



UNIVERSIDADE  
ESTADUAL DE LONDRINA

---

CELMA MARÍLIA DA NATIVIDADE LEÃO CHINGULO

**ATIVIDADE FÍSICA NO TEMPO LIVRE, BARREIRAS E  
APOIO SOCIAL EM IMIGRANTES ANGOLANOS  
RESIDENTES NO BRASIL**

CELMA MARÍLIA DA NATIVIDADE LEÃO CHINGULO

**ATIVIDADE FÍSICA NO TEMPO LIVRE, BARREIRAS E  
APOIO SOCIAL EM IMIGRANTES ANGOLANOS  
RESIDENTES NO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Mathias Roberto Loch.  
Coorientador: Prof.<sup>a</sup> Dra. Maira Sayuri Sakai Bortoletto.

Londrina  
2022

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de  
Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

C539a Chingulo, Celma Marília da Natividade Leão .  
Atividade física no tempo livre, barreiras e apoio social em imigrantes angolanos residentes no Brasil. / Celma Marília da Natividade Leão Chingulo. -Londrina, 2022.  
137 f. : il.

Orientador: Mathias Roberto Loch.  
Coorientador: Maira Sayuri Sakai Bortoletto.  
Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2022.  
Inclui bibliografia.

1. Atividade física no tempo livre - Tese. 2. Barreiras para a prática de atividade física - Tese. 3. Apoio social - Tese. 4. Imigrantes - Tese. I. Loch, Mathias Roberto. II. Bortoletto, Maira Sayuri Sakai . III. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. IV. Título.

CDU 614

CELMA MARÍLIA DA NATIVIDADE LEÃO CHINGULO

**ATIVIDADE FÍSICA NO TEMPO LIVRE, BARREIRAS E  
APOIO SOCIAL EM IMIGRANTES ANGOLANOS  
RESIDENTES NO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Universidade Estadual de Londrina - UEL, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestra, em Saúde Coletiva.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Orientador: Prof. Dr. Mathias Roberto Loch  
Universidade Estadual de Londrina - UEL

---

Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Maira Sayuri  
Sakay Bortoletto  
Universidade Estadual de Londrina - UEL

---

Prof. Dr. Cassiano Ricardo Rech  
Universidade Federal de Santa Catarina-  
UFSC

---

Prof. Dr. Douglas Fernando Dias  
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Londrina, 06 de abril de 2022

## AGRADECIMENTOS

*À Deus, minha gratidão pelo cuidado, e por me fortalecer espiritual e fisicamente diante das contingências da minha vida.*

*À meu querido esposo, Martinho Chingulo, que tem sido um grande amigo, além de me apoiar e incentivar em todo momento, é um grande parceiro de vida.*

*À meu professor orientador, Mathias Roberto Loch, pessoa que tenho em alta estima, a maneira como exerce sua vocação é fenomenal. Cada orientação foi como uma nova aula, e sempre, muito assertivo. Muito obrigada pela paciência e pela dedicação ao me ensinar a pesquisar. Sou muito grata pela sua vida. Que Deus o abençoe.*

*E, não podia deixar de mencionar a minha querida professora Maira, a primeira orientadora, hoje, coorientadora. Uma pessoa muito generosa e gentil, além de excelente professora. Minha eterna gratidão pelo seu cuidado e ensino, desde o princípio do projeto até o fim.*

*À banca examinadora, Professores Douglas e Cassiano e, Beto e Renne, pela inteira disponibilidade em aceitar o convite, é uma honra tê-los como avaliadores desse projeto. Gratidão imensa.*

*À professor Camilo Guidoni, o primeiro professor que conheci no TCS, serei eternamente grata pelo acolhimento, que junto com o Professor Edmarson, tiveram comigo.*

*À secretaria, e a todo corpo docente do programa de pós-graduação em Saúde Coletiva da UEL, minha gratidão pelo excelente trabalho, dedicação, ensino, e apoio.*

*Ao corpo docente que integra os professores da disciplina de Práticas de Interação, Ensino, Serviços e Comunidade, pela interação profissional durante o estágio, e de forma muito especial, ao professor Silas Oda, a quem serei eternamente grata pelo seu acolhimento, ensino e suporte durante o período de tutoria.*

*À capes (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) pela concessão de bolsa, pois, sem esse financiamento, cursar o mestrado em tempos de pandemia seria muito mais dificultoso.*

*Aos meus queridos colegas de mestrado, nossa trajetória não foi a mais fácil, principalmente pela inesperada pandemia que assolou-nos a todos. Sou grata a vocês porque sempre foram um meio de suporte para a minha vida enquanto mestranda, apesar de todos os novos desafios decorrentes do cenário pandêmico enfrentados; É de forma muito carinhosa, à Camila e Letícia, pela proximidade e maior convivência.*

*À minha mãe, dona Josefina Teresa da Natividade, minha rainha, grande fonte de inspiração, você foi a minha força em cada momento de dificuldade durante toda a minha vida, e no mestrado, não foi diferente. Te amo.*

*Ao meu pai, Amadeu de Jesus Leão, gratidão por ter sido um motivo de fortalecimento diário.*

*Aos meus irmãos, Evandro Félix, Adilson Leão, Landira Leão e Suelly Leão, as lembranças que trago de vocês, da nossa infância e adolescência dão-me vida todo dia.*

*Aos representantes das associações angolanas que fizeram parte desse projeto de pesquisa, Moisés, Osvaldo, Luciano, Augusto Soares, Augusto, Fernando, Pacato, Eduardo e, Miguel. Apesar de a pesquisa não constituir necessariamente uma*

*cultura em Angola, vocês depositaram sua confiança em nós, e se tornaram um dos pilares para a construção e resultados desse trabalho. Muito obrigada pela confiança e apoio.*

*Aos meus amigos, e a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a construção desse trabalho.*

*O meu muito obrigada!*

*Dedico esta pesquisa a todos os imigrantes angolanos "mwangolés".*

*Eu sou eu e minha circunstância,  
e senão a salvo não me salvo eu.*

*José Ortega Y Gasset*



CHINGULO, Celma Marília da Natividade Leão. **Atividade física no tempo livre, barreiras e apoio social em imigrantes angolanos residentes no Brasil.** 2022. 137f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina. Londrina, 2022.

## RESUMO

**Introdução:** A atividade física, conforme tem sido conceituada no âmbito da saúde pública, é um importante fator de prevenção e promoção de saúde, envolvendo pessoas que se movem, agindo e atuando em espaços e contextos culturalmente específicos e influenciados por diversos aspectos, emoções, ideias, instruções e relacionamentos. No entanto, ainda não se sabe como se dá esse comportamento em populações imigrantes, sobretudo no contexto brasileiro. **Objetivo:** O presente estudo teve como objetivo investigar os aspectos relacionados a prática de atividade física no tempo livre, barreiras para a prática de atividade física e o apoio social em imigrantes angolanos residentes no Brasil. **Métodos:** Trata-se de um estudo de delineamento transversal. Para se chegar à amostra do estudo, fez-se o recrutamento dos participantes por meio das associações de estudantes angolanos que tinham grupo virtual, nos quais a pesquisadora principal tinha contato prévio. Foi realizado o contato com associações de sete estados (Ceará, Paraná, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Espírito Santo e Pernambuco), e a população estimada foi de 674 imigrantes. Destes 674, obteve-se resposta de 302 indivíduos (45%). Após as exclusões, por não residirem atualmente no Brasil ou por variáveis incompletas, foram considerados no estudo 247 indivíduos (37%). Para este estudo, foram utilizadas variáveis demográficas e de saúde, o apoio social, barreiras para a prática de atividade física e a atividade física. Para a mensuração do apoio social, utilizou-se a escala *Medical Outcomes Study of Social Support Scale* (MOS-SSS), que é composto por 4 dimensões do apoio social, material, emocional/informação, afetivo e interação social positiva, cada uma com três categorias (alto, médio e baixo), e para fins de análise, foi necessária a dicotomização; para a atividade física no tempo livre, utilizou-se a versão longa do *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ). Foram considerados ativos no tempo livre aqueles que pontuaram  $\geq 150$  minutos/semanais; para as barreiras para a prática de atividade física, utilizou-se instrumento de Reichert (2004) que apresenta oito barreiras, e além dessas, incluiu-se uma barreira relacionada com o ambiente. As análises foram realizadas pelo programa *Statistical Package for the Social Sciences* (IBM SPSS) versão 25.0, a partir de elementos da estatística descritiva, teste qui-quadrado e razão de prevalência a partir da regressão de Poisson com variância robusta. **Resultados:** Entre os principais achados do estudo estão: 1) a maioria dos participantes foi classificado como sendo fisicamente ativo no tempo livre (66,4%), e houve maior prevalência de atividade física em indivíduos do sexo masculino do que na população feminina (70,6% e 50,9%, respectivamente); 2) para as dimensões afetiva, interação social positiva e emocional/informação, a maioria dos participantes apresentou apoio alto, e para o apoio material, cerca de 47,4% apresentou apoio médio; 3) foram identificadas pelo menos quatro barreiras para a atividade física com prevalência maior que 25%, sentir preguiça ou cansaço (41,7%), falta de dinheiro (36,4%), medo de se machucar realizando atividade física (29,1%), e falta de companhia (25,9%). A maioria dos participantes apresentou pelo menos uma barreira (80,1%); 4) dentre as quatro dimensões do apoio social estudadas, houve

associação entre a prática de atividade física com apenas uma das dimensões, o apoio emocional/informação, após ajustado pelas variáveis demográficas e de saúde, sendo que aqueles que tinham maior apoio emocional e de informação apresentaram uma maior prevalência de prática de atividade física no tempo livre (RP=1,25, IC95%=1,04-1,50); 5) as barreiras associadas à prática de atividade física foram: sentir preguiça ou cansaço, gostar de praticar e tempo livre, sendo que os indivíduos que não referiram ter a barreira tiveram maior prevalência de atividade física no tempo livre- não sentir preguiça ou cansaço (RP= 1,38, IC95%= 1,12-1,70); gostar de praticar atividade física (RP= 2,22, IC95%= 1,20-4,13); e ter tempo livre para a prática de atividade física (RP=1,65, IC95%=1,13-2,45); 6) aqueles que referiram nenhuma barreira ou uma barreira tiveram maior prevalência de prática de atividade física no tempo livre do que aqueles que tinham quatro ou mais barreiras - nenhuma barreira (RP=1,90, IC95%=1,23-2,95) e, uma barreira (RP=1,62, IC95%=1,04-2,53).

**Conclusão:** No presente estudo, a maior parte da amostra foi considerada fisicamente ativa no tempo livre, sendo que houve maior prevalência de prática de atividade física em homens do que nas mulheres. Além disso, houve quatro barreiras para a prática de atividade física com prevalência superior a 25%, sentir preguiça ou cansaço para fazer atividades físicas, a falta de dinheiro, o medo de se machucar e a falta de companhia. Por fim, ser fisicamente ativo no tempo livre se associou com altos níveis de apoio emocional e de informação, gosto pela prática de atividade física, ter tempo livre e não sentir preguiça ou cansaço.

**Palavras-chave:** atividade física no tempo livre; barreiras para a prática de atividade física; apoio social; imigrantes.

CHINGULO, Celma Marília da Natividade Leão. **Physical activity in leisure time, barriers and social support in Angolan immigrants living in Brazil. 2022.** 137f. Dissertation (Master's Degree in Collective Health) - Health Sciences Center, Londrina State University. Londrina, 2022.

## ABSTRACT

**Introduction:** Physical activity, as it has been conceptualised in the public health sphere, is an important factor in preventing and promoting health, involving people moving, acting in culturally specific spaces and contexts, and influenced by various aspects, emotions, ideas, instructions, and relationships. However, it is still not known how this behaviour occurs in immigrant populations, especially in the Brazilian context.

**Objective:** This study aimed at investigating aspects related to the practice of physical activity in leisure time, barriers to physical activity and social support in Angolan immigrants living in Brazil.

**Methods:** It is a cross-sectional study. To reach the study sample, the participants were recruited through the Angolan students' associations that had a virtual group, whose contacts the main researcher had previously. The contact was made with associations in seven Brazilian States (Ceará, Paraná, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Espírito Santo, and Pernambuco), and the estimated population was 674 immigrants. From these 674 immigrants, we obtained the response of 302 individuals (45%). After exclusions of some of them, for not residing now in Brazil or for incomplete variables, 247 individuals (37%) were considered in the study. For this study, we used demographic and health variables, social support, barriers to physical activity practice and physical activity. To measure social support, we used the Medical Outcomes Study of Social Support Scale (MOS-SSS), which consists of 4 dimensions of social support, material, emotional/information, affective and positive social interaction, and each one of them with three categories (high, medium, and low); and for analysis purposes, it was necessary dichotomization; for physical activity in free time, we used the long version of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). Those who scored  $\geq 150$  minutes/week were considered active in leisure time; for the barriers to physical activity practice, we used Reichert's instrument (2004) that presents eight barriers, and besides these, we included a barrier related to the environment. The analyses were performed using the Statistical Package for the Social Sciences (IBM SPSS) 25.0 version, based on elements of descriptive statistics, chi-square test and prevalence ratio from Poisson regression with robust variance.

**Results:** Among the main findings of the study are: 1) most participants were classified as being physically active in leisure time (66.4%), and there was a higher prevalence of physical activity in male individuals than in the female population (70.6% and 50.9%, respectively); 2) for the affective, positive social interaction and emotional/information dimensions, most participants showed high support, and for material support, about 47.4% showed medium support; 3) at least four barriers to physical activity were identified with prevalence higher than 25%, feeling lazy or tired (41.7%), lack of money (36.4%), fear of getting hurt doing physical activity (29.1%), and lack of companionship (25.9%). Most participants showed at least one barrier (80.1%); 4) among the four dimensions of social support studied, there was an association between the physical activity practice with only one of the dimensions, the emotional support/information, after being adjusted by demographic and health variables, and those who had greater emotional support and information had a higher prevalence of physical activity practice

in leisure time (PR=1.25, 95%CI=1.04-1.50); 5) the barriers associated with physical activity practice were: laziness or tiredness, practicing for enjoyment and free time. Individuals who did not report having the barrier had a higher prevalence of physical activity in leisure time – not feeling lazy or tired (RP=1.38, 95%CI=1.12-1.70); enjoy to practice physical activity (RP= 2.22, 95%CI=1.20-4.13); and having free time to practice physical activity (RP=1.65, 95%CI=1.13-2.45); 6) those who reported no barriers or one barrier had higher prevalence of physical activity practice in leisure time than those who had four or more barriers - no barrier (RP=1.90, 95%CI=1.23-2.95) and, one barrier (RP=1.62, 95%CI=1.04-2.53). **Conclusion:** In this study, most of the sample was considered physically active in leisure time, and there was a higher prevalence of physical activity practice in men than in women. Moreover, there were four barriers to physical activity with prevalence higher than 25%, feeling lazy or tired to do physical activities, lack of money, fear of injury and lack of companionship. Finally, being physically active in leisure time was associated with high levels of emotional support and information, enjoyment of physical activity, having free time and not feeling laziness or tiredness.

**Keywords:** physical activity in leisure time; barriers to physical activity practice; social support; immigrants.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1 -</b>	Características sociodemográficas e de saúde dos imigrantes angolanos residentes no Brasil, 2021 .....	60
<b>Tabela 2 -</b>	Caracterização do apoio social, atividade física e barreiras para a prática de atividade física de tempo livre por indivíduo em imigrantes angolanos no Brasil, 2021.....	63
<b>Tabela 3 -</b>	Prevalência atividade física no tempo livre segundo as características sociodemográficas e de saúde em imigrantes angolanos no Brasil, 2021 .....	65
<b>Tabela 4 -</b>	Associação entre o apoio social e atividade física (categoria ativos no tempo livre) em imigrantes angolanos residentes no Brasil, 2021. Dados brutos e ajustados (n=247). .....	67
<b>Tabela 5 -</b>	Associação entre as barreiras de atividade física e o nível de atividade física no tempo livre (categoria ativos no tempo livre) em imigrantes angolanos residentes no Brasil, 2021. Dados brutos e ajustados (n=247).....	69

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>MOS-SSS</b>	<i>Medical Outcomes Study of Social Support</i>	<b>IPAQ:</b> <i>International Questionnaire of Physical Activity</i>	<b>AFTL:</b> Atividade física no tempo livre
<b>IMC</b>	Índice de Massa Corporal		
<b>DCNTs</b>	Doenças Crônicas Não Transmissíveis		
	<b>EBIA:</b> Escala Brasileira de Insegurança Alimentar	<b>SPSS:</b> <i>Statistical Package for the Social Sciences</i>	
<b>RP</b>	Razão de Prevalência		
<b>IC</b>	Intervalo de confiança		
<b>OR</b>	Razão de Chances ou <i>ODDS Ratio</i>		
<b>TCLE</b>	Termo de consentimento livre e esclarecido		
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde.		
<b>WHO</b>	<i>World Health Organization?</i>		
<b>UEL</b>	Universidade Estadual de Londrina		
<b>EUA</b>	Estados Unidos da América.		
<b>PNUD/RNDH</b>	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento/Relatório Nacional de Desenvolvimento Humano do Brasil.		
<b>SISMIGRA</b>	Sistema Nacional de Registro de Migrações		

**ALGUMAS DEFINIÇÕES OPERACIONAIS REFERENTES À MIGRAÇÃO  
INTERNACIONAL, DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO BRASILEIRA, LEI 13.445/  
2017**

<b>Migrante</b>	pessoa que se desloca de país ou região geográfica ao território de outropaís ou região geográfica.
<b>Imigrante</b>	pessoa nacional de outro país ou apátrida que trabalha ou reside e se estabelece temporária ou definitivamente no Brasil.
<b>Emigrante</b>	brasileiro que se estabelece temporariamente ou definitivamente no exterior.
<b>Refugiado</b>	toda pessoa que tenha recebido proteção especial conforme previsto na Lei nº 9.474, de 22 de julho de 1997” (art. 1º inciso VI), e o “ano migratório”, considerado como o “período de doze meses, contado da data da primeira entrada do visitante no território nacional, conforme disciplinado em ato do dirigente máxima Polícia Federal” (inciso 7º).

