

Lourenço AEP, Ventura Santos R, Orellana JDY, Coimbra CEA. Nutrition transition in Amazonia: Obesity and socioeconomic change in the Suruí Indians from Brazil. *Am J Hum Biol* 2008;20:564–71. <https://doi.org/10.1002/ajhb.20781>.

Lucena JRM, Coimbra CEA, da Silva CMFP, Welch JR. Prevalence of physical inactivity and associated socioeconomic indicators in indigenous Xavante communities in Central Brazil. *BMC Nutr* 2016;2. <https://doi.org/10.1186/s40795-016-0076-4>.

Machado ÍE, Pereira SCL, Dias Júnior CS, Abreu MNS, Borges AM, Filgueiras JH. Fatores associados ao excesso de peso em adultos usuários de restaurantes populares em Belo Horizonte, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2014;19:1367–77. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014195.21772013>.

Macniven R, Richards J, Gubhaju L, Joshy G, Bauman A, Banks E, et al. Physical activity, healthy lifestyle behaviors, neighborhood environment characteristics and social support among Australian Aboriginal and non-Aboriginal adults. *Prev Med Rep* 2016;3:203–10. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2016.01.006>.

Madimenos FC, Snodgrass JJ, Blackwell AD, Liebert MA, Sugiyama LS. Physical activity in an indigenous Ecuadorian forager-horticulturalist population as measured using accelerometry. *Am J Hum Biol* 2011;23:488–97. <https://doi.org/10.1002/ajhb.21163>.

Magnani JGC. Da periferia ao centro, cá e lá: seguindo trajetos, construindo circuitos. *Anuário Antropológico II* 2013:53–72. <https://doi.org/10.4000/aa.526>.

Mainbourg EMT, Araújo MI, Almeida IC de. Condutas/condições de saúde em Manaus, Amazonas: Comparação entre indígenas e não indígenas. *An XVI Encontro Nac Estud Popul ABEP* 2008:1–10.

Mainbourg EMT, Araújo MI, Almeida IC de. Condições domiciliares e peri-domiciliares em Manaus, Amazonas: comparação entre indígenas segundo a etnia e não indígenas. *An XV Encontro Nac Estud Popul ABEP* 2006:1–10.

Malta DC, Bernal RTI, Nunes ML, Oliveira MM de, Iser BPM, An-

drade SSC de A, et al. Prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis em adultos: estudo transversal, Brasil 2012. *Epidemiol E Serviços Saúde* 2014a;23:609–22. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742014000400003>.

Malta DC, Moura L de, Prado RR do, Escalante JC, Schmidt MI, Duncan BB. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. *Epidemiol E Serviços Saúde* 2014b;23:599–608. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742014000400002>.

Marinho GL, Caldas ADR, Santos RV. Indígenas residentes em domicílios “improvisados” segundo o Censo Demográfico 2010. *Physis Rev Saúde Coletiva* 2017;27:79–102. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312017000100005>.

Matsudo S, Araujo T, Matsudo V, Andrade D, Andrade E, Oliveira LC, et al. Questionario internacional de atividade fisica (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *Atividade Física E Saúde* 2001;6:5–18.

Mazzucchetti L, Oliveira PP de, Tsutsui ML da S, Santos KM dos, Rodrigues DA, Mendonça SB, et al. Incidência de síndrome metabólica e doenças associadas na população indígena Khisêdjê do Xingu, Brasil Central, no período de 1999-2000 a 2010-2011. *Cad Saúde Pública* 2014;30:1–11.

McCormack GR, Shiell A. In search of causality: a systematic review of the relationship between the built environment and physical activity among adults. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2011;8:125. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-8-125>.

Meldrum DR, Morris MA, Gambone JC. Obesity pandemic: causes, consequences, and solutions—but do we have the will? *Fertil Steril* 2017;107:833–9. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2017.02.104>.

Monteiro C. The epidemiologic transition in Brazil. *Obes. Poverty New Public Health Chall.*, Washington, DC: Pan American Health Organization; 2000.