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	24
1.1	APRESENTANDO ANGOLA E OS ANGOLANOS.....	29
1.1.1	Atividade Física em Angola.....	30
1.2	MIGRAÇÃO E SAÚDE NO CONTEXTO BRASILEIRO .....	32
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	36
2.1	RELAÇÃO ENTRE APOIO SOCIAL E A ATIVIDADE FÍSICA .....	40
2.2	ATIVIDADE FÍSICA E APOIO SOCIAL EM IMIGRANTES. ....	43
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	47
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	48
4.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO .....	48
4.2	TESTE PILOTO .....	48
4.2	POPULAÇÃO ALVO, LOCAL, COLETA DE DADOS, E AMOSTRA DO ESTUDO .....	48
4.5	VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	52
4.5.1	Atividade Física no Tempo Livre .....	52
4.5.2	Barreiras para a Prática de Atividade Física no Tempo Livre.....	52
4.5.3	Apoio Social .....	53
4.5.4	Variáveis Sociodemográficas .....	55
4.5.5	Variáveis Relacionadas à Imigração .....	55
4.5.6	Variáveis Relacionadas à Saúde.....	56
4.6	PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	57
4.7	ASPECTOS ÉTICOS .....	57
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	59
5.1	CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS, SAÚDE, APOIO SOCIAL E ATIVIDADE FÍSICA .....	59
5.2	PREVALÊNCIA DE ATIVIDADE FÍSICA NO TEMPO LIVRE EM IMIGRANTES ANGOLANOS NO BRASIL .....	64
5.3	ASSOCIAÇÃO ENTRE O APOIO SOCIAL E BARREIRAS, COM A ATIVIDADE	



	FÍSICA NO TEMPO LIVRE .....	66
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	<b>71</b>
6.1	ATIVIDADE FÍSICA E VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS. ....	71
6.2	APOIO SOCIAL E ATIVIDADE FÍSICA EM IMIGRANTES .....	75
6.3	ASSOCIAÇÃO ENTRE O APOIO SOCIAL E BARREIRAS COM A ATIVIDADE FÍSICA NO TEMPO LIVRE. ....	76
6.4	LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	83
6.5	FORTALEZAS DO ESTUDO .....	83
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>85</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>88</b>
	<b>APÊNDICES</b> .....	<b>98</b>
	APÊNDICE A – Questionário do estudo adaptado pela plataforma Google Forms.....	99
	<b>ANEXOS</b> .....	<b>128</b>
	ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	129
	ANEXO B– Comparecer Consubstanciado do CEP .....	131

## APRESENTAÇÃO E APROXIMAÇÃO COM O TEMA

Nascida em Angola em um município pequeno da província da Huila. Foi nesse pequeno espaço em que cresci, e logo ao completar doze anos de idade, meus pais enviaram-me para outro município para dar continuidade aos estudos, como era de costume. Cursei o ensino médio entre 2007 e 2010, e aos dezessete anos, em 2011, fui aprovada para a faculdade de medicina no Lubango, capital da província da Huila. Após a conclusão do curso de medicina (2016), ainda sem concurso público, decidi ser médica voluntária em hospital da minha cidade por seis meses, em 2017, para obter algum tipo de experiência. Minha intenção era após esse período, devido ao meu casamento, sair de Angola com destino ao Brasil.

Em 17 de Janeiro de 2018, cheguei no Brasil, país que sempre quis conhecer desde a minha infância, quando ainda assistia o programa da “Eliana e alegria”, e o “Domingo da gente”. O que eu não sabia, nisso tudo, é que eu seria uma estrangeira, ou melhor, imigrante. Essa palavra ganhou um significado muito profundo sobre a minha vida. Por um lado eu me via cheia de sonhos, expectativas, e de saudades, e por outro lado, eu tinha que encarar uma avalanche de dúvidas e emoções ambíguas, tinha que encarar a rejeição, tinha que sentir na pele que ser imigrante é totalmente diferente de pertencer à uma sociedade, ou à uma comunidade. E o tempo todo eu pensava nos imigrantes que havia conhecido em Angola, sobretudo os chineses e vietnamitas. Como é difícil ser imigrante.

Contudo, cá estava eu, e minha primeira meta era poder ter a oportunidade de fazer uma residência médica, mas precisava revalidar meu diploma médico. Em 2018, quando cheguei, me deparei com esse obstáculo, não havia mais o “Revalida,” exame direcionado tanto para estrangeiros formados em medicina fora do Brasil, quanto para brasileiros que se graduaram em outro país e pretendem exercer a profissão no Brasil. Não sabia exatamente como as coisas funcionavam, não entendia as leis, simplesmente era uma imigrante à mercê da “boa vontade” do governo para a aplicação da prova de revalidação médica.

O tempo estava passando, e eu precisava fazer alguma coisa. Primeiro, achei que poderia conseguir um estágio, ou mesmo ser voluntária em algum hospital, na cidade de Curitiba, mas as coisas não eram como eu achava que fossem. Tive de me

adaptar e buscar outros meios de sustentação. Foi quando decidi buscar “qualquer emprego” e comecei a trabalhar em uma panificadora, como balconista.

Ser balconista em uma panificadora foi uma experiência que me fez perceber o quanto eu tinha para aprender com a vida. Primeiro, porque pela minha ingenuidade, acreditava que as pessoas respeitavam-se umas às outras, independentemente do status. Não aguentei a pressão na panificadora e pedi demissão depois de três meses.

Busquei outro emprego, e dessa vez fui treinada para ser o caixa de um empório de produtos naturais. Apesar do desconforto, me senti um pouco mais leve. Porém, nessas situações todas, tive que colocar-me no meu lugar “de imigrante”, de “negra” e, como se não bastasse, eu era imigrante da “África”. Três aspectos que eu nem sequer imaginava que faria tanta diferença em minha vida. Os olhares, as constantes perguntas por conta do meu sotaque, ou do andar, ou até mesmo do jeitinho de ser.

Eu, não apenas era imigrante, era também negra e, para completar, era africana. Talvez o leitor desse texto não compreenda, mas vou tentar clarificar no que me refiro exatamente. No Brasil, quando se é imigrante, negro, e da África, todos os dias, em qualquer lugar onde a pessoa ousa falar, é interrogada da seguinte maneira:

- Você fala diferente, de onde você é?
- De Angola.
- Sério? E você aprendeu rápido o português, né?
- Não! na verdade, eu já falava português no meu país.
- Hummmm, não sabia. E você gostou do Brasil?
- Sim, estou gostando.
- Gosta mais do Brasil ou mais da África? Vai ficar ou voltar? \_Por que o Brasil? O que veio fazer? E lá, na África, como é?...

Para mim, depois de algum tempo, passou a ser com grande desgosto que tentava explicar onde fica Angola. Pois, por mais que tentasse explicar e, até mesmo, provar quem sou, sempre notei que existia uma tendência de colocar os africanos no mesmo pacotinho “África”, e isto é um grande desacerto. Pois, ao mesmo tempo em que não valoriza a grande diversidade étnica, cultural e até a beleza natural de África, não permite que outras nacionalidades tenham o interesse de conhecê-la e apreciá-

la. A noção que se tem de África e dos africanos não passa de uma imaginação sátira da fome e da miséria. Isto coloca-nos a nós, os africanos, em grande desvantagem internacional, sobretudo, em países com certa inclinação para um certo tipo de nacionalismo expressamente radical. Aqui no Brasil, ser angolana, é o mesmo que ser da “África”. Embora eu ame o Brasil e reconheça que é um país muito acolhedor, que promove, pelo menos até certo ponto, alguma leveza no modo de se viver, compreendo também que o senso de pertencimento está longe de se achegar. Pode até ser que isto seja uma característica própria da imigração, não sei.

Mas há um ponto que se evidencia sempre: ser “estrangeira, negra e, africana”, que sempre foi para mim uma desvantagem, aqui no Brasil. Não sei se mudará, provavelmente não. Porque essas características carregam uma série de estereótipos totalmente discriminatórios. Talvez seja esse o motivo pela qual o sentimento de pertencimento nos seja tão caro. Esses três aspectos seguem-me o tempo todo, e onde quer que eu esteja, devo lembrar: sou imigrante, sou negra, sou angolana, sou africana. Antes mesmo de tentar ir para algum lugar ou procurar algum emprego, a sineta toca: *hey, deves-te lembrar que és imigrante, negra e africana*. Então, tudo bem! Sou isto mesmo. Como bem disse um filósofo espanhol: *Eu sou eu e minha circunstância, e se não a salvo não me salvo eu*.

Adotei para mim um escudo. Tentar falar o português o mais “brasileiro” possível, para minimizar as intempéries diárias (embora nunca tenha sido o suficiente). Posicionar-me, agregar minhas circunstâncias ao meu dia a dia, e não tentar fugir delas, e me apropriar disso para alcançar minhas metas, foi o que deu-me forças para continuar aqui. E quando meu esposo passou no processo seletivo de mestrado em educação na UEL, pensei comigo mesma: por que não tentar também?

### **Aproximação com a temática da “Atividade Física em Imigrantes”**

Depois de pesquisar e pouco compreender sobre o funcionamento do departamento de Ciência da Saúde da UEL, decidi ir com meus próprios pés, buscar mais informações. Dirigi-me à secretaria, apresentei-me, e perguntei às duas moças, muito amáveis por sinal, como funcionava o programa de pós-graduação em Saúde Coletiva, e gentilmente, fui informada sobre o processo seletivo, bianual, sobre a

possibilidade de matrícula em disciplina especial, e sobre obter alguma orientação de algum professor do programa.

Desde essa época, procurei saber se não haveria nenhum empecilho em fazer o mestrado com diploma não revalidado, porém, as coisas estavam sendo bem encaminhadas. Conheci um professor do programa de pós-graduação em ciências farmacêuticas, o professor Camilo, e passei a frequentar suas aulas. Logo em seguida conheci outro professor, professor Edmarlon, ambos muito “gente boa”, e acolhedores.

O professor Camilo orientou-me na construção do pré-projeto. Naquele momento pensava em estudar a autopercepção de saúde dos imigrantes angolanos, partindo da minha própria autoavaliação de saúde. Eu pensava que apesar dos meus desafios diários, eu estava bem de saúde, pois, já se fazia quase dois anos que não tinha nenhum episódio de malária. Impressionante, porque em Angola, pelo menos uma vez ao ano eu adoecia por malária. Foram diferenças de saúde notavelmente significativas. Já não tinha mais as moléstias frequentes que tinha até mesmo em relação a água que consumia.

Neste sentido, eu pensava que talvez todos os angolanos passassem pela mesma experiência. Porém, descobri que no Brasil a malária não estava erradicada. Percebi que podia encontrar diferenças significativas entre nós “angolanos”, afinal de contas, não viemos da mesma região, nem tampouco tínhamos as mesmas condições de vida em Angola, e no Brasil, não nos encontrávamos no mesmo lugar. E foi dessa maneira que eu refletia com liberdade para a construção do pré-projeto.

Embora eu avançasse no pré-projeto, eu tinha que me preparar para a prova do processo seletivo também, e estava deslocada, não sabia exatamente qual tema seria a proposta para a redação. Estava com medo. Devo manifestar algo que não sinalizei antes. Aqui no Brasil, logo no início, me deparei com um engajamento político muito forte por parte de quase todas as pessoas com quem me relacionava, e eu não entendia patavina nenhuma sobre política, a única coisa que eu tinha a certeza era de que odiava o governo angolano com todas as minhas forças pela sua corrupção, e pela miséria do povo. Mas aqui o cenário era diferente, eu ficava confusa com tanta informação, havia política em todo canto, na universidade, e inclusive na saúde. Até

minha cor de pele estava na política. Por isso, aprendi a separar as coisas, uma coisa é eu estar aqui no Brasil e vivenciar essas experiências, outra coisa, é o contexto de onde eu venho, e eu tinha essa necessidade de me contextualizar. O que não foi nada fácil.

Passei no processo seletivo, a princípio ganhei uma orientadora maravilhosa, a professora Maira. Juntas, começamos a pensar no projeto de pesquisa. Percebeu-se que autopercepção de saúde talvez fosse um tema meio vago para a investigação, então pensamos em avaliar a qualidade de vida e o apoio social em imigrantes angolanos. Após essa fase, minha orientadora compreendeu que precisaríamos de um coorientador para ajudar nas análises e obtivemos uma resposta positiva do professor Mathias Roberto Loch. Muito bom, ótimo professor, o conheci em 2019, quando lecionava a disciplina em que eu era aluna especial.

A partir daí, passou-se mais uma vez para o refinamento do nosso objeto de pesquisa. Dessa vez, a proposta seria trocar qualidade de vida para associação entre o apoio social e a atividade física no tempo livre em imigrantes angolanos residentes no Brasil, que surpreendentemente, apesar de eu não ter o domínio da temática, fui me aproximando do tema de acordo com as minhas próprias experiências de prática de atividade física.

Sempre gostei de fazer atividade física, embora em algum momento eu tenha sido uma ferrenha defensora de bons hábitos, entendendo que tudo isso dependia única e exclusivamente da vontade de cada um. Porém, com a construção do projeto, sob orientação dos meus professores, percebi que minha percepção em relação à saúde dos indivíduos estava totalmente deturpada pelo olhar simplesmente curativista, que não amplia as fronteiras, nem olha para os horizontes, e não considera o carácter holístico da saúde. Penso que, embora em algum momento considerei a história psicossocial dos indivíduos para estabelecer um diagnóstico clínico e epidemiológico, minha visão ainda era muito centrada na responsabilidade individual para a produção e reprodução de saúde.

Estudando sobre a atividade física, barreiras e apoio social, as memórias de quando eu acordava às cinco horas da manhã para caminhar com uma vizinha, ou com meus irmãos, vinham à tona. Só não fazia ideia de que era assim tão bom. Eu

tinha uma rotina, fazia atividade física (caminhada ou corrida) antes de ir a faculdade, e quando tivesse tempo livre, eu saía para caminhar sozinha e ler um livro. Infelizmente fui assaltada no meu bairro, e este foi o primeiro motivo que me fez parar com esse tipo de atividade. O ambiente não era seguro para a prática de atividade física, apesar do gosto por ela. Foi então que percebi que realmente não dependia só de mim. Mal sabia eu que isto era uma atividade de lazer.

Lembro-me também que logo que cheguei no Brasil (em Curitiba), uma das primeiras coisas que fiz foi procurar um lugar para caminhar e ter um tempo de leitura. Conheci, então, o parque Atuba, no bairro de Santa Cândida, e em seguida o parque do Bacacheri, ambos ficavam perto de casa.

Ao ampliar o olhar deste tema observando o cenário da prática de atividade física entre os angolanos residentes no Brasil, sei que muitos deles antes da pandemia da Covid-19 (pelo menos nas cidades em que morei), encontravam-se para jogar futebol pelo menos uma vez na semana, e o grupo era constituído não apenas por angolanos, mas também por brasileiros e outros imigrantes. Isto coloca em evidência que o futebol tinha o potencial para fomentar o apoio social, ao mesmo tempo em que o apoio social era importante para fazer as pessoas jogarem futebol.

Em razão disso, pode-se afirmar que os imigrantes angolanos possuem experiência de prática de atividade física. Porém, para falar sobre cultura de atividade física em Angola, é fundamental levar em consideração os aspectos que caracterizam a própria região geográfica, ou seja, ter um olhar voltado mais dentro, que considera as características histórico-social, econômica e política, bem como uma abordagem que permite uma comparação de nível macrorregional, com outros países africanos.

Compreende-se que as atividades que mais se realizam em Angola são: futebol de bairro, basquetebol, caminhada, brincadeiras do bairro, a dança que é um aspecto cultural, e a inserção, desde cedo, da educação física como uma disciplina no currículo escolar do ensino fundamental, médio e de alguns cursos do ensino superior. Contudo, mesmo havendo essas atividades no cotidiano do angolano, ainda é muito difícil falar sobre o estabelecimento de uma cultura de atividade física que seja consciente e intencional ou de lazer, por parte da maioria da população.