Monteiro Carlos Augusto, Conde WL, Castro IRR de. A tendência cambiante da relação entre escolaridade e risco de obesidade no Brasil (1975-1997). *Cad Saúde Pública* 2003;19:S67–75. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312003000100005>.

org/10.1590/S0102-311X2003000700008.

Monteiro Carlos A., Conde WL, Matsudo SM, Matsudo VR, Bon-senior IM, Lotufo PA. A descriptive epidemiology of leisure-time physical activity in Brazil, 1996-1997. *Rev Panam Salud Publica* 2003;14:246-54.

Monteiro CA, Conde WL, Popkin BM. Income-Specific Trends in Obesity in Brazil: 1975-2003. *Am J Public Health* 2007;97:1808-12.

Monteiro CA, Conde WL, Popkin BM. Independent Effects of Income and Education on the Risk of Obesity in the Brazilian Adult Population. *J Nutr* 2001;131:881S-886S.

Monteiro CA, Moura EC, Conde WL, Popkin BM. Socioeconomic status and obesity in adult populations of developing countries: a review. *Bull World Health Organ* 2004;82:940-6.

Montez JK, Eschbach K. Country of Birth and Language Are Uniquely Associated with Intakes of Fat, Fiber, and Fruits and Vegetables among Mexican-American Women in the United States. *J Am Diet Assoc* 2008;108:473-80. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2007.12.008>.

Morris, J.N., Heady, J.A., Raffle, P.A.B., Roberts, C.G., Parks, J.W. Coronary heart disease and physical activity of work. *Lancet* 1953;265:1111-20.

Newell B, Proust K, Dyball R, McManus P. Seeing obesity as a systems problem. *New South Wales Public Health Bull* 2007;18:214. <https://doi.org/10.1071/NB07028>.

Oliveira GF de, Oliveira TRR de, Rodrigues FF, Corrêa LF, Ikejiri AT, Casulari LA. Prevalência de diabetes melito e tolerância à glicose diminuída nos indígenas da Aldeia Jaguapiru, Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2011;29:315-21.

de Oliveira ML, Santos LMP, da Silva EN. Direct healthcare cost of obesity in Brazil: an application of the cost-of-illness method from the perspective of the public health system in 2011. *PloS One* 2015;10:e0121160.

Oyeyemi AL, Oyeyemi AY, Adegoke BO, Oyetoke FO, Aliyu HN,

Aliyu SU, et al. The Short International Physical Activity Questionnaire: cross-cultural adaptation, validation and reliability of the Hausa language version in Nigeria. *BMC Med Res Methodol* 2011;11:156.

Pagliario H, Azevedo MM, Santos RV, editors. *Demografia dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro/Campinas: FIOCRUZ/ABEP; 2005.

Pardini R, Matsudo S, Araújo T, Matsudo V, Andrade E, Braggion G, et al. Validação do questionário internacional de nível de atividade física (IPAQ-versão 6): estudo piloto em adultos jovens brasileiros. *Rev Bras Ciênc E Mov* 2008;9:45–52.

Pate RR. Physical Activity and Public Health: A Recommendation From the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *JAMA* 1995;273:402. <https://doi.org/10.1001/jama.1995.03520290054029>.

Peña M, Bacalloa J. Obesity and poverty: a new public health challenge. Washington, DC.: Pan American Health Organization, Pan American Sanitary Bureau, Regional Office of the World Health Organization; 2000.

Pitanga FJG, Almeida MCC, Queiroz CO, Aquino EML de, Matos SMA. Physical activity in Brazil: lessons from ELSA-Brasil. Narrative review. *Sao Paulo Med J* 2017;135:391–5. <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2017.0023190317>.

Popkin BM. Nutrition Transition and the Global Diabetes Epidemic. *Curr Diab Rep* 2015;15. <https://doi.org/10.1007/s11892-015-0631-4>.

Popkin BM. Contemporary nutritional transition: determinants of diet and its impact on body composition. *Proc Nutr Soc* 2011;70:82–91. <https://doi.org/10.1017/S0029665110003903>.