A realização de atividades como caminhadas de longas distâncias, por exemplo, muito tem a ver com a escassez de transportes públicos, pobreza, e pelo

fato de haver uma boa parte da população dentro do mercado de trabalho informal, como é o caso dos “zungueiros” (vendedores ambulantes, na sua maioria mulheres e jovens) presentes nas ruas de quase todas as cidades angolanas, e que percorrem longas distâncias diariamente para o seu sustento, do que propriamente uma cultura de atividade física estabelecida.

Outro aspecto muito importante, para se ter em conta nesta discussão, reflete na falta de infraestruturas para o acesso da atividade física, que muito está relacionada com as desigualdades sociais. O nível de desigualdade social escancara a realidade angolana de forma absurda, e repercute na falta de acesso aos serviços e bens, de segurança ambiental, e do conhecimento dos benefícios da prática de atividade física para a saúde como tal, isso, para a maioria da população.

Diante de tudo que acabo de expor sobre a minha trajetória até a UEL, hoje como profissional de saúde, percebo meu lugar de fala em relação à promoção da atividade física e, não apenas isso, como imigrante, negra, e africana, julgo ser necessário levar essa discussão para esse contexto populacional (de imigrantes), que não raras vezes sofre com todo tipo de desprezo e rejeição, além de serem alvos fáceis de ataques e de subordinação dentro dos ambientes novos.



## 1 INTRODUÇÃO

Estudar a atualidade das populações migrantes, sob a perspectiva da saúde, em um contexto da história humana caracterizado por enormes transformações tecnológicas, sociais, políticas e econômicas, torna-se cada vez mais pertinente. Por fazerem parte dos diversos grupos minoritários, inseridos dentro de um cenário que impõe adaptação e, envolve questões bioéticas (GUERRA; VENTURA, 2017; MARTIN; GOLDBERG; SILVEIRA, 2018), os migrantes, sobretudo internacionais, experimentam modificações significativas nos padrões de comportamentos relacionados à saúde.

Alguns estudos recentes propuseram-se a investigar as diferenças de alguns indicadores de saúde, como por exemplo a saúde mental, comparando as populações nativas das populações migrantes (ARIAS-URIONA; GUILLÉN, 2020; BOWE et al., 2019; GKIOULEKA et al., 2018; KAISER, BONNIE N; KEYS, HUNTER M; FOSTER, JENNIFER; KOHRT, 2015; KLUGE et al., 2019; MÉJEAN et al., 2007). Isto, porque imigrantes e refugiados, representam um grupo populacional com características peculiares, cujas condições de vida, status socioeconômico, na maioria das vezes desfavoráveis, são fatores de estresse e, têm grande impacto psicológico, além disso, acabam por contribuir para o aparecimento ou a ocorrência de doenças e, outros agravos de saúde (CERIN et al., 2019; DUNN; DYCK, 2000; GKIOULEKA et al., 2018; JEN et al., 2015; ZHANG; WANG, 2008).

Essas condicionalidades reverberam nos indicadores de morbimortalidade e entre populações migrantes em muitos países ocidentais (BOULOGNE et al., 2012; JOSHI et al., 2014; MÉJEAN et al., 2007). Sobre isso, uma revisão sistemática (FERNANDO et al., 2015) demonstrou, por exemplo, que os imigrantes Sul Asiáticos apresentam uma maior prevalência de doença arterial coronariana, do que a população nativa da Europa. Com o mesmo objetivo, um outro estudo realizado com imigrantes de ascendência turca e marroquina, na Europa, concluiu que a obesidade e a diabetes mellitus são os agravos mais comuns nesses imigrantes, do que na população nativa (UJCIC-VOORTMAN et al., 2012).

Há uma similaridade peculiar nos estudos cuja temática gira em torno da saúde dos imigrantes, a maioria aponta para fatores de risco comumente presentes em populações migrantes, como o estilo de vida sedentário, alterações da dieta após a migração e inatividade física (JEN et al., 2015; MASRI; KOLT; GEORGE, 2021;

MÉJEAN et al., 2007), aculturação (ROSENTHAL, 2018), fatores de estresse, status de migração, pobreza e saúde mental (KAISER, BONNIE N; KEYS, HUNTER M; FOSTER, JENNIFER; KOHRT, 2015; KLUGE et al., 2019), e muitos desses fatores são apresentados como determinantes para a ocorrência das DCNTs e outros agravos (CUSTODIO; ORTIZ-BARREDA; RODRÍGUEZ-ARTALEJO, 2014; FERNANDO et al., 2015; UJCIC-VOORTMAN et al., 2012; ZHANG; WANG, 2008).

Dentro deste panorama, lembra-se que prática regular de atividade física (atividade física) é um importante fator de prevenção e promoção de saúde. Classicamente, a atividade física pode ser separada em quatro diferentes domínios: de lazer, domésticas, de transporte e de trabalho. Dentre estes domínios, a atividade física no lazer associa-se à qualidade de vida, bem estar e autoeficácia (BRIKI, 2018), bem-estar físico e mental (BOWE et al., 2019), e prevenção e controle de doenças crônicas não transmissíveis (AUNE et al., 2015).

Além disso, dá-se mais ênfase à atividade física no tempo livre ou de lazer pois, é um dos domínios da atividade física que apresenta maior possibilidade de intervenção, geralmente está associada ao autoconhecimento, satisfação e prazer (CROCHEMORE-SILVA I et al., 2020), e possui vários benefícios à saúde, como por exemplo, melhora da depressão (FUKAI et al., 2020; MA; HAGQUIST; KLEPPANG, 2020), diminuição do risco de desenvolver diabetes mellitus tipo 2 (AUNE et al., 2015), melhora da fadiga e qualidade de vida em pacientes com câncer (OZDEMIR et al., 2019), diminuição do estresse ocupacional (DU PREL; SIEGRIST; BORCHART, 2019), melhora da dor crônica (SANTOS et al., 2018), entre outros.

De forma genérica, as atividades de lazer consistem em atividades realizadas por um indivíduo, a seu próprio critério, que não é exigida como uma atividade essencial para a vida diária (WHO, 2020; CASAS et al, 2018). Para se ter uma ideia sobre os indicadores de atividade física, faz-se alusão a uma revisão sistemática e metanálise, que teve por objetivo determinar as atividades físicas esportivas e de lazer mais populares à nível global, analisando estas atividades de acordo com a faixa etária em quarenta e sete países e demonstrou que a caminhada foi a atividade mais popular entre adultos nas Américas, Mediterrâneo Oriental, Sudeste Asiático e Oeste Pacífico, enquanto na Europa e na África, o futebol e a corrida foram as principais atividades (HULTEEN et al., 2017).

Além de contribuir para a prevenção e controle de DCNTs como câncer, diabetes, hipertensão arterial sistêmica, obesidade etc., (REZENDE et al., 2019;

WARBURTON; NICOL; BREDIN, 2006), a atividade física está associada à redução de morte prematura, reverberando de forma significativa sobre a mortalidade geral (LEE et al., 2012).

Apesar das evidências sobre os benefícios da atividade física para a saúde, e o aumento do conhecimento dos mesmos pela população, estudos recentes indicam uma alta prevalência de inatividade física no mundo, como é o caso de um trabalho que avaliou cerca de 1,9 milhões de indivíduos de 168 países e cujos achados estimam a prevalência de insuficientemente ativos na América Latina em 39,1%, sendo maior em mulheres (43,7%) do que nos homens (34,3%) (GUTHOLD et al., 2018). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) estimativas globais de inatividade física indicam que, em 2016, 27,5% dos adultos e 81% dos adolescentes não seguiram as recomendações da OMS relativas à prática de atividade física (WHO, 2020).

Para que se aumente os níveis de atividade física a nível global é necessário que se tenha clareza sobre os padrões de atividade física. Em estudo que avaliou mais de 120 países em todo mundo, mostrou que a inatividade física entre os adultos apresenta proporções variáveis entre 17,0% no sudeste da Ásia a 43% nas Américas e Mediterrâneo Oriental. Além disso, constatou-se que a inatividade física aumenta com a idade, em países de alta renda, e é maior em mulheres do que em homens (HALLAL et al., 2012). Estes dados são preocupantes, e refletem, em certa medida, que ainda há muito o que se fazer em termos de promoção de atividade física a nível global, já que a atividade física é um importante fator de prevenção de doenças crônicas, e possui vários benefícios à saúde física e mental.

O estudo desta temática em imigrantes tem ganhado visibilidade na literatura (AFFUSO et al., 2014, 2016; DANIEL; WILBUR, 2017; GALLEGOS-CARRILLO et al., 2018). A maior parte dos estudos encontrados na literatura sobre este tema foram realizados com imigrantes na Europa (AFRIFA-ANANE et al., 2020; CAPERCHIONE et al., 2011; CUSTODIO; ORTIZ-BARRERA; RODRÍGUEZ-ARTALEJO, 2014; KRIST et al., 2020; REIS et al., 2020; SAUTER; KIKHIA; LOSS, 2021) e nos estados Unidos (FU et al., 2018; MIKELL; SNETHEN; KELBER, 2020; SWEATT et al., 2015).

A prática regular de atividade física é um comportamento relacionado à saúde que não depende unicamente do indivíduo, existem fatores que determinam e, permitem o aumento dos níveis de atividade física, de uma maneira geral e, dentre estes fatores, tem-se: o meio ambiente percebido (KRETSCHMER; DUMITH, 2020),

bem como, características sociodemográficas (idade, sexo, renda, escolaridade, estado civil, ocupação, percepção de segurança) e comportamentais (hábitos alimentares, tabagismo, consumo de álcool) (CASAS et al., 2018; DUMITH, 2009; KRETSCHMER; DUMITH, 2020; MARTINS; SILVA; HALLAL, 2018). Além dos fatores citados, é importante destacar que estudos recentes indicam o papel do apoio social como um importante facilitador para a atividade física em diferentes grupos populacionais (MENDONÇA et al., 2014; SMITH et al., 2017; SOUSA et al., 2019; STEVENS; CRUWYS; MURRAY, 2020).

O apoio social tem sido investigado no contexto da Saúde Pública desde pelo menos na década de 1970, e resulta da integração do indivíduo em diferentes redes, ofertantes de suporte material, emocional, afetivo e cognitivo (GRIEP, 2003). Dispõe-se de uma abordagem cognitiva de natureza sociopsicológica que envolve uma construção social, focada na percepção do apoio pelos sujeitos, de acordo com as características de personalidade e os diferentes modos de enfrentamento dos problemas da vida cotidiana (CANESQUI; BARSAGLINI, 2012).

Neste sentido, dispor de alguém que ofereça ajuda ou apoio diante das contingências da vida ou situações de necessidade, pode diminuir o impacto negativo a situações estressantes, facilitar o enfrentamento de problemas, favorecendo a saúde e a sensação de bem-estar, além de ser também um importante aliado na busca por uma compreensão de como os grupos sociais atribuem valor aos hábitos e às práticas de cuidado (GRIEP, 2003).

Atualmente, esta relação entre o apoio social e a saúde permeia na literatura (BARTON; EFFI; Catividade física ARELLA, 2015; KONG et al., 2021), estando associado o apoio social, por exemplo, a um melhor enfrentamento da depressão (GKIOULEKA et al., 2018), a adoção de melhores comportamentos de autocuidado em pacientes com comorbidades como a insuficiência cardíaca (GRAVEN; GRANT, 2014), e a um maior senso de comunidade, satisfação com a vida e estado geral de saúde (HOMBRADOS-MENDEIETA et al., 2019). Os benefícios do apoio social têm se mostrado abrangentes, tornando-se assim, numa importante ferramenta para medir a saúde de diferentes populações, avaliando vários desfechos, inclusive a atividade física .

Dito isto, alguns estudos que se propuseram a investigar sobre a influência do apoio social na atividade física em populações imigrantes, apresentando diferentes abordagens. Um estudo com colombianos recém-chegados em Canadá beneficiários

de um programa de banco de alimentos, observou que além do relato do status socioeconômico, atividade física e status de peso (peso ideal, sobrepeso e obesidade), observou que a maioria dos participantes (97%) recebia apoio social, e destes, cerca de 61% seguia as recomendações de atividade física (VITOR et al., 2007). Outro trabalho foi realizado com imigrantes mexicanos, cambojanos, somalis e sudaneses, em uma pequena comunidade urbana de Minnesota, e observou que o apoio social foi considerado, pelos participantes, um facilitador para a prática de atividade física (WIELAND et al, 2015). Nesta mesma linha de raciocínio, um estudo realizado com imigrantes mexicanos americanos de primeira geração, demonstrou que o apoio social esteve associado à maiores chances de atividade física moderada e vigorosa total (OR= 3,7, IC 95% 1,1-6,4) (DELLASERRA et al., 2018).

Mais recentemente, estudo realizado com imigrantes sul asiáticos nos EUA, examinou como os comportamentos em redes sociais referenciadas, como o apoio social, se relacionam com as mudanças dos comportamentos relacionados à saúde, particularmente a atividade física (THANAWALA et al, 2020), e evidenciou que ter membros de redes sociais (família, amigos, etc.) que se exercitavam estava associado a importantes aumentos na prática de atividades físicas moderadas e vigorosas. Destaca-se, por fim, estudo de abordagem qualitativa, que discutiu o apoio social e acessibilidade, e como a falta de redes de apoio influenciam a atividade física (MASRI; KOLT; GEORGE, 2021).

Embora existam algumas evidências que sugerem uma relação positiva entre o apoio social, barreiras para a prática de atividade física e a atividade física, não foram encontrados estudos sobre esta temática em imigrantes residentes no Brasil.

Falando especificamente de imigrantes, geralmente, dentro dos espaços do país de destino, deparam-se com enormes desafios de sociabilidade, desde o processo adaptativo até o alcance de suas expectativas. Assim, é fundamental a compreensão do contexto sócio-histórico das populações e seus desdobramentos no que concerne à saúde. Na sequência, faz-se uma breve abordagem contextual sobre os angolanos e Angola, e como se deu ao longo da história a sua trajetória migratória para o Brasil.

## 1.1 Apresentando Angola e os angolanos.

Angola situa-se na África Central Ocidental, a sul da linha do equador. O seu território estende-se entre 5 e 18 graus de latitude sul e entre 12 e 24 graus a este de Greenwich, e ocupa uma área de 1.246.700 Km<sup>2</sup> (WHEELER; PÉLISSIER, 2016; ZAU, 2002). A palavra Angola deriva etimologicamente de “Ngola” nome dado a uma dinastia dos povos Ambundo. Seu território é limitado à norte, pela República do Congo, e por uma parte da República Democrática do Congo, a leste, pela República da Zâmbia e por outra parte da República Democrática do Congo, a sul, pela República da Namíbia, e a oeste, pelo Oceano Atlântico (ZAU, 2002). Em Angola, existe uma grande diversidade etnolinguística, que perpassa a história, desde a invasão dos povos Bantu, que remonta mais ou menos o ano mil d.C., que são: Bakongo, Ambundo, Lunda-Quioco, Ovimbundu, Ganguela, Nhaneka-Humbe, Ovambo, Herero e Okavambo, todos de origem Bantu, que subdividem-se em vários subgrupos e constituem a atual população angolana (ZAU, 2002). A distribuição de diferentes grupos etnolinguísticos no território angolano, sucede, embora não haja consenso entre os investigadores acerca da distinção entre estes grupos.

Geograficamente, os principais rios de Angola correm na direção do Brasil, e os seus maiores portos do século XIX, Luanda e Benguela, desembocam do outro lado do atlântico sul, isto é, Pernambuco (Recife) para Luanda, e Bahia (Salvador) para Benguela (WHEELER; PÉLISSIER, 2016).

Além das semelhanças geográficas, Angola e Brasil possuem também algumas relações históricas e culturais, desde o consumo de alguns alimentos como batata doce, mandioca e milho, até o fornecimento de escravos, no caso, de Angola para o Brasil (WHEELER; PÉLISSIER, 2016). Sobre isto, Barros (2010) faz menção dos grupos que compunham a massa de escravos no território brasileiro, e dentre eles, cita os cabindas, angolanos e benguelas, que se referem a regiões geográfico-administrativas que surgiram no século XVIII.

Após a independência de Angola como colônia portuguesa, no ano de 1975 (BITTENCOURT, 2000), Angola enfrentou uma guerra civil que perdurou por mais de uma década, tendo terminado no ano de 2002, com a morte do líder de um dos principais partidos políticos militantes do poder, a União Nacional para Independência Total de Angola (UNITA), oponente do partido Movimento Popular para Libertação de Angola (MPLA) atualmente na presidência do país, e desde então, o país passa por

sublevações, tanto no contexto sócio-político, como econômico, que não raras vezes provocaram e ainda provocam a emigração de angolanos (BAPTISTA; MARIA, 2007; DE OLIVEIRA, 2012).