Popkin BM. O mundo está gordo: modismos, tendências, produtos e políticas que estão engornando a humanidade. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009.

Popkin BM. The nutrition transition and its health implications in lower-income countries. *Public Health Nutr* 1998;1:5–21.

Popkin BM, Adair LS, Ng SW. Global nutrition transition and the

pandemic of obesity in developing countries. *Nutr Rev* 2012;70:3–21. <https://doi.org/10.1111/j.1753-4887.2011.00456.x>.

Prefeitura. Prefeitura Municipal de Parintins. Lei nº 0386/2006-PGMP (Número de acordo com a Lei 392/2007) que dispõe sobre o perímetro urbano do município de parintins e dá outras providências. 2006.

Prefeitura. Prefeitura Municipal de Parintins. Plano plurianual (PPA) 2006-2009 2005.

Radicchi MR, Santos JB dos, Carneiro D de S, Júnior MFR, Anselmo JG. Descrição dos espaços esportivos de lazer e educação na cidade de Parintins, Amazonas. *Rev Bras Ativ Fís Saúde* 2015;20:626–37.

Reichert FF, Barros AJ, Domingues MR, Hallal PC. The role of perceived personal barriers to engagement in leisure-time physical activity. *Am J Public Health* 2007;97:515–9.

Ribas DLB, Leite M de S, Gugelmin SÂ. Perfil nutricional dos povos indígenas. *Vigilância Aliment. E Nutr. Para Saúde Indígena*, Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP/EaD; 2007.

Rocha AKS da, Bós ÂJG, Huttner É, Machado DC. Prevalência da síndrome metabólica em indígenas com mais de 40 anos no Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2011;29:41–5.

Romano JO. Índios proletários em Manaus: o caso dos Sateré-Mawé citadinos. Dissertação (Mestrado em Antropologia). Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília, 1982.

Rothman KJ, Greenland S, Lash TL. *Modern Epidemiology*. 3rd Edition. Lippincott Williams & Wilkins; 2008.

Rumbaut RG. Assimilation of Immigrants. *Int Encycl Soc Behav Sci* 2015;Oxford: Elsevier:81–7.

Salvo VLMA de, Rodrigues D, Baruzzi RG, Pagliaro H, Gimeno SGA. Perfil metabólico e antropométrico dos Suyá: Parque Indígena do Xingu, Brasil Central. *Rev Bras Epidemiol* 2009;12:458–68.

Santos ASM dos. Segurança alimentar no ritmo das águas: mudanças na produção e consumo de alimentos e seus impactos ecológicos em Parintins, AM. Tese de doutorado em Desenvolvimento Susten-

tável. UnB. Universidade de Brasília, 2012.

Santos KM dos, Tsutsui ML da S, Galvão PP de O, Mazzucchetti L, Rodrigues D, Gimeno SGA. Grau de atividade física e síndrome metabólica: um estudo transversal com indígenas Khisêdjê do Parque Indígena do Xingu, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2012;28:2327–38.

Santos RV, Teixeira P. O” indígena” que emerge do Censo Demográfico de 2010. *SciELO Public Health*; 2011.

Scholes S, Bridges S, Ng Fat L, Mindell JS. Comparison of the Physical Activity and Sedentary Behaviour Assessment Questionnaire and the Short-Form International Physical Activity Questionnaire: An Analysis of Health Survey for England Data. *PLOS ONE* 2016;11:e0151647. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0151647>.

Silva KS, Del Duca GF, Garcia LMT, da Silva JA, Bertuol C, de Oliveira ESA, et al. Barriers associated with frequency of leisure-time physical activity among Brazilian adults of different income strata: Barriers to physical activity in adults. *Scand J Med Sci Sports* 2016;26:206–13. <https://doi.org/10.1111/sms.12419>.

Silveira EA, Kac G, Barbosa LS. Prevalência e fatores associados à obesidade em idosos residentes em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: classificação da obesidade segundo dois pontos de corte do índice de massa corporal. *Cad Saúde Pública* 2009;25:1569–77.

Smylie J, Firestone M, Cochran L, Prince C, Maracle S, Morley M, et al. Our health counts: community report. First Nations Adult and Children. City of Hamilton 2011.

Soares LP, Fabbro ALD, Silva AS, Sartorelli DS, Franco LF, Kuhn PC, et al. Prevalence of metabolic syndrome in the Brazilian Xavante indigenous population. *Diabetol Metab Syndr* 2015;7. <https://doi.org/10.1186/s13098-015-0100-x>.

Swinburn BA, Sacks G, Hall KD, McPherson K, Finegood DT, Moodie ML, et al. The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments. *The Lancet* 2011;378:804–14.

Tang K, Program CW, Jardine CG. Our Way of Life: Importance of Indigenous Culture and Tradition to Physical Activity Practices. *Int J Indig Health* 2016;11:211. <https://doi.org/10.18357/>

ijih111201616018.

Tavares FG, Coimbra Jr CEA, Cardoso AM. Níveis tensionais de adultos indígenas Suruí, Rondônia, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2013;18:1399–409.

Teixeira P. Sateré-Mawé: retrato de um povo indígena. Manaus: UFAM/UNICEF/UNFPA; 2005.

Teixeira P, Mainbourg EMT, Brasil M. Migração do povo indígena Sateré-Mawé em dois contextos urbanos distintos na Amazônia. *Cad CRH* 2009;22. <https://doi.org/10.1590/S0103-49792009000300008>.

Thomson MD, Hoffman-Goetz L. Defining and measuring acculturation: A systematic review of public health studies with Hispanic populations in the United States. *Soc Sci Med* 2009;69:983–91. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.05.011>.

Todorova ILG, Tucker KL, Jimenez MP, Lincoln AK, Arevalo S, Falcón LM. Determinants of self-rated health and the role of acculturation: implications for health inequalities. *Ethn Health* 2013;18:563–85. <https://doi.org/10.1080/13557858.2013.771147>.

Toledo NDN. Fatores de risco para doenças cardiovasculares: um estudo comparativo entre indígenas, brancos, pardos/negros que residem na cidade de Manaus. Tese Doutorado Em Ciênc Saúde 2013;Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho”. Botucatu, São Paulo.

Toledo NDN, Almeida GSD, Matos MMM, Balieiro AADS, Martin LC, Franco RJDS, et al. Cardiovascular risk factors: differences between ethnic groups. *Rev Bras Enferm* 2020;73:e20180918. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0918>.

Trost S, Owen N, Bauman AE, Sallis JF, Brown WJ. Correlates of adults’ participation in physical activity: review and update. *Med Sci Sports Exerc* 2002;34:1996–2001.

Trude A, Vedovato G, Mui Y, Oliveira M, Martins P. Factors associated with physical inactivity and sedentary behavior among women living in the urban area of Santos City, Brazil. *Rev Bras Atividade Física Saúde* 2016;21:162. <https://doi.org/10.12820/rba-fs.v.21n2p162-171>.

Vanden Heuvel A, Cargill J, Stylianou M, Harvey M, Oliver T, Australian Institute of Health and Welfare. The health and welfare of Australia's Aboriginal and Torres Strait Islander peoples 2015. 2015.

Vandenbroeck P, Goossens J, Clemens M. Tackling Obesity: Future Choices. Obesity System Atlas 2007.

Veloso HJF, Silva AAM da. Prevalência e fatores associados à obesidade abdominal e ao excesso de peso em adultos maranhenses. *Rev Bras Epidemiol* 2010;13:400–12. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2010000300004>.

Walter M, Andersen C. Indigenous statistics: a quantitative research methodology. New York: Taylor e Francis Group; 2016.

Wanner M, Probst-Hensch N, Kriemler S, Meier F, Autenrieth C, Martin BW. Validation of the long international physical activity questionnaire: Influence of age and language region. *Prev Med Rep* 2016;3:250–6. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2016.03.003>.