### 1.1.1 Atividade Física em Angola.

Estudos sobre a atividade física em Angola são quase inexistentes ou, pelo menos, não estão facilmente acessíveis a partir das ferramentas de busca tradicionais. No entanto, há estudos que se debruçam sobre os fatores de risco das DCNTs que permitem a identificação de indicadores de atividade física. Cita-se, por exemplo, estudo sobre a prevalência dos fatores de risco cardiovascular em servidores públicos de uma universidade na cidade de Luanda, e dentre os fatores, indivíduos que relataram não praticar esportes para competição ou atividade física no tempo livre com duração mínima de 30 minutos durante três dias por semana foi o comportamento de risco de maior prevalência (83 % em homens, e 91% em mulheres) (CAPINGANA et al., 2013).

Por outro lado, um estudo que objetivou investigar a prevalência de hipertensão arterial e fatores de risco entre estudantes universitários na cidade do Lubango, demonstrou alta prevalência de prática de atividade física nessa população específica (86,2%), no qual, a caminhada foi o tipo atividade física predominante (60,9%), sendo realizada três ou mais vezes na semana pela maioria (61,2%), e durante 30 minutos ou mais (80,8%) (SIMÃO et al., 2008).

Esses dados sugerem diferenças dos níveis de atividade física na população angolana de acordo com a faixa etária, sexo e status socioeconômico, por isso, não se sabe exatamente, em termos gerais, se a população angolana é majoritariamente fisicamente inativa ou ativa. Porém, certamente, Angola apresenta uma alta prevalência de fatores de risco para as DCNTs (BALDO et al., 2017; PAQUISSI et al., 2016), o que constitui um grande problema de saúde pública a ser enfrentado, e a atividade física é um elemento essencial nesse enfrentamento.

Vale mencionar ainda um estudo transversal que objetivou descrever e comparar os níveis e padrões de atividade física em adultos de vinte e dois países africanos, no qual a maioria da população atendeu as recomendações da OMS em

termos numéricos (pelo menos 150 minutos semanais), a atividade predominante foi a caminhada, sendo mais realizadas no domínio do lazer (GUTHOLD et al, 2011).



## 1.2 Migração e saúde no contexto brasileiro.

As populações imigrantes começam a fazer parte de maneira significativa nas sociedades, já é notória a grande diversidade de cores, culturas, trajes, entre outros atributos, nas grandes metrópoles urbanas americanas e europeias, abrindo-se espaços de debate em saúde pública sobre problemas novos os quais estas nações não estavam preparadas (BARRETO, 2014). Com isto corrobora-se com Granada et al (2017), quando se debruça sobre o cenário migratório como um meio que propicia novas comunicações entre povos e países, propondo desafios interdisciplinares que visem a multifatorialidade na explicação dos fenômenos relacionados à migração e saúde que se formam na interface dos diferentes campos do saber.

No Brasil, os fluxos migratórios vêm sofrendo importantes mudanças nas últimas décadas, tanto pelo movimento de entrada de imigrantes com diversidade étnica ampla, como pela saída de nacionais, os emigrantes. De acordo com o relatório anual de imigrações internacionais (OBmigra) existem pelo menos três modelos de recepção de imigrantes aplicados em alguns países do ocidente desde o século passado, o modelo assimilacionista ou republicano, que se fundamenta pela ideia de que a equidade e a igualdade podem ser alcançadas; o modelo multicultural ou pluralista, que consiste no respeito à diversidade étnico-cultural; e o modelo segregacionista ou de exclusão, que se pauta pela segregação e restrição ao acesso à cidadania (Brasil, 2021). Os modelos assimilacionista e multicultural, seriam adotados para a garantia dos direitos dos imigrantes e sua total integração dentro dos novos espaços. Porém, apesar das tentativas em sua implementação, esses modelos fracassaram, o que repercutiu na segmentação social, especialmente, do mercado de trabalho.

Este mesmo relatório explica que embora no início do século XXI os países do Norte global enfrentavam dificuldades e restrições na recepção dos imigrantes, do contrário, houve uma ampliação do carácter migratório sul-sul. Nisto, elencam-se alguns marcos que propiciaram a efetivação desse movimento que afetou sobretudo o Brasil, como a promulgação do Acordo de Residência Mercosul, os indicadores econômicos pela valorização da moeda entre os anos de 2011 a 2014 (entre 2011 e 2014 o dólar não superou a barreira dos três reais, com balanços anuais abaixo dos dois reais, por exemplo em 2011 (R\$ 1,68) e 2012 (R\$ 1,96)), e finalmente, em 2017,

a nova lei de migração que contempla novas medidas com a finalidade de contornar as restrições do Estatuto do Estrangeiro editado durante o período da ditadura, cujo imigrante era considerado uma ameaça nacional (BRASIL, 2021; FRIEDRICH et al, 2020).

Atualmente, a lei que rege os assuntos concernentes às migrações no Brasil, Lei 13.445/2017, a Lei de Migração, apresenta-se também como um importante marco histórico, pois, enquanto norma vigente, tem um papel fundamental ao permitir um olhar voltado aos direitos humanos (FRIEDRICH et al, 2020). Não obstante, a Lei 13.445/2017 trata não apenas da situação de imigrantes como também se propõe a responder as demandas advindas de todo processo.

Primeiramente, a lei carrega inovações em termos conceituais, e traz uma abordagem mais inclusiva, como por exemplo, a consagração do termo “migrante” em substituição do termo “estrangeiro” que denota um ar pejorativo e estigmatizado, (FRIEDRICH et al, 2020). Dentre os princípios e garantias, no artigo 3º, da política migratória brasileira, destacam-se os seguintes princípios e diretrizes: universalidade, indivisibilidade, repúdio e prevenção à xenofobia e quaisquer formas de discriminação, inclusão social, labora e produtiva do migrante por meio de políticas públicas, acesso igualitário e livre do migrante a serviços, programas e benefícios sociais, bens públicos, educação, dentre outros, Lei de Migração – Lei 13.445/2017 (2020).

Apesar desses avanços, existem atualmente, enormes desafios a serem superados na recepção efetiva dos imigrantes. De acordo com o relatório anual do OBmigra, constatou-se uma grande variação em relação aos aspectos demográficos dos imigrantes durante a década de 2010, surgindo imigrantes de diferentes regiões do sul global, propriamente, sul-americanos, haitianos, senegaleses, congolese, bengalis, guineenses, ganeses, paquistaneses, entre outros. Observou-se também um rápido crescimento da imigração venezuelana e haitiana, os quais, passaram a liderar os grupos de imigrantes e refugiados no país em termos numéricos (BRASIL, 2021).

Ademais, observou-se um aumento de nacionais africanos durante esta mesma década, passando de 1,9% em 2011 para 5,2% em 2020, sendo que os angolanos e senegaleses lideraram a lista ocupando cerca de 45% do total destes imigrantes (BRASIL, 2021).

Quanto à inserção no mercado de trabalho houve um grande crescimento, de 62.423 imigrantes no mercado de trabalho formal em 2011 para 181.385 contratados em 2020. Vale ressaltar que apesar de haver esses avanços, o mercado de trabalho formal, para as populações imigrantes, permanece operando de acordo com estigmatização racial, faixa etária, de gênero, origem e status migratório, sendo que os imigrantes do Norte Global apresentarem rendimentos muito superiores aos de imigrantes do Sul Global, as mulheres recebem, em média, 70% do rendimento dos homens, negros e pardos apresentam rendimentos muitos inferiores aos de indivíduos brancos, solicitantes do reconhecimento da condição de refugiados apresentam rendimentos ainda mais baixos (BRASIL, 2021).

Em relação ao acesso da população imigrante aos serviços de saúde, há um projeto sendo implementado em negociação com o DATASUS para a extração de dados de imigrantes internacionais através do sistema VinculaSUS. Este sistema dispõe de um banco de dados que permitiria o acompanhamento dos dados de saúde dos imigrantes, desde a emissão do cartão SUS até outros, como produção ambulatorial e hospitalar, Programa Nacional de Imunizações (PNI), vigilância alimentar e nutricional, transplantes, agravos de notificação, exames laboratoriais e óbitos (BRASIL, 2021).

No contexto da Saúde Pública, os estudos sobre comportamentos relacionados à saúde, como a atividade física em imigrantes, ainda são incipientes, no entanto, há alguns estudos sobre imigrantes que abordam temas relacionados ao acesso e a assistência dos serviços de saúde (SUS) (DE SOUSA ALVES et al., 2019; DELAMUTA et al., 2020; FUJITA et al., 2019), aculturação e saúde mental (BRUNET et al., 2019), impacto da migração na rotina de hospitais de referência do SUS (DE ARRUDA-BARBOSA; SALES; TORRES, 2020), bem como o perfil sociodemográfico e condições de saúde dos imigrantes (BAENINGER; DEMÉTRIO; DOMENICONI, 2019; CARNEIRO JUNIOR et al., 2018; FERREIRA; DE ALMEIDA-PITTITO, 2009; ISHIOKA et al., 2009; SILVEIRA et al., 2013; SOUZA et al., 2020).

Portanto, esta pesquisa poderá ser útil para melhor conhecimento sobre os fatores que influenciam a prática de atividade física dos imigrantes angolanos no contexto brasileiro, bem como, pode fornecer informações importantes para futuras ações de promoção de atividade física desta população, além de auxiliar no

preenchimento de uma lacuna na literatura, uma vez que, como mencionado, há escassez de estudos no Brasil sobre esta temática.

A seguir, é apresentada uma revisão de literatura, onde se faz uma abordagem geral sobre a atividade física e a identificação de barreiras para a sua prática, seguida de dois tópicos principais, que são: a relação entre apoio social e a atividade física de uma maneira geral, e o apoio social e atividade física em imigrantes, com ênfase em dados epidemiológicos sobre o apoio social como possível mediador para a atividade física em populações migrantes.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

A atividade física é um tema muito investigado atualmente, por isso, a necessidade de se compreender melhor o seu conceito e, até diferenciá-la do conceito de exercício físico e sobre como novas propostas têm sido estabelecidas para compreendê-la mais holisticamente.

De acordo com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento/Relatório Nacional do Desenvolvimento Humano do Brasil (PNUD/RNDH, 2017) a atividade física é definida como “qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que resulta em gasto energético”, o que significa que sua dimensão não está restrita única e exclusivamente aos esportes e academias, ou seja, está presente em quase todos os momentos da vida cotidiana, no trabalho, no lazer, nos afazeres domésticos, nos deslocamentos a pé etc., com diferentes níveis de gasto energético.

Esta definição corrobora com a de Carspersen et al (1985), que ao mesmo tempo, a diferencia de o exercício físico por este consistir em movimentos corporais planejados, organizados de forma sequencial e repetitiva cujo objetivo é de melhorar ou manter um ou mais componentes da aptidão física.

Tanto a definição de Carspersen et al (1985) como a descrita pelo PNUD/RNDH (2017) definem a atividade física com elementos que se pautam unicamente no “movimento esquelético” e no “gasto de energia”, que não abarca toda a complexidade que envolve a atividade física por um lado, e por outro, não oferece um caráter mais holístico da sua prática regular, de tal modo que, seja alcançada por todos os grupos e em todos os lugares (PIGGIN, 2020).

Diante do exposto, percebe-se que a atividade física é um fenômeno complexo no qual diferentes comportamentos podem apresentar alguma relevância teórica, isto porque, a frequência, a intensidade, duração e ainda o tipo de atividade, podem ser consideradas para classificar um indivíduo como fisicamente ativo ou inativo (REIS et al, 2000).

Desta forma, a definição mais “clássica” da atividade física é muitas vezes apontada como sendo uma definição simplista, que foca apenas na questão biológica do movimento humano.

Piggin (2020, p.3) faz críticas aos conceitos e definições anteriores da atividade física por terem o foco em valores epidemiológicos e biomédicos, e não considerarem outros elementos como a cognição, alfabetização física, coesão social e educação, por exemplo, que permitem vislumbrar novas possibilidades para a sua realização, sem necessariamente encaixotá-la na relação que tem com a presença e o manejo de doenças. Neste sentido, é proposta a inclusão de novos aspectos inerentes à atividade física como a sua dimensão mental (cerebral, cognitiva, afetiva, emocional, psicológica etc.), social, contextual (espaços físicos e aspectos culturais), e política (estratégias de promoção de atividade física) que não devem ser subestimados em detrimento do discurso que permeia o espaço acadêmico em relação aos benefícios da atividade física para a saúde.

Na busca por “superar” estas críticas, novas definições têm sido propostas buscando um maior “diálogo” com uma abordagem mais ampliada de saúde, como por exemplo a de Piggin (2020, p.5) no qual a atividade física envolve pessoas se movendo, agindo e atuando em espaços e contextos culturalmente específicos e influenciados por um conjunto de interesses, emoções, ideias, instruções e relacionamentos, e a do recente guia de atividade física para a população brasileira, que além de considerar os movimentos voluntários do corpo com um gasto energético acima do nível de repouso, compreende-se que a atividade física também promove interações sociais e com o meio ambiente, podendo ser realizada no tempo livre, no trabalho ou estudo e nas tarefas domésticas (BRASIL, 2021).

Neste sentido, ao invés de priorizar os aspectos biológicos do movimento corporal humano, as novas abordagens conceituais da atividade física permitem olhar primeiramente para os indivíduos que a realizam, e com ele, todos os aspectos que envolvem a complexidade humana.

É importante ressaltar que apesar desta ampliação em termos de conceituação da atividade física, ainda é perceptível a existência de várias barreiras para a sua prática regular, muitas delas relacionadas principalmente à idade e ao status socioeconômico (REICHERT, 2004). Isto pressupõe que para a efetivação de políticas de promoção da atividade física é necessária, além dos fatores que a facilitam, a identificação das barreiras ou também chamados de determinantes da inatividade física. Neste sentido, a abordagem das barreiras da atividade física permite a sua

quantificação, bem como, uma atuação mais específica, embora isto não seja necessariamente obtido por estudos de delineamentos quantitativos.

No âmbito da saúde pública, os contextos socioeconômico e ambiental devem ser considerados nos modos de se pensar a saúde das comunidades. As barreiras para atividade física muito frequentemente citadas na literatura são aquelas que aparecem geralmente como motivo da não prática de atividade física entre os inativos como a falta de tempo, por um lado, devido ao aumento da carga horária entre os trabalhadores, e por outro, pelas possibilidades que os trabalhadores com maior carga horária têm, de serem considerados ativos. Portanto, a falta de tempo é um aspecto que merece atenção na compreensão das barreiras da atividade física no tempo livre (REICHERT, 2004). Outros aspectos, não menos relevantes, estão relacionados ao ambiente (KRETSCHMER; DUMITH, 2020), bem como, outros fatores como idade, sexo, sobrepeso e obesidade, não gosto pela prática, sentir-se cansado demais, estado de saúde e status socioeconômico (REICHERT, 2004).

É desta maneira que o estudo da atividade física tem levado pesquisadores na busca por instrumentos mais precisos para a sua mensuração, não apenas pelos benefícios que ela gera à saúde, mas também, pelo aumento da inatividade física e do comportamento sedentário presente cada vez mais nas populações contemporâneas (REIS et al, 2000).

No Brasil, o Ministério da Saúde, em 2006, implantou um programa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), com a finalidade de estimar o perfil epidemiológico da população para brasileira no contexto das DCNT, devido ao fato de que grande parte de seus determinantes são preveníveis, e destaca-se neste inquérito o papel da prática da atividade física como um fator protetor para as DCNT, (VIGITEL, 2018).

Decerto, a atividade física é um importante fator de promoção de saúde que necessita uma abrangência maior na diversidade das populações que não poucas vezes, exigirá o esforço por parte de pesquisadores a identificação das barreiras e facilitadores para mesma (PAYNE et al, 2011).

É neste sentido que o apoio social entra como um fator que influencia a promoção da atividade física. As pessoas estabelecem, geralmente, redes de comunicação que se expressam no seu cotidiano, em suas vivências, no modos de conceber a vida e o mundo e, até na maneira como se buscam estratégias de

enfrentamento para os problemas comuns da vida, como por exemplo, em situações de luto. Nesta abordagem, no apoio social percebido integra-se as ações, e relações face a face dos atores entre si, em determinadas situações ou contextos, com certa significação para eles, sem desprezar as tipificações e a institucionalização, em especial na perspectiva interacionista simbólica (CANESQUI; BARSAGLINI, 2012, p. 2).

Estudos mostram que apoio social percebido tornou-se um construto utilizado para importantes desfechos em saúde nas populações desde os anos de 1970, (ZANINI et al, 2018), e remete a uma influência recíproca entre os membros de uma rede social que promovem modificações nos comportamentos relacionados à saúde, especialmente, para a atividade física, caracterizado por atitudes provenientes de diferentes fontes e personalidades, família e amigos, que pode variar em tipificações diferentes como, levar, acompanhar, convidar, incentivar ou até mesmo elogiar (PRADO et al, 2014).

Vale ressaltar que conceitualmente existe uma diferença proposta para os termos rede e apoio social, sendo que, rede social, de acordo com Sherbourne e Stewart (1991), é o grupo de pessoas com as quais um indivíduo mantém contato ou alguma forma de vínculo social, sua avaliação revelaria o nível de integração social do indivíduo (ZANINI et al, 2018, p. 2). O apoio social remete aos recursos postos à disposição por outras pessoas em situações de necessidade, sua avaliação revelaria além da integração social do indivíduo, o grau com que as relações interpessoais correspondem a determinadas funções e oferecem apoio aos indivíduos em situações de crise ou de readaptação (ZANINI et al, 2018).