Warbrick I, Wilson D, Boulton A. Provider, father, and bro – Sedentary Māori men and their thoughts on physical activity. *Int J Equity Health* 2016;15. <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0313-0>.

Welch JR, Ferreira AA, Santos RV, Gugelmin SA, Werneck G, Coimbra CEA. Nutrition Transition, Socioeconomic Differentiation, and Gender Among Adult Xavante Indians, Brazilian Amazon. *Hum Ecol* 2009;37:13–26. <https://doi.org/10.1007/s10745-009-9216-7>.

WHO. World Health Organization. WHO Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behaviour: at a glance. Geneva: WHO; 2020.

WHO. World Health Organization. Obesity and overweight: Fact sheet. World Health Organ Media Cent 2018. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/> (accessed October 2, 2018).

WHO. World Health Organization. Top 10 causes of death: Situation and trends. Glob Health Obs GHO Data 2017. http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/causes_death/top_10/en/ (accessed October 2, 2018).

WHO. World Health Organization. Prevalence of insufficient physical activity among adults: Data by WHO region. World Health

Organ Glob Health Obs Data Repos 2015. <http://apps.who.int/gho/data/view.main.2482?lang=en> (accessed November 2, 2018).

WHO. World Health Organization. Noncommunicable diseases country profiles 2014. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2014.

WHO. World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2010.

WHO. World Health Organization. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: World Health Organization; 2009.

WHO. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation. Geneva: World Health Organization; 2000.

Zeng W, Eisenberg DTA, Jovel KR, Undurraga EA, Nyberg C, Tanner S, et al. Adult obesity: Panel study from native Amazonians. *Econ Hum Biol* 2013;11:227–35. <https://doi.org/10.1016/j.ehb.2012.01.005>.

APÊNDICE

PEQUENO VOCABULÁRIO SATERÉ-MAWÉ

Sem a pretensão de esgotar o assunto, muito menos servir de dicionário Sateré-Mawé (a língua Sateré-Mawé já dispõe de tal material escrito, bem como professores capacitados) aproveito a oportunidade de ter trabalhado com um pesquisador de campo Sateré-Mawé, que se tornou meu amigo e que foi de extrema importância para a realização da pesquisa. Descrevo as palavras e seu significado conforme ditado ou escrito pelo próprio intérprete (que foi professor também da língua Sateré-Mawé) e que era pertencente ao clã do Açaí, conforme suas próprias palavras, nascido na cidade de Maués, no Estado do Amazonas.

PORTUGUÊS	SATERÉ-MAWÉ	PORTUGUÊS	SATERÉ-MAWÉ
Cumprimentos		Adjetivos/qualidades	
Bom dia	I Hot Ok	Novo	Ipakup
Boa tarde	Heika'At	Feliz	Arehum-Uiwepît
Boa noite	Wantym	Triste	Pã'e
Tchau	Areto'irayn	Saudade	Sehat'at
Oi	Hay	Alegria	Uiwepît
Meu nome é	Uhet	Medo	ġen'e
Como você chama?	Kat Eïn E Set	Forte	Saika
Obrigado	Waku	Fraco	Hesaika'i
De nada	Waku	Devagar	Hepamo
Sim	Ta'i	Rápido	Merep
Não	Ût	Bonito(a)	Ikahu
Talvez	Koitypuo	Bravo	My'yhak
Família/pessoas		Inimigo	Wānikap
Homem	Ihainia	Saúde	Sehāite Hap
Mulher	Haryporia	Doença	Māhũ'i
Criança	Hirokat	Fome	Sy'at
Bebê	Hirokat Hît	Muito	Ho'okup Kahato
Amigo	Uiwy	Meio	My'Asēt
Pai	Ywot	Cheio	Howopy
Mãe	Ny	Baixo	Yipy'i