Existe na literatura científica uma diversidade de métodos de avaliação do apoio social, inclusive há um instrumento específico de apoio social para a atividade física (EASAF), que apesar de ser um bom medidor da atividade física, não permite avaliar o apoio social com outros desfechos de saúde.

Para a presente revisão, fez-se uma busca de pesquisas eletrônicas, conduzidas em três bancos de dados principais: Pubmed, Scielo, Google Scholar. A estratégia de busca nos bancos de dados foi realizada mediante os títulos e resumos, e os descritores: physical activity, physical exercises, migrants, immigrants, refugees, and social support. Foram selecionados estudos que tratavam da atividade física e



apoio social de uma maneira geral, e posteriormente, estudos que abordassem sobre a associação entre o apoio social e atividade física em populações imigrantes a nível global e principalmente os existentes na América latina, tendo interesse também na identificação, nesses estudos, de imigrantes de etnia africana.

## **2.1 Relação entre Apoio Social e a Atividade Física**

Embora não haja dúvidas quanto aos benefícios da atividade física para saúde, há um contrassenso no que tange aos recursos investidos para se elevar o nível de atividade física das populações. Parte disto deve-se ao fato de, por muitos anos a concepção de reprodução de saúde e autocuidado estarem limitados à vontade do indivíduo. Todavia, esse modelo que supervaloriza o indivíduo, é insuficiente para a efetivação de mudanças de comportamentos relacionados à saúde, pois, não considera outros fatores que podem estar associados, como a idade, sexo, estado de saúde e autoeficácia, bem como, o ambiente social e físico, incluídos como contribuintes para a inatividade física, como urbanismo, sistemas de transportes, parques e trilhas (BAUMAN et al., 2012). Obviamente, estes fatores colocam em vantagens alguns indivíduos em detrimento de outros.

Por este motivo, a promoção da atividade física é complexa e não se dá por ações isoladas, tanto é que a OMS recomenda a implementação de estratégias que possibilitem o aumento do nível de atividade física populacional, por meio de diretrizes nacionais, por exemplo, (WHO, 2010). Uma revisão recente indica que existem importantes lacunas nas abordagens da atividade física em algumas diretrizes nacionais, principalmente no que tange aos correlatos e determinantes da atividade física (Argentina, Chile, Estados Unidos e Uruguai), e ao ambiente construído e infraestrutura para a atividade física (Argentina, Canadá, Chile, Equador, Jamaica, Peru e Uruguai (GUERRA et al., 2021).

Dadas as evidências que correlacionam os benefícios da atividade física em várias dimensões da saúde e seu funcionamento, os mecanismos utilizados em estudos para possibilitar o aumento dos níveis de atividade física nas populações tem se diversificado, e elevado, de modo crítico, o debate. Fatores psicossociais como, a autoeficácia e o apoio social, entre tantos outros, têm sido analisados para explicar as variações da atividade física . Neste sentido, cresce o interesse em saber a respeito da relação entre o apoio social e a prática de atividade física .

Sobre isto, estudo realizado na Austrália, usou modelos de mediação para testar se o apoio social seria um preditor da atividade física, dividindo a população em duas amostras, uma amostra representante de cerca de 12,517 pessoas que residiam na Austrália, e uma subamostra de 927 pessoas com alguma condição crônica ou recorrentes de dor. Este estudo, mostrou o apoio social como um fraco preditor para atividade física, porém, houve uma ação indireta do apoio social no aumento dos níveis de atividade física por meio da redução da dor, nas duas amostras (STEVENS; CRUWYS; MURRAY, 2020). Percebe-se que a ação do apoio social, no caso acima, extrapolou a mecanicidade de se tratar o apoio social como preditor de desfechos positivos. Aqui, o apoio social não agiu diretamente como o modificador do padrão de atividade física, mas permitiu uma melhor percepção da dor, e com isto, a possibilidade de realização de alguma atividade.

Por envolver a subjetividade dos sujeitos, o apoio social beneficia praticamente todas as faixas etárias. Um estudo de revisão sistemática identificou diferentes tipos (convidar, incentivar praticar juntos) e fontes (cônjuges, família, amigos) de apoio social, assim como, a associação destes com diferentes domínios da prática de atividade física (caminhada, exercício físico, atividade física ocupacional, doméstica, no transporte e no lazer), demonstrou associação positiva entre o apoio social e a prática de atividade física por idosos, na maioria dos estudos incluídos (SOUSA et al., 2019).

Outro aspecto a ser considerado, é que o apoio social é uma “ferramenta” de natureza sociopsicológica e, por isso, sua influência na promoção de atividade física, sobretudo em pacientes com DCNTs, permite uma maior possibilidade de esses pacientes tornarem-se fisicamente ativos mesmo tendo comorbidades que os colocam na maioria das vezes em desvantagem em relação à população geral. Em estudo de revisão realizado com pacientes portadores de artrite reumatoide, constatou-se que o apoio social vindo de família, amigos e profissionais de saúde foi um fator facilitador para a prática de atividade física nessa população em que a maioria era tida como fisicamente inativa (VELDHUIJZEN VAN ZANTEN et al., 2015).

De fato, muitos estudos têm demonstrado o apoio social como preditor de um maior engajamento na participação em atividade física em indivíduos adultos que experimentam algum tipo de comorbidade, inclusive câncer (BARBER, 2012; BARTON; EFFI; CAFARELLA, 2015; FERNANDO et al., 2015; FU et al., 2018). E isto é um dado que deve ser considerado, visto que a atividade física é recomendada para

peças que sobrevivem de algum tipo de câncer, que não raras vezes, são candidatas ao desenvolvimento de outras DCNTs como diabetes, dor crônica, função imunológica débil, e baixa qualidade de vida (SCHMITZ, KATHRYN H; HOLTZMAN et al., 2005).

Em revisão sistemática que incluiu 22 estudos (19 realizados nos Estados Unidos, e os demais na Austrália, Taiwan e Canadá), observou que 15 destes eram estudos observacionais e descritivos, e buscavam verificar a associação entre o apoio social, atividade física e outras variáveis como eventos de câncer de mama e mortalidade. Dentre estes, sete estudos tiveram como variável dependente, a atividade física, e independente, o apoio social, e comprovaram a associação entre o apoio social e a atividade física em adultos sobreviventes de câncer. Outros sete foram estudos de intervenção que objetivaram avaliar os efeitos do apoio social e o engajamento na atividade física, e todos eles reportaram associação entre apoio social e o engajamento na participação de atividade física (BARBER, 2012).

Pensa-se, neste sentido, que o apoio social pode ser um determinante para aumentar os níveis de atividade física nestas populações. Estudo de revisão sistemática buscou essa compreensão, e demonstrou uma associação positiva entre o apoio e a atividade física no tempo livre, sobretudo, o apoio recebido da família, no entanto, apesar disso, concluiu ser difícil estabelecer uma comparação entre os estudos devido à grande variabilidade de métodos utilizados para medir atividade física e o apoio social (SMITH et al., 2017).

No Brasil, estudos sobre o apoio social e a atividade física também sugerem uma associação positiva. Destacam-se alguns trabalhos que evidenciam essa associação em populações de diferentes faixas etárias. É o exemplo de um estudo realizado em Curitiba, que analisou a associação entre diferentes tipos e fontes de apoio social com a prática de atividade física exercida por adolescentes, e demonstrou, para meninos, que a companhia frequente da família (RP= 2,88; IC95%= 2,00-4,13) e a dos amigos (RP= 5,46; IC95%= 2,33-12,78), apresenta uma associação positiva com a atividade física, e o mesmo para as meninas (RP= 3,39; IC95%= 1,49-7,69) e (RP= 4,06; IC95%= 2,22-7,45) respectivamente (PRADO et al., 2014).

Entre idosos, uma revisão sistemática de estudos observacionais verificou um maior nível de atividade física quanto maior for o nível de apoio social nesta faixa etária, tendo o apoio social sido percebido ou recebido majoritariamente de familiares, amigos e profissionais de saúde (SOUSA et al., 2019). Em termos de diferenciação

no tipo de atividade física realizada pela população adulta e idosa, cita-se o estudo recente de (KRETSCHMER; DUMITH, 2020) que além da variabilidade na percepção do ambiente de vizinhança, sexo e faixa etária, demonstrou que o apoio social recebido de amigos e familiares contribuiu para o aumento da prevalência de atividade física.

Portanto, fica evidente que o apoio social se associa à atividade física na população adulta de uma maneira geral, adolescentes e idosos, bem como, para pessoas portadoras de comorbidades ou alguma DCNTs.

## **2.2 Atividade Física e Apoio Social em imigrantes.**

Para as populações desfavorecidas, como por exemplo, imigrantes e refugiados, a percepção sobre o lazer e recreação são fatores que permitem compreender as barreiras experimentadas por estes, quanto à sua instalação e integração em um ambiente social e cultural novo. Sobre isto (REIS et al., 2020) estudou os significados da atividade física para os imigrantes e refugiados, da República Democrática do Congo, Síria, Burma/Myanmar, Iraque, Afeganistão, Etiópia, Togo e Libéria, em uma cidade da Austrália, e sugeriu que o aprendizado de um novo vocabulário para a recreação deve ser considerado nas discussões em torno da prestação de serviços e formulação de políticas voltadas para o bem-estar da população imigrante e refugiada.

Além do conhecimento que envolve a subjetividade dos sujeitos imigrantes, a atividade física nestes grupos pode sofrer também mudanças ao longo do tempo. Um estudo de coorte recente realizado com adultos de ascendência turca (n=197) vivendo em Berlim, avaliou ao longo de seis anos, as mudanças da atividade física e, explorou outros preditores relacionados à migração para diferentes trajetórias de atividade física. A análise demonstrou variação da trajetória de atividade física de acordo com a cidadania, estado civil e idioma preferido do questionário. Para a categorização da variável foram definidas quatro trajetórias da atividade física: "Inativo" se nenhuma atividade foi relatada no início e no acompanhamento. "Diminuindo" se o nível de atividade física foi menor no acompanhamento do que no início do estudo. "Aumentando" se o nível de atividade física era maior no acompanhamento do que no início do estudo, e "Ativo estável" se o nível de atividade física permaneceu o mesmo (pelo menos atividade física leve). A adesão a trajetória \*estável e ativa\* foi

maior nos com maior nível educacional (alto versus baixo) (OR= 4,20, IC 95%=1,10-16,00) cidadania (alemão ou duplo alemão versus turco) (OR= 3,60, IC 95%=1,20-10,86) questionário preferido do idioma (alemão versus turco) (OR=3,35, IC 95%=1,05-10,66) (KRIST et al., 2020).

Com o mesmo objetivo, de investigar as variações da atividade física ao longo do tempo em imigrantes, um estudo qualitativo realizado com imigrantes sírios alemães, permitiu a identificação das etapas de atividade física que estes imigrantes passaram nos primeiros anos na Alemanha. Dentro dos desdobramentos das fases que compunham o estudo, na primeira, que inclui questões burocráticas, para os imigrantes os comportamentos de promoção de saúde como atividade física eram considerados irrelevantes. Já em uma segunda etapa, onde já havia o estabelecimento de estruturas básicas para o próprio sustento, a atividade física e outros comportamentos de saúde já passaram a ser considerados como tendo uma maior importância. Por fim, na terceira e última etapa, os imigrantes sentiam-se pressionados a concluir com êxito a formação acadêmica, e os sentimentos em relação aos comportamentos de saúde como a atividade física passaram a se tornar ambivalentes (SAUTER; KIKHIA; LOSS, 2021).

Estudo de abordagem qualitativa com imigrantes e refugiados somalianos, mexicanos, cambojanos e sudaneses nos EUA (n=127 participantes), que participavam de um projeto denominado Rochester Healthy Community Partnership, apoiado pelo governo federal, teve por objetivo investigar os fatores que interferem na compreensão e prática de atividade física. Este estudo evidenciou que apesar da compreensão que os sujeitos tinham sobre os benefícios da atividade física e sua correlação com a alimentação saudável, ser fisicamente ativo era considerado mais difícil nos EUA do que em seu país de origem, devido principalmente ao processo de transição, que incluía o tipo de trabalho realizado no novo país, que não possibilitava estar mais tempo ao ar livre, falta de tempo, clima frio, falta de transporte para as instalações para a atividade física, falta de motivação e de apoio social, falta de familiaridade, cansaço, falta de lugares para se reunir em grupos entre outros, e isto variava de acordo com a idade, geração e gênero (WIELAND et al., 2016).

Dentro do mesmo escopo, estudo qualitativo que teve por objetivo explorar as percepções, barreiras e facilitadores para atividade física, e minimizar o comportamento sedentário entre árabes-australianos (n=28) com idade entre 35-64 anos, identificou os seguintes determinantes de atividade física: a falta de tempo e

motivação devido ao trabalho, deveres familiares, papéis domésticos, falta de redes de apoio social, dificuldade de acesso às instalações próprias de atividade física e o próprio estado de saúde (MASRI; KOLT; GEORGE, 2021).

O apoio social percebido aparece como um recurso que facilita a prática de atividade física, bem como, permite a permanência do status suficientemente ativo em indivíduos que dispõem dele. Um outro estudo, com mexicanos americanos de primeira geração (recém-chegados pela primeira vez), demonstrou maior prática de atividade física entre os imigrantes que tenham um apoio social mais alto (DELLASERRA et al., 2018).

Em um estudo realizado com imigrantes de diferentes origens (Índia, Paquistão, Sri-Lanka, Bangladesh e Nepal) nos EUA, avaliou de modo diferente a relação entre AS e atividade física, nele, as características de rede social foram medidas usando o padrão egocêntrico (denomina o entrevistado de “ego” e os membros da sua rede social de “álter”) que examinou os membros da rede (álter) relatados pelo entrevistado (ego), e a atividade física foi medida com o Estudo validado de Participação da Atividade Transcultural. O estudo evidenciou que as redes sociais sul-asiáticas eram densas, e a maioria dos membros da rede (71%) eram parentes, além disso, evidenciou que ter membros de redes sociais que se exercitavam estava associado a grandes aumentos de atividades moderadas e vigorosas entre os homens sul-asiáticos, e era ainda maior se o álter fosse parceiro de exercícios. Como nos outros trabalhos, houve diferenças significativas de gênero, para os homens, ter um parceiro de exercício que não era um cônjuge foi associado com os maiores aumentos de atividades moderadas e vigorosas, e para as mulheres o aumento dos níveis em atividades moderadas e vigorosas apenas foi observado se o parceiro de exercício fosse o cônjuge, (THANAWALA et al., 2020).

Outrossim, os imigrantes apresentam peculiaridades em seus modos de subsistência dentro dos espaços de acolhimento, por isso, não é raro encontrar estudos que analisam as influências socioculturais nos padrões de atividade física. Foi o caso de um estudo que ao examinar as influências socioculturais nos comportamentos de atividade física de mulheres (n=110) de origens cultural e linguística diversas, vivendo na Austrália, identificou que temas étnicos específicos como o trauma pós-guerra, crenças e obrigações religiosas, status socioeconômico, isolamento social e a aceitação de atividades tradicionais influenciaram muito os

comportamentos de atividade física de mulheres bósnias, filipinas e sudanesas (CAPERCHIONE et al., 2011).

Sobre as populações de origem africana, além de estarem presentes em estudos que tinham em suas amostras diferentes grupos étnicos (CAPERCHIONE et al., 2011; REIS et al., 2020; WIELAND et al., 2016), outro estudo recente, de corte transversal, realizado na Europa, buscou avaliar especificamente os níveis de inatividade física entre ganenses (n=4760) adultos, entre 25-70 anos nas áreas rurais e urbanas de Gana e em três cidades europeias (Amsterdã, Londres e Berlim). Verificou-se maior prevalência de inatividade física entre os ganenses imigrantes residentes na Europa do que nos ganenses residentes em Gana, na zona rural. Para a inatividade física em homens, os resultados variaram de OR= 3,67 (IC 95% 2,19-6,16) em ganenses urbanos e OR= 10,37 (IC 95% 5,96-18,02) em ganenses de Londres, e para mulheres entre OR= 3,27 (IC 95% 2,46-4,35) em ganenses urbanos e OR= 4,41 (IC 95% 3,12-6,22) em ganenses de Londres, enquanto que o apoio social foi inversamente associado à inatividade física com variabilidade entre os locais (AFRIFA-ANANE et al., 2020). Obviamente, muitos fatores estariam relacionados à maiores níveis de atividade física entre as populações rurais, não se sabe dizer ao certo, se esses níveis se dão por vontade própria ou por falta de acesso à meios de transporte, ou ao esforço físico no trabalho que muitas das vezes, para essas populações, são informais, por exemplo.

Em relação à estudos realizados na América Latina, a maioria dos estudos dessa temática concentram-se em populações emigrantes, ou seja, latino-americanos fora do território da América Latina (ABRAÍDO-LANZA et al., 2017; DANIEL; WILBUR, 2017; GARCÍA; GONZÁLEZ-JURADO, 2017; MARQUEZ et al., 2016; MIKELL; SNETHEN; KELBER, 2020; SWEATT et al., 2015; TOVAR et al., 2013). Porém, destaca-se um estudo recente sobre a associação entre o status de migração e atividade física em estudantes de medicina (n=312) morando em uma cidade de Peru, que avaliou apenas a associação entre o status de migração e a atividade física, e não observou associação entre ser imigrante e prática de atividade física, apesar de ter se observado que a atividade física foi menos prevalente entre os imigrantes recém-chegados (ZEVALLOS-MORALES et al., 2019).

### **3 OBJETIVOS**

#### **Geral**

Investigar os aspectos relacionados a prática de atividade física no tempo livre, barreiras para a prática de atividade física e o apoio social em imigrantes angolanos residentes no Brasil.

#### **Específicos**

1. Caracterizar o perfil sociodemográfico de imigrantes angolanos que moram no Brasil;
2. Identificar a prevalência dos níveis de atividade física, das barreiras para a atividade física e do apoio social entre imigrantes angolanos residentes no Brasil;
3. Analisar a associação entre a prática atividade física no tempo livre com variáveis demográficas e de saúde em imigrantes angolanos residentes no Brasil.
4. Analisar a associação entre o apoio social e a atividade física no tempo livre em imigrantes angolanos residentes no Brasil.
5. Analisar a associação entre as barreiras da atividade física e o nível de atividade física em imigrantes angolanos residentes no Brasil.



## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Delineamento do Estudo**

Trata-se de um estudo epidemiológico, observacional, do tipo transversal.

Os estudos transversais consistem em investigações que produzem diagnósticos da situação de saúde de determinadas populações ou comunidade, baseando-se em uma avaliação individual que produzem indicadores globais de saúde para o grupo populacional estudado conforme. É um tipo de delineamento epidemiológico em que a causa e o efeito são observados em um mesmo momento histórico (FILHO; BARRETO, 2011).

### **4.2 Teste piloto**

Antes da coleta de dados, com a finalidade de refinar o instrumento de pesquisa e garantir minimamente a sua qualidade, realizou-se um estudo piloto com quatro imigrantes ganenses, residentes em Londrina, oriundos também de um país africano lusófono (Guiné Bissau), em junho de 2021. Após esse período, fez-se os ajustes necessários, especificamente no que tange aos modos operandi da Plataforma do Google Forms, como saltar de uma resposta para outra, por exemplo. Outro ajuste feito em relação ao tempo médio de resposta (10 minutos no máximo), e o feedback obtido em relação à compreensão e adequação das perguntas.

### **4.2 População alvo, local, coleta de dados, e amostra do estudo.**

De acordo com o Sistema de Registro Nacional Migratório (SISMIGRA), há uma grande variabilidade do perfil sociodemográfico dos angolanos no território brasileiro ao longo dos anos, sendo que observou--se uma tendência crescente desses fluxos migratórios nas últimas duas décadas, embora os registros se tenham declinado no ano de 2020 (compreendendo somente os meses de janeiro, fevereiro e março), provavelmente devido a pandemia da Covid-19. Foi registrada a entrada de 17.294 imigrantes angolanos no Brasil nas duas últimas décadas.

Portanto, apesar deste trabalho não se dispor dos dados exatos sobre quantos imigrantes angolanos residem no Brasil atualmente, diante das informações obtidas pelo SISMIGRA, pode-se afirmar que o contingente populacional angolano no Brasil, apresenta uma tendência crescente (no ano de 2000 foram registrados, à entrada, cerca de 561 angolanos, obteve-se um maior número de registros em 2015 com cerca de 1.627, e em 2020, até o mês de março, 238 registros de entrada de imigrantes angolanos) (BRASIL, 2022).

Considerando a impossibilidade de se ter acesso a todos os imigrantes angolanos, optou-se por buscar os sujeitos da amostra do estudo por meio das associações de estudantes e comunidades angolanas, uma vez que alguns destes imigrantes estabelecem algum tipo de contato/vínculo com algumas destas associações quando chegam ao Brasil ou mesmo anteriormente à chegada.

As associações são organizações independentes de qualquer órgão ou instituição governamental, e sua forma de organização dá-se por meio de um representante, que normalmente é um voluntário, que pode formar sua equipe ou não, e que toma frente (muitas vezes junto ao Consulado angolano ou à Polícia Federal), para tratar de assuntos relacionados à imigração, como por exemplo, a atualização da documentação (passaportes, bilhetes de identidade, registro criminal, vistos etc.) ou em caso de algum elogio fúnebre quando algum imigrante ou familiar morre etc.

Essas associações/comunidades, comumente fazem o uso das redes sociais como Facebook ou WhatsApp para formar um grupo virtual, no qual a pesquisadora principal, tinha contato prévio, uma vez que era integrante do grupo virtual de Curitiba (por ter morado lá antes) e de Londrina (atual residência).

Durante o mês de abril do ano de 2020 procurou-se estabelecer o primeiro contato com os representantes das associações de Londrina e Curitiba. Explicou-se o projeto de pesquisa e seus objetivos, ao que mostraram-se receptivos em relação ao projeto. Neste primeiro encontro procurou-se saber se os representantes tinham o conhecimento de outras associações, e se fosse o caso, a possibilidade de fornecimento de contatos.

Por meio da associação de Londrina chegou-se à associação de Recife. Por meio do representante de Curitiba chegou-se a Criciúma, e de Criciúma à Florianópolis. A partir de outros contatos (prévios da pesquisadora principal), chegou-se à com outras associações (São Paulo, Maringá e Joinville). Através do representante da associação de São Paulo, teve-se o conhecimento de uma outra

associação na mesma cidade. A segunda comunidade de São Paulo forneceu o contato da Associação do Rio de Janeiro.

Em face do cenário da pandemia da Covid-19, durante o processo de recrutamento e inclusão da pesquisadora principal aos grupos virtuais das associações, houve interferências, algumas decorrentes do adoecimento e falecimento por Covid-19 de alguns integrantes do grupo, como foi o caso do Rio de Janeiro, que provocou o atraso da coleta de dados nesta associação.

Além disso, houve perda de duas associações, a de Florianópolis, por sentimentos de desconfiança da parte do representante da associação, mesmo depois de várias tentativas de contato, e a de Maringá, que dentre outros motivos desconhecidos pelos pesquisadores, durante a fase da coleta, aperceberam-se de um caso de espancamento até a perda dos “sentidos” de dois imigrantes angolanos desta mesma cidade, que por sinal, foi a mesma época em que se perdeu o contato efetivo com o representante principal.

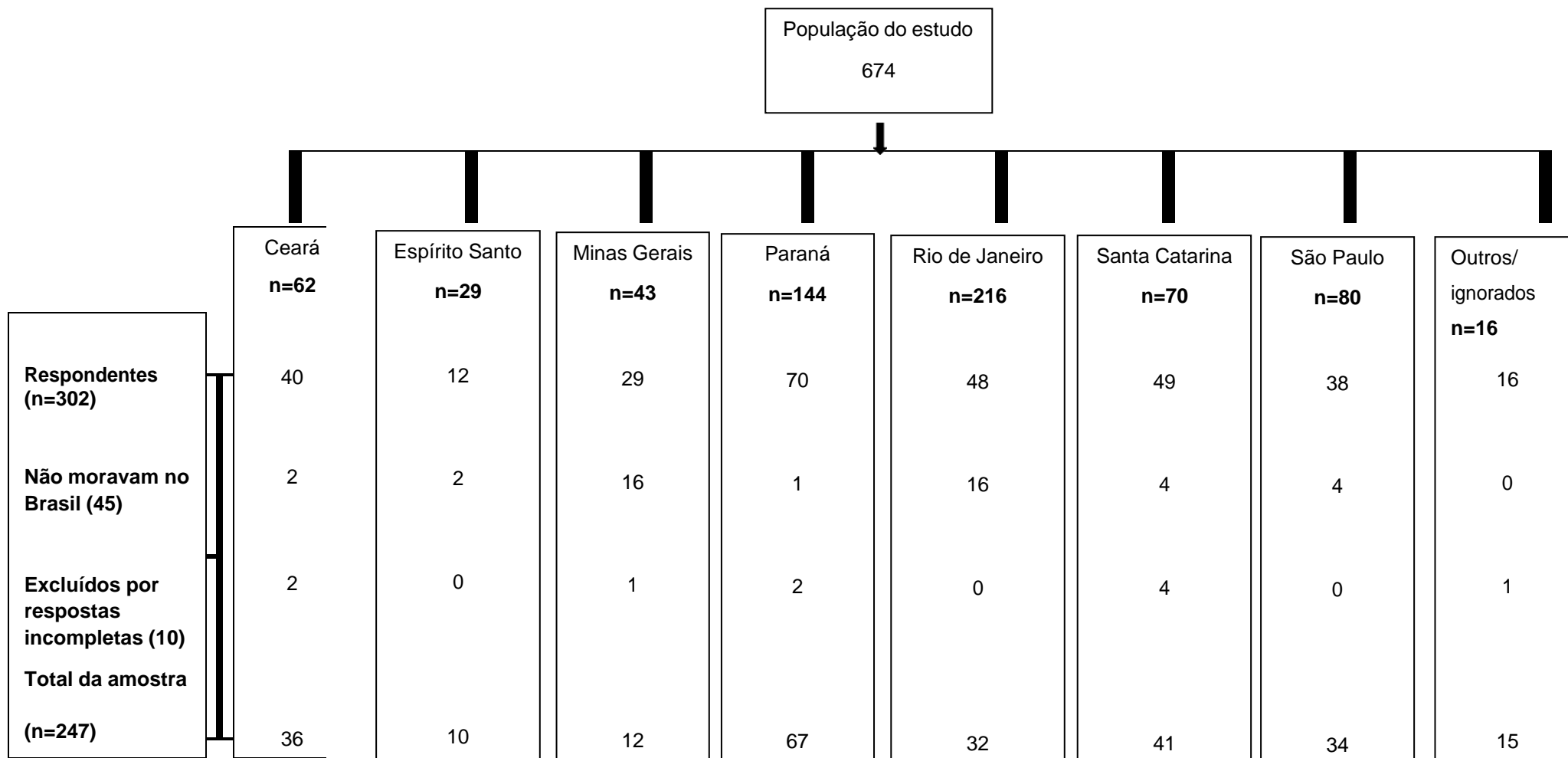
A coleta de dados foi realizada entre julho e setembro de 2021, por um questionário On-line criado adaptado pela plataforma do Google Forms, que envolvia primeiramente a aceitação ou não de participar do estudo por meio do TCLE, seguido então das variáveis de caracterização e os instrumentos validados para avaliação da atividade física (IPAQ versão longa), barreiras para a prática de atividade física, apoio social (MOS SSS) e finalmente, a escala brasileira de segurança alimentar (EBIA) (anexo 1). O questionário teve um tempo médio de resposta de 10 minutos, e foi enviado aos grupos. A forma de envio envolveu estratégias para avaliar a adesão à participação no estudo, intercalando os dias (primeiro em finais de semana, depois no começo da semana, e por fim no meio da semana). Após esse momento, optou-se também por fazer o envio do questionário no privado, tendo obtido uma maior adesão de participação entre os imigrantes.

Sendo assim, em meados do mês de julho, a pesquisadora foi inserida nos grupos de WhatsApp das associações do Ceará (n=62), Minas Gerais (n=43), Criciúma (n=48), Recife (n=22), Joinville (n=30), Espírito Santo (n=29), São Paulo (n=80), Rio de Janeiro (n=216). Considerando que anteriormente ela já fazia parte dos grupos de Londrina (n=43) e de Curitiba (n=101). A população do estudo, baseado no número de integrantes de cada associação foi de 674 sujeitos.

Para melhor compreensão, agrupou-se as associações por Estados. Desta maneira, Joinville, Criciúma, foram agrupados em Estado de Santa Catarina; Londrina

e Curitiba em Paraná, Recife em Pernambuco, outros dados que surgiram dos Estados da Bahia, Alagoas e Goiás, e por fim, os da categoria ignorado (Estado ou município não identificado). O critério de inclusão foi estar morando no Brasil atualmente, e responder adequadamente as principais variáveis de interesse. Foram excluídos da amostra todos aqueles que não moravam no Brasil atualmente ( $n=45$ ) e aqueles que tiveram respostas incompletas nas variáveis de interesse do estudo ( $n=10$ ). A amostra final pode ser esquematizada na figura 1:

Figura 1. Fluxograma da amostra do estudo



## 4.5 Variáveis do estudo

### 4.5.1 Atividade física no tempo livre

Utilizou-se como instrumento medidor o questionário internacional para a atividade física, *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ). O IPAQ é um questionário que visa avaliar a atividade física (moderada, vigorosa e caminhada) praticada em minutos, em uma semana típica ou nos últimos sete dias (GARCIA et al., 2013).

Para este estudo, utilizou-se a versão longa do IPAQ, especificamente módulo referente a atividade física no tempo livre. Foram incluídas duas questões sobre cada tipo de atividade (caminhada, moderadas, vigorosas), com as respectivas frequências semanais e o tempo de duração da atividade estimada em minutos. Dada a intensidade da atividade física vigorosa, para sua mensuração, além da multiplicação do tempo (em minutos) pelo número de dias da semana, multiplicou-se o resultado por dois.

Os volumes de caminhada, atividade moderada e atividade vigorosa foram somados para estimar a atividade física total no tempo livre, e teve-se como ponto de corte 150 minutos/semanais de atividade física de acordo com as recomendações da OMS (WHO, 2020). Os sujeitos que tiveram uma pontuação inferior a 150 minutos/semanais foram considerados fisicamente inativos, e aqueles que pontuaram  $\geq 150$  minutos/semanais, foram considerados ativos no tempo livre. Lembrando que conceitualmente nem toda atividade física realizada no tempo livre é necessariamente de lazer.

### 4.5.2 Barreiras para a prática de atividade física no tempo livre.

A participação em atividades físicas pode ser afetada por vários fatores desde características sociodemográficas, conhecimento, de saúde, crenças e atitudes até os fatores ambientais (REICHERT, 2004). Estas características podem muitas vezes ser percebidas como barreiras para que um indivíduo se torne ou permaneça fisicamente ativo.

Para que seja considerada como uma barreira real, de acordo com Sechrist; Walker e Pender (1987), o fator precisa ser um obstáculo que realmente torna a atividade física impraticável ou limitante. Neste sentido, as barreiras para a prática de atividade física podem variar de acordo com as características de determinada população.

Nesta pesquisa, optou-se por utilizar o questionário com a identificação de barreiras mais frequentemente citadas de acordo com Reichert (2004), além disso, acrescentou-se por último uma outra barreira relacionada com o ambiente (Apêndice 1):

1. Sentir-se velho demais;
2. Presença de lesão ou alguma doença;
3. Gosto pela prática de atividade física ;
4. Preguiça ou cansaço;
5. Falta de dinheiro;
6. Medo de se machucar;
7. Falta de companhia;
8. Tempo livre;
9. Local adequado para a prática de atividade física perto de casa.

#### 4.5.3 Apoio Social

Para a mensuração do apoio social foi aplicada a escala Medical Outcomes Study of Social Support Scale (MOS-SSS).

Esta escala, foi desenvolvida por (SHERBOURNE; STEWART,1991) e adaptada para a população brasileira pela equipe de Griep no estudo Pró Saúde no Rio de Janeiro (GRIEP, 2003) tem como objetivo avaliar em que medida a pessoa conta com o apoio de outras para enfrentar diferentes situações em sua. Embora a escala tenha sido desenvolvida para aplicação em pacientes crônicos, sua utilização tem se ampliado a diferentes populações devido a sua fácil aplicação (19 itens que são respondidos por meio de uma escala tipo Likert de cinco pontos), e boa qualidade psicométrica demonstrada em diferentes estudos com populações e contextos diversos vida (ZANINI; PEIXOTO; NAKANO, 2018). O MOS-SSS contempla cinco

dimensões, dentre elas, material, afetiva, emocional, informação e interação social positiva (GRIEP, 2003).

O instrumento é composto por 19 questões que o indivíduo responde com base na instrução inicial: “se precisar, com que frequência conta com alguém?”, clicando em uma das respostas dispostas por uma escala Likert de cinco pontos: 0 (“nunca”), 1 (“raramente”), 2 (“às vezes”), 3 (“quase sempre”) e 4 (“sempre”) (Apêndice 1). De acordo com (ZANINI; PEIXOTO; NAKANO, 2018), para a população brasileira, assume-se que maiores índices no escore total das respectivas dimensões indicam maior percepção do tipo de apoio.

No presente estudo, para fins de comparação dos resultados de uma pessoa avaliada com o padrão de autodescrição através do conteúdo dos itens, considerou-se a proposta de normatização com referência nos itens utilizada por (ZANINI; PEIXOTO; NAKANO, 2018). Desta maneira foram realizados procedimentos somatórios que possibilitaram uma pontuação para cada dimensão do apoio social. Vale lembrar que nesta normatização juntam-se duas dimensões, o apoio de informação e emocional, pelo somatório da pontuação de ambas, para se obter apenas uma pontuação classificatória. Para fins mais didáticos, segue abaixo o quadro com a proposta da categorização das variáveis de apoio social e a respectiva pontuação somatória.