Parente	Ewy	Alto	Ywaitĩ
Irmão	Uiwy'ok	Seres/vida	
Avô(ó)	Ase'i-Hari	Rio	Y'y wato
Filho	Mempyt Ihainia	Peixe	Pira
Filha	Mempyt Haryporia	Sol	Ãt
Menino	Ihainia Hīt	Lua	Waty
Menina	Haryporia Hīt	Estrela	Waikiru
Professor	Puruwei	Deus	Tupana / Anuma
Aluno	WeMu'e Hat	Céu	Atipy
Objetos		Terra	Yi
Farinha	U'i	Jesus	Iesuis / Anumare Hit
Arco e flecha	Mory'y wat / Mory'a	Amor	Hĩn
Canoa	Yara	Fogo	Aria
Bola	Wemahara Hat	Luz	Ariãn-y
Barco	Yara wato	Escuro	I'ypyryp
Rede	Yni	Vida	Ahen'Ehap
Panela	Wa'ã	Morte	Namiğ
Pronomes		Comida	Mi'u
Eu	Uito	Ações	
Você	En	Natação	We'yha Hap
Nós	Aito	Locais	
Eles	Eiperia	Escola	Netap-Wemu'e Hap

SOBRE O AUTOR

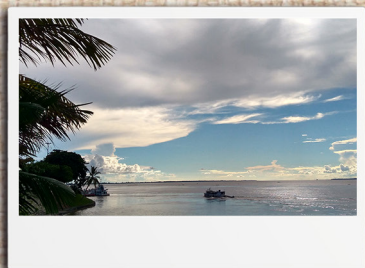


Marcelo Rocha Radicchi

Professor Associado na Universidade Federal do Amazonas (UFAM), Campus de Parintins atuando há 18 anos no Curso de Educação Física. Possui doutorado em Epidemiologia em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP), da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ/RJ). cursou Doutorado sanduíche (CAPES/PDSE) no Western Australian Centre for Rural Health (WACRH), The University of Western Australia (UWA), Perth, Western Australia, tendo atuado em projetos de extensão e pesquisa com foco na saúde de jovens aborígenes australianos. Tem interesse nas pesquisas na área de atividade física e saúde, nutrição e saúde no ambiente escolar. Possui experiência na condução de inquéritos populacionais em estudos epidemiológicos com população indígena urbana e população rural na região Amazônica. É coordenador do Mestrado Profissional em Educação Física em Rede Nacional (PROEF), núcleo UFAM/Parintins. Coordenou projetos de extensão universitária promovendo a arqueria entre populações indígenas na região do Baixo Amazonas.



No Brasil a transição nutricional tem sido observada em populações indígenas em meio rural, embora ainda careçam de informações em saúde para as populações indígenas que residem em área urbana. A transição nutricional está em curso no Brasil e em diversos países no mundo, resultando no aumento do excesso de peso nas populações, e está ligado à rápida urbanização e adoção de dietas não saudáveis em termos nutricionais, além da redução nos níveis de atividade física. O livro busca lançar luz ao fenômeno da transição nutricional na população adulta Sateré-Mawé residente na cidade de Parintins (Amazonas). As informações são provenientes de um inquérito de base populacional censitário sócio-participativo realizado no ano de 2017 e que levantou dados domiciliares e individuais sobre a população Sateré-Mawé na cidade de Parintins/AM. Informações socioeconômicas, demográficas, étnicas (o que chamamos aqui de pertencimento étnico e ligação com a Terra Indígena Andirá-Marau) e de saúde (dados sobre nível de atividade física, perfil nutricional e presença de hipertensão) são apresentadas, baseados em um denso referencial teórico de estudos já produzidos e que auxiliam na contextualização dos assuntos aqui tratados, a saber: transição nutricional, (in)atividade física, excesso de peso, populações indígenas urbanas e sua inter-relação com a economia de mercado, efeitos na saúde populacional além da contextualização histórica, sociocultural e geográfica dos Sateré-Mawé na cidade de Parintins. O livro traz um olhar da saúde pública com o filtro da etnicidade, contextualizando as informações e oferecendo visibilidade à questão.



ALEXA
CULTURAL

EDUA
EDITORA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO AMAZONAS



ABEU
Associação Brasileira
das Editoras Universitárias