De acordo com a proposta de normatização para a população brasileira de Zanini, Peixoto e Nakano (2018), considerou-se para o apoio emocional/informação um escore de 40 pontos, subdividido em três categorias, sendo “baixo” de 0 a 12, “médio” 13 a 28, e “alto”  $\geq 29$  pontos. O apoio de interação social positiva e o apoio material, apresentam o mesmo escore, de 20 pontos, sendo considerado “baixo” de 0 a 6, “médio” 7 a 13, e “alto”  $\geq 14$ . E por último, o apoio afetivo apresenta o menor escore, de 15 pontos, sendo “baixo” de 0 a 4, “médio” de 5 a 10 e “alto”  $\geq 11$  pontos.

Faz-se uma ressalva sobre escala de apoio social aqui proposta, no sentido de ela apenas avaliar a existência de apoio social, mas não a sua quantidade ou efetividade e sua fonte, por exemplo, dados que indicam que os sujeitos percebem ou apresentam um alto nível de apoio afetivo, não apontam necessariamente a quantidade de pessoas disponíveis para este tipo de apoio (ZANINI; PEIXOTO; NAKANO, 2018).



Para fins da análise de associação do apoio social com outras variáveis, foi realizada a dicotomização do apoio social, de modo que as categorias “apoio baixo e apoio médio” foram agrupadas e formaram a categoria de referência, enquanto aqueles que tinham alto apoio social formaram o outro grupo.

#### 4.5.4 Variáveis sociodemográficas

As variáveis sociodemográficas seguem abaixo seguidas entre parênteses pelas correspondentes categorias de análise.

- Faixa etária (19 a 29; 30 a 39 e 40 a 62);
- Sexo (feminino e masculino);
- Escolaridade (até ensino superior incompleto e superior completo ou mais);
- Situação conjugal (com companheiro e sem companheiro);
- Com quem mora (sozinho (a) e acompanhado (a));
- Residência anterior;
- Residência atual;
- Situação empregatícia (com alguma renda e desempregado);

#### 4.5.5 Variáveis relacionadas à imigração

Foram selecionadas algumas variáveis relacionadas à imigração conforme abaixo, seguidas entre parênteses pelas categorias de análise.

- Tempo em que mora no Brasil (até 5 anos e, mais de 5 anos);
- Motivos da imigração (apenas estudo, estudo e trabalho, apenas trabalho e, outro);
- Perspectiva futura (continuar no Brasil, voltar para Angola, ir para outro país e, não sei responder);
- Mandar dinheiro para Angola;
- Receber dinheiro de Angola.

#### 4.5.6 Variáveis relacionadas à saúde

As variáveis relacionadas à saúde seguem abaixo seguidas entre parênteses pelas correspondentes categorias de análise.

- Índice de massa corporal (IMC) calculado de acordo com o peso e altura autorreferidos pela fórmula: peso (kg)/altura<sup>2</sup>, sendo Baixo peso (<18,5 kg/m<sup>2</sup>) Eutrófico (18,5-24,9 kg/m<sup>2</sup>); Sobrepeso (25-29,9 kg/m<sup>2</sup>) e Obesidade (≥30 kg/m<sup>2</sup>).
- Autopercepção de saúde avaliada de acordo com a escala muito bom, bom, regular e ruim);
- Comparação do estado de saúde antes e depois da imigração (muito melhor atualmente, um pouco melhor atualmente; não teve diferença; muito pior atualmente; um pouco pior atualmente e outro;
- Presença de comorbidades.
- Insegurança alimentar: foi avaliada mediante o questionário da EBIA (escala brasileira de insegurança alimentar), com um escore de 14 pontos, sendo, zero: segurança alimentar, e 1 ou mais: algum nível de insegurança alimentar. As questões referentes à esta variável encontram-se descritas no Apêndice A.

#### **4.6 Processamento e análise dos dados**

O formulário completo foi checado duplamente e fez-se o upload direto da plataforma do GOOGLE FORMS para o programa do Excel, onde fez-se a limpeza do banco, cálculos das variáveis de atividade física, apoio social e a segurança alimentar, e a organização das variáveis.

Primeiramente, para as análises de associação com variáveis incluídas nos modelos, considerou-se como critério matemático  $p < 0,25$  nos testes qui-quadrado.

As análises foram realizadas pelo programa Statistical Package for the Social Sciences (IBM SPSS) versão 25.0. As análises foram realizadas a partir de elementos da estatística descritiva, e para as medidas de associação bivariadas, teste qui-quadrado, além de análises de razão de prevalência, a partir da regressão de Poisson com variância robusta. Para o cálculo da razão de prevalência, foram considerados três modelos: o modelo 1 a partir da análise bivariada (modelo bruto, sem ajustes por outras variáveis); o modelo 2 foi ajustado pelas variáveis demográficas que obtiveram, na análise pelo teste do qui-quadrado  $p < 0,25$ ; e no modelo 3, incluiu-se além das variáveis do modelo 2 as variáveis de saúde que obtiveram  $p < 0,25$ . Assim, o modelo 2 incluiu as seguintes variáveis: faixa etária, situação conjugal e tempo em que mora no Brasil. Já o modelo 3, além destas variáveis demográficas, a autopercepção de saúde, o IMC e insegurança alimentar.

#### **4.7 Aspectos éticos**

Os sujeitos da pesquisa foram previamente informados sobre o tema da pesquisa e sua relevância no campo da saúde pública, sobre os objetivos, bem como a forma de registros e a divulgação dos resultados da pesquisa. Para minimizar os riscos decorrentes da pesquisa, foram adotadas medidas de precaução como a confidencialidade dos dados e a garantia de que o participante não será identificado pelo nome, mantendo assim, o sigilo e o anonimato.

Também foi garantida, aos participantes, a liberdade de desistir da pesquisa a qualquer momento, sem que houvesse algum prejuízo. E, foram informados que a participação nesta pesquisa era totalmente voluntária e, sem remuneração. Todos os participantes puderam concordar dando um “Aceito” depois da leitura do TCLE que foi

apresentado antes dos blocos que compunham as perguntas do formulário (Apêndice A e Anexo A).

A pesquisa foi realizada de forma remota, por isso, os participantes não puderam assinar o TCLE, e sim, dar um “Aceito”. O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina (UEL), parecer 4.599.618 (Anexo B).

## 5 RESULTADOS

### 5.1 Caracterização da amostra segundo dados sociodemográficos, saúde, apoio social e atividade física.

A maior parte da amostra foi composta por pessoas do sexo masculino (78,5%), com idade entre 19 e 29 anos (54,9%), solteiros (66,4%) e com ensino superior completo (58,1%). Em relação a com quem mora, a maioria dos participantes referiu morar acompanhado (esposa (o), esposo (a) e filho (s), amigos, e outros) (72,5%). Quanto à procedência, a maioria era proveniente de Luanda, capital de Angola (70,9%), e cerca de 42,9% da amostra residia no sul do Brasil (Paraná e Santa Catarina). Quanto ao tempo em que moravam no Brasil, a maioria referiu morar há mais de cinco anos (59,5%), e com alguma renda (autônomos, bolsa de estudos, trabalhador com e sem carteira assinada) (88,3%) (tabela 1).

Sobre alguns indicadores do fator imigração, constatou-se que a maioria dos participantes não manda e nem recebe dinheiro de Angola (56,7% e 78,1% respectivamente), teve como principal motivo da imigração, apenas estudo (59,9%), e apresentou como perspectiva futura, não voltar para Angola (continuar no Brasil e ir para um outro país, não Angola) (53,1%) (tabela 1).

Quanto aos indicadores de saúde, a maioria dos participantes referiu ter boa/muito boa autopercepção de saúde (77%), considerou seu estado de saúde melhor atualmente comparando com antes da imigração (59,5%), e eram eutróficos (62%) (tabela 1). Além disso, observou-se que cerca de (27,9%) referiu ter sido diagnosticado anteriormente com alguma comorbidade (tabela 1). Quanto a Escala Brasileira de Segurança Alimentar, a maior parte da amostra referiu ter algum nível de insegurança alimentar (63,2%) (tabela 1).

Tabela 1- Características sociodemográficas e de saúde dos imigrantes angolanos residentes no Brasil, 2021.

<b>Variáveis</b>	<b>Total n=247</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	53	21,5
Masculino	194	78,5
<b>Faixa etária*</b>		
19 a 29	135	54,9
30 a 39	77	31,3
40 a 62	34	13,8
<b>Estado civil</b>		
Casado(a)/união estável	79	32,0
Solteiro (a)	164	66,4
Divorciado(a)/Separado(a)	4	1,6
<b>Com quem mora?</b>		
Sozinho (a)	68	27,5
Com esposo (a)	21	8,5
Com esposo (a) e filhos	63	25,5
Com amigos	62	25,1
Outro	33	13,4
<b>Escolaridade</b>		
Ensino médio incompleto	8	3,3
Ensino médio completo/Superior incompleto	95	38,5
Superior Completo	68	27,5
Pós-graduação	51	20,6
Mestrado/Doutorado	25	10,1
<b>Residência anterior (Províncias/Angola)</b>		
Luanda Capital	175	70,9
Outras da região norte	13	5,2
Região sul	53	21,4
Ignorado	6	2,4
<b>Estado onde reside</b>		
Ceará	37	15,0
Paraná	66	26,7
Santa Catarina	40	16,2
Rio de Janeiro	32	13,0
São Paulo	33	13,4
Outros*	36	14,5
Ignorado	3	1,2
<b>Tempo em que mora no Brasil</b>		
Menos de 1 ano	4	1,6
Entre 1 e 2 anos	28	11,3
Entre 3 e 5 anos	68	27,5

Mais de 5 anos	147	59,5
<b>Situação empregatícia</b>		
Trabalhador autônomo	48	19,4
Bolsa de estudos	58	23,5
Trabalho C/ Carteira assinada	87	35,2
Trabalho S/ Carteira assinada	11	4,5
Desempregado	29	11,7
Outro	14	5,7
<b>Motivos da imigração</b>		
Apenas estudo	148	59,9
Estudo e trabalho	69	27,9
Apenas trabalho	4	1,6
Outro	26	10,5
<b>Manda dinheiro para Angola</b>		
Sim	107	43,3
Não	140	56,7
<b>Recebe dinheiro de Angola</b>		
Sim	54	21,9
Não	193	78,1
<b>Perspectiva futura</b>		
Continuar no Brasil	58	23,5
Voltar para Angola	61	24,7
Ir para outro país (não Angola)	73	29,6
Não sei responder	49	19,8
<b>Segurança alimentar</b>		
Segurança alimentar	91	36,8
Algum nível de insegurança alimentar	156	63,2
<b>Autopercepção de saúde</b>		
Muito bom	75	30,4
Bom	115	46,6
Regular	55	23,3
Ruim	2	0,8
<b>Autopercepção de saúde comparando antes e depois da imigração</b>		
Muito melhor atualmente	75	30,4
Um pouco melhor atualmente	72	29,1
Não teve diferença	84	34,0
Muito pior atualmente	2	2,0
Um pouco pior atualmente	11	4,5
Outro	6	2,4
<b>IMC* (peso e altura autorreferidos)</b>		
Baixo peso (<18,5 kg/m <sup>2</sup> )	7	3,1
Eutrófico (18,5-24,9 kg/m <sup>2</sup> )	142	62,0
Sobrepeso (25-29,9 kg/m <sup>2</sup> )	67	29,3
Obesidade (≥30 kg/m <sup>2</sup> )	13	5,7

<b>Presença de comorbidades</b>		
Sim	69	27,9
Não	178	72,1

Outros\* inclui: Bahia (n=2), Minas Gerais (n=13), Espírito Santo (n=10), Goiás (n=2), Pernambuco (n=7), Alagoas (n=1) e Mato Grosso (n=1); \*variável com ausência de registro; IMC: índice de massa corporal.

Quanto aos indicadores de apoio social, observou-se variações entre as quatro dimensões (material, afetivo, interação social positiva e informação/emocional). Para o apoio material, cerca de 47,4% apresentaram apoio médio, para o apoio afetivo, interação social positiva e apoio de informação e emocional, a maior parte dos sujeitos apresentou apoio alto (67,2%, 56,3%, e 50,6%, respectivamente) (tabela 2).

Em relação ao nível de atividade física, a maioria da amostra era fisicamente ativo no tempo livre (66,4%) e considerou que atualmente é mais ativo do que antes da migração (55,1%) (tabela 2) .

Por fim, as barreiras que tiveram maior prevalência foram sentir preguiça ou cansaço para fazer atividades físicas (41,7%) e falta de dinheiro (36,4%), seguidas do medo de se machucar fazendo atividades físicas e da falta de companhia ( 29,1% e 25,9 % respectivamente, tabela 2). Já em relação ao número de barreiras por indivíduo, a maioria dos sujeitos apresentou uma ou mais barreiras para a prática de atividade física (80,1%).



Tabela 2- Caracterização do apoio social, atividade física e barreiras para a prática de atividade física de tempo livre por indivíduo em imigrantes angolanos no Brasil, 2021.

Variáveis	Total n=247	%
<b>Apoio material</b>		
Alto	87	35,2
Médio	117	47,4
Baixo	43	17,4
<b>Apoio afetivo</b>		
Alto	166	67,2
Médio	66	26,7
Baixo	15	6,1
<b>Interação social positiva</b>		
Alto	139	56,3
Médio	104	42,1
Baixo	4	1,6
<b>Apoio de Informação/Emocional</b>		
Alto	125	50,6
Médio	114	46,2
Baixo	8	3,2
<b>Atividade Física no tempo livre</b>		
Ativo	164	66,4
Inativo	83	33,6
<b>Atividade física no tempo livre comparado com antes da imigração</b>		
Mais ativo	136	55,1
Não teve diferença	56	22,7
Menos ativo	55	22,3
<b>Barreiras de Atividade Física</b>		
Sente-se velho demais	4	1,6
Possui alguma lesão ou doença	31	12,6
Não gosta de praticar atividade física	22	8,9
Sente preguiça ou cansaço	103	41,7
Falta de dinheiro atrapalha	90	36,4
Tem medo de se machucar	72	29,1
Falta de companhia atrapalha	64	25,9
Não tem tempo livre	39	15,8
Não tem local público adequado perto de casa	32	13,0
<b>Número de barreiras por indivíduo</b>		
0	49	19,8
1	70	28,3
2	57	23,1
3	47	19,0
4	13	5,3
5	9	3,6
6	2	0,8

Fonte: o próprio autor. 0=nenhuma barreira; 1= uma barreira; 2= duas barreiras; 3= três barreiras; 4= quatro barreiras; 5= cinco barreiras; 6= seis barreiras.

## **5.2 Prevalência de atividade física no tempo livre em imigrantes angolanos no Brasil.**

A prevalência de atividade física total foi de 66,4%, sendo maior a participação de indivíduos do sexo masculino (70,6%) do que na população feminina (50,9%). Em relação a outros indicadores demográficos, houve maior participação na prática de atividade física em indivíduos com faixa etária entre 30 e 39 anos (74,4%), sem companheiro (69,6%), residentes no Brasil em até 5 anos (71,0%), com segurança alimentar (72,5%), e com boa autopercepção de saúde (bom/muito bom) (68,9%) (tabela 3).

Tabela 3- Prevalência atividade física no tempo livre segundo as características sociodemográficas e de saúde em imigrantes angolanos no Brasil, 2021.

Variáveis	Ativos		Valor de p
	n	%	
<b>Sexo</b>			
Feminino	27	50,9	<b>0,007</b>
Masculino	137	70,6	
<b>Faixa etária</b>			
19 a 29	85	63,0	0,219
30 a 39	57	74,0	
40 a 62	21	61,8	
<b>Situação conjugal</b>			
Com companheiro	47	59,5	0,115
Sem companheiro	117	69,6	
<b>Com quem mora</b>			
Sozinho (a)	48	70,6	0,390
Acompanhado (a)	116	64,8	
<b>Escolaridade</b>			
Até ensino superior incompleto	68	66,0	0,915
Ensino superior completo ou mais	96	66,7	
<b>Tempo em que reside no Brasil</b>			
Até 5 anos	71	71,0	0,206
Mais de 5 anos	93	63,3	
<b>Situação empregatícia</b>			
Com alguma renda*	144	66,1	0,755
Desempregado	20	69,0	
<b>Motivos de imigração</b>			
Apenas estudo	99	66,9	0,449
Estudo e trabalho	48	69,0	
Apenas trabalho/outro	17	56,7	
<b>Manda dinheiro para Angola</b>			
Sim	68	63,6	0,408
Não	96	68,6	
<b>Recebe dinheiro de Angola</b>			
Sim	35	64,8	0,781
Não	129	66,8	
<b>Perspectiva futura</b>			
Continuar no Brasil	41	70,7	0,268
Voltar para Angola	44	72,1	
Ir para outro país/Não sei responder	79	61,7	
<b>Segurança alimentar</b>			

Segurança alimentar	66	72,5	0,119
Algum nível de insegurança	98	62,8	
<b>Autopercepção de saúde</b>			
Muito bom/Bom	131	68,9	0,121
Regular/Ruim	33	57,9	
<b>Autopercepção de saúde</b>			
<b>Comparando com antes da imigração</b>			
Melhor atualmente	98	66,7	0,913
Não teve diferença/Pior atualmente	66	66,0	
<b>IMC (peso e altura autorreferidos)</b>			
Baixo peso (<18,5 kg/m <sup>2</sup> )	4	57,1	0,129
Eutrófico (18,5-24,9 kg/m <sup>2</sup> )	99	69,7	
Sobrepeso (25-29,9 kg/m <sup>2</sup> )	46	68,7	
Obesidade (≥30 kg/m <sup>2</sup> )	5	38,5	
<b>Presença de comorbidades (autorreferidas)</b>			
Sim	43	62,3	0,398
Não	121	68,0	

Fonte: o próprio autor. Com alguma renda\* inclui: trabalhador autônomo, trabalho com carteira assinada, trabalho sem carteira assinada, bolsa de estudos e outro. IMC: índice de massa corporal.

\*p<0,25.

### 5.3 Associação entre o apoio social e barreiras, com a atividade física no tempo livre.

Considerando a análise de dados brutos, houve associação entre a atividade física com apenas uma dimensão do apoio social, o apoio de informação/emocional (RP= 1,21, IC95% =1,016-1,45). Após ajustes pelas variáveis demográficas, sexo, faixa etária, situação conjugal e tempo em que mora no Brasil incluídas no segundo modelo, e ajustado conforme o modelo anterior mais a autopercepção de saúde, IMC e insegurança alimentar no terceiro modelo, o apoio de informação/emocional continuou sendo a variável de maior prevalência, com uma pequena variação (RP= 1,20, IC95%=1,01-1,44; RP=1,25, IC95%=1,04-1,50, respectivamente) p<0,05 (tabela 4).

Tabela 4- Associação entre o apoio social e atividade física (categoria ativos no tempo livre) em imigrantes angolanos residentes no Brasil, 2021. Dados brutos e ajustados (n=247).

Variáveis	Atividade Física no tempo livre				
	Ativos		Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3
	n	%	RP (IC95%)	RP (IC95%)	RP (IC95%)
<b>Apoio material</b>					
Apoio baixo	112	70,0	1,00	1,00	1,00
Apoio alto	52	59,8	0,85 (0,69-1,04)	0,93 (0,76-1,13)	0,93 (0,76-1,12)
<b>Apoio Emocional e de Informação</b>					
Apoio baixo	73	59,8	1,00	1,00	1,00
Apoio alto	91	72,8	1,21 (1,01-1,45)	1,20 (1,01-1,44)	1,25 (1,04-1,50)
<b>Apoio Afetivo</b>					
Apoio baixo	60	74,1	1,00	1,00	1,00
Apoio alto	104	62,7	0,84 (0,71-1,00)	0,90 (0,75-1,08)	0,90 (0,75-1,07)
<b>Interação Social Positiva</b>					
Apoio baixo	69	63,9	1,00	1,00	1,00
Apoio alto	95	68,3	1,07 (0,89-1,28)	1,13 (0,95-1,36)	1,17 (0,97-1,40)

Fonte: o próprio autor. Modelo1: Dados brutos. Modelo 2: Ajustado por sexo, faixa etária, situação conjugal e tempo em que mora no Brasil. Modelo 3. Ajustado conforme o modelo anterior e autopercepção de saúde, IMC e segurança alimentar. RP: razão de prevalência, IC95%: intervalo de confiança 95%.

Quanto a associação entre as barreiras de atividade física e o nível de atividade física no tempo livre, considerando a análise de dados brutos, modelo 1, ser ativo no tempo livre esteve associado com o gosto pela prática de atividade física (RP=2,19, IC95% 1,18-4,06), não sentir preguiça ou cansaço para fazer atividade física (RP=1,37, IC95% 1,2-1,68), e ter tempo livre para fazer atividade física (RP=1,62, IC95% 1,12-2,34) (tabela 5).

No modelo 2, a significância estatística manteve-se a mesma após os ajustes pelas variáveis demográficas sexo, faixa etária, situação conjugal e tempo em mora no Brasil para o gosto pela prática de atividade física e não sentir preguiça ou cansaço sendo: RP=2,18, IC95% 1,18-4,06 e, RP=1,37 IC95%=1,12-1,68 respectivamente; enquanto diminuiu para o ter tempo livre (RP=1,61 IC95%=1,12-2,33). No terceiro e

último modelo, as mesmas três variáveis estiveram associadas à atividade física (RP=2,22 IC95% 1,20-4,13; RP=1,38 IC95%= 1,12-1,70 e RP=1,65, IC95% 1,13-2,45 respectivamente) (tabela 5).

Houve também associação entre o número de barreiras da atividade física e a atividade física no tempo livre. Os indivíduos que não apresentavam nenhuma barreira e aqueles com apenas uma, tiveram maior prevalência de atividade física - para nenhuma barreira (modelo 3 RP= 1,90 IC95%= 1,23-2,95), e para uma barreira (RP=1,62 IC95%= 1,04-2,53) ou seja, quanto menos barreiras, maior a probabilidade de ser fisicamente ativo no tempo livre, conforme a tabela 5 (e considerando também o valor do teste do qui-quadrado para tendência).

Tabela 5 - Associação entre as barreiras de atividade física e o nível de atividade física no tempo livre (categoria ativos no tempo livre) em imigrantes angolanos residentes no Brasil, 2021. Dados brutos e ajustados (n=247).

Variáveis	Ativos no tempo livre		Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3
	n	%	RP IC95%	RP IC95%	RP IC95%
<b>Sentir-se velho demais</b>					
Tem a barreira	3	75,0	1,00 0,88	1,00 0,88	1,00 0,89
Não tem a barreira	161	66,3	0,49-1,56	0,49-1,56	0,50-1,58
<b>Possuir alguma lesão</b>					
Tem a barreira	18	58,1	1,00 1,16	1,00 1,16	1,00 1,16
Não tem a barreira	146	67,6	0,85-1,59	0,84-1,58	0,84-1,60
<b>Gosta de praticar atividades físicas</b>					
Tem a barreira	7	31,8	1,00 2,19	1,00 2,18	1,00 2,22
Não tem a barreira	157	69,8	1,18-4,06	1,18-4,06	1,20-4,13
<b>Sentir preguiça ou cansaço</b>					
Tem a barreira	56	54,4	1,00 1,38	1,00 1,37	1,00 1,38
Não tem a barreira	108	75,0	1,12-1,68	1,12-1,68	1,12-1,70
<b>Falta de dinheiro atrapalha</b>					
Tem a barreira	55	61,1	1,00 1,14	1,00 1,14	1,00 1,18
Não tem a barreira	109	69,4	0,93-1,38	0,94-1,39	0,97-1,45
<b>Tem medo de se machucar</b>					
Tem a barreira	49	68,1	1,00 0,96	1,00 0,96	1,00 0,98
Não tem a barreira	115	65,6	0,79-1,16	0,79-1,16	0,81-1,20
<b>Falta de companhia atrapalha a realização de atividade física</b>					
Tem a barreira	39	60,9	1,00 1,12	1,00 1,11	1,00 1,13
Não tem a barreira	125	68,3	0,90-1,39	0,89-1,39	0,90-1,41
<b>Tempo livre</b>					
Tem a barreira	17	43,6	1,00 1,62	1,00 1,61	1,00 1,65
Não tem a barreira	147	70,7	1,12-2,34	1,12-2,33	1,13-2,45
<b>Local adequado para atividade física perto de casa</b>					
Tem a barreira	20	62,5	1,00 1,07	1,00 1,06	1,00 1,11
Não tem a barreira	144	67,0	0,80-1,42	0,80-1,42	0,82-1,50
<b>Número de barreiras por indivíduo</b>					
Quatro ou mais	11	45,8	1,00 1,11	1,00 1,11	1,00 1,07
Três barreiras	24	51,1	0,66-1,90	0,66-1,90	0,64-1,80

---

Duas barreiras	32	56,1	1,22 0,75-2,00	1,22 0,75-2,00	1,19 0,73-1,94
Uma barreira	54	77,1	1,70 1,07-2,64	1,70 1,06-2,63	1,62 1,04-2,53
Nenhuma barreira	43	87,8	1,91 1,22-3,00	1,91 1,22-3,00	1,90 1,23-2,95

---

Fonte: o próprio autor. Modelo 1: dados brutos. Modelo 2: ajustado por sexo, faixa etária, situação conjugal e tempo em que mora no Brasil. Modelo 3: ajustado conforme o modelo anterior mais a autopercepção de saúde, IMC e insegurança alimentar.



## 6 DISCUSSÃO

O presente estudo teve por objetivo investigar os fatores associados à prática de atividade física no tempo livre em imigrantes angolanos residentes no Brasil. Entre os principais achados do estudo estão: 1) a maioria dos participantes foi classificado como sendo fisicamente ativo no tempo livre, e houve maior prevalência de atividade física no tempo livre em indivíduos do sexo masculino do que na população feminina; 2) para as dimensões afetiva, interação social positiva e emocional/informação, a maioria dos participantes apresentou apoio alto, para o apoio material, 47,4% apresentou apoio médio; 4) foram identificadas quatro barreiras para a atividade física com prevalência maior que 25%: sentir preguiça ou cansaço, falta de dinheiro, medo de se machucar realizando atividade física, e falta de companhia. A maioria dos participantes apresentou pelo menos uma barreira (80,1%). 3) dentre as quatro dimensões do apoio social estudadas, houve apenas associação entre o apoio emocional/informação com a atividade física no tempo livre, sendo que, os indivíduos que apresentaram alto apoio emocional e de informação tiveram maior prevalência de prática de atividade física ; 4) e dentre as barreiras para a prática de atividade física, sentir preguiça ou cansaço, gosto pela prática atividade física e tempo livre foram as que tiveram associação com a prática de atividade física no tempo livre, sendo que, aqueles que referiram não ter a barreira tiveram maior prevalência de prática de atividade física no tempo livre; 5) aqueles que referiram não ter nenhuma barreira ou ter uma barreira tiveram maior prevalência de prática de atividade física no tempo livre do que aqueles que tinham quatro ou mais barreiras.

### 6.1 Atividade física e variáveis sociodemográficas.

Em relação a atividade física, neste estudo, a maioria dos participantes apresentou-se ativo no tempo livre (66,4%), e houve uma maior prevalência nos homens (70,6%) do que nas mulheres (50,9%). Este resultado corrobora com outros estudos que mostram uma associação positiva entre o sexo masculino e a prática regular de atividade física (BOTELHO et al., 2021; FERREIRA et al., 2018; MIELKE et al., 2021).

As desigualdades de gênero em comportamentos relacionados à saúde, em sua grande maioria, têm a ver com a construção social que faz parte de um processo

histórico que delimitou as funções sociais de homens e mulheres, sendo que, dentre outros motivos, as mulheres ao exercerem, muitas vezes, a chamada dupla jornada de trabalho, tendem a ser menos ativas, pelo menos no contexto do lazer/tempo livre, em comparação com os homens (EVEDOVE, 2022). Apesar de este dado ter sido obtido no contexto brasileiro, a literatura aponta que ele é perceptível em vários outros países também (MIELKE; BRAUN, 2019).

Além disso, no Brasil, as desigualdades de gênero na atividade física se mostram não apenas entre a população adulta, como também em faixas etárias menores. Um estudo realizado com cerca de 1.409 adolescentes do ensino médio na cidade de Londrina, demonstrou que entre as moças a prevalência de atividade física no lazer (menos de 300 minutos semanais) foi maior se comparado com os rapazes (80,8% para as meninas e 48,9% para os meninos) (DIAS; LOCH; RONQUE, 2015). E recentemente, um outro estudo conduzido por Condessa et al. (2020), em uma amostra de cerca de 109.104 adolescentes de todos os estados que cursavam o 9º do ensino fundamental, quando estratificado por sexo, observou-se que a prevalência de atividade física era maior em meninos (27,9%) do que em meninas (13,1%). Tudo isto sugere que as intervenções em termos de formulação de políticas públicas nacionais e internacionais devem ser sugeridas no sentido de mitigar os indicadores de inatividade física presentes especificamente na população feminina, que são maiores em relação aos homens.

Em populações imigrantes, estudos apontam que geralmente as pessoas do sexo feminino apresentam mais barreiras para atividade física do que do sexo masculino (MASRI; KOLT; GEORGE, 2021; THANAWALA et al., 2020; VITOR et al., 2007; WIELAND et al., 2016), o que também explica o porquê de o sexo masculino tender a ser fisicamente mais ativo neste grupo específico. Este quesito será explorado mais adiante quando se falar sobre as barreiras para a atividade física.

É sabido que os imigrantes angolanos e, neste caso, é importante ressaltar que se trata, majoritariamente, de indivíduos do sexo masculino, inseridos no contexto brasileiro, geralmente jogam futebol com frequências semanais ou mensais, e isto acontece com equipes formadas dentro do próprio grupo ou com outras equipes (de brasileiros ou imigrantes de outras etnias). Este dado, que se configura também em um fator positivo para explicar a alta prevalência de atividade física no tempo livre neste grupo específico, é mais uma forma de explicar as “facilidades” que indivíduos

do sexo masculino têm ao estabelecer, por meio do jogo, relações interpessoais que ao mesmo tempo em que promovem a atividade física, são também uma fonte de apoio social.

Ainda em relação aos aspectos demográficos, outro ponto importante relacionado à investigação da atividade física em populações imigrantes são as mudanças dos comportamentos de saúde, incluindo a atividade física ao longo do tempo. Neste estudo, apesar de não ser um objetivo específico, em relação à atividade física no tempo livre comparado com antes da imigração, os imigrantes angolanos com até cinco anos de moradia no Brasil apresentaram-se mais ativos em relação aos que moravam por mais de cinco anos (64,0% versus 49,0%). Isto permite supor que para os angolanos, o processo de maior adaptação por longa permanência teve uma relação inversa com o aumento dos níveis de atividade física no tempo livre.

Curiosamente, na literatura, em populações imigrantes, o aumento dos níveis da atividade física no tempo livre em relação ao tempo de moradia no país de destino é um pouco controverso. Por exemplo, estudo qualitativo longitudinal, realizado com Imigrantes sírios na Alemanha, identificou três fases de atividade física pelas quais esses imigrantes passam. Na primeira fase, a existência de assuntos burocráticos a serem tratados no país de acolhimento tornam questões sobre a atividade física não relevantes (nesta fase é comum que os resultados apontem para a maioria ser fisicamente inativo); a segunda fase, compreende o estabelecimento das estruturas básicas, um certo grau de conforto que permite que atividade física seja considerada; na terceira fase, os imigrantes sentem-se pressionados com o término da formação acadêmica, e os comportamentos de atividade física tendem tornar-se ambivalentes, ou seja, são considerados secundários (SAUTER; KIKHIA; LOSS, 2021).

Ao passo que, em um outro estudo realizado nos EUA com imigrantes e refugiados somalianos, mexicanos, cambojanos e sudaneses, a maioria referiu ter mais barreiras para a atividade física no tempo livre nos EUA do que em seu país de origem, inclusive, houve relatos de os imigrantes passarem mais tempo ao ar livre e seus países de origem para trabalhar e participar em atividades sociais do que nos EUA, e que o tempo gasto ao ar livre tende a resultar mais em atividade física do que o tempo gasto dentro de casa, da mesma forma que trabalhar dentro ou fora de casa exigia menos atividade física nos EUA do que em seus países de origem (WIELAND et al., 2016). Reis et al. (2020) também demonstrou que os imigrantes e refugiados do

seu estudo que moravam na Austrália, eram mais engajados em atividade física em seus países de origem do que no país de destinação.

Nessa relação, é importante investigar quais seriam os preditores das mudanças no comportamento da atividade física ao longo do tempo em populações imigrantes. Em um estudo longitudinal com adultos de ascendência turca que vivem em Berlim, demonstrou variação da trajetória de atividade física de acordo com a cidadania (imigrantes naturalizados), estado civil, nível educacional e idioma preferido do questionário, estando essas variáveis associadas à trajetória estável e ativa, ou seja, aquela em que se vislumbra os indivíduos fisicamente ativos antes e depois da imigração (KRIST et al., 2020).

Portanto, a relação entre a atividade física e o tempo de moradia no país de destino, para os imigrantes dependerá do contexto social, econômico, político em que estão inseridos. E a adesão à prática de atividade física também vai depender, em certa medida, da cultura que a população nativa tem em relação a esse comportamento, bem como de características sociodemográficas como estado civil, cidadania, idioma, e escolaridade.

## 6.2 Apoio social e Atividade física em imigrantes.

Neste estudo, foi observado que 47,4% dos participantes apresentavam apoio médio para a dimensão material, 67,2% apoio alto para as dimensões afetiva, 56,3% alto para interação social positiva e 50,6% alto para apoio emocional/informação. Estes achados indicam que os imigrantes angolanos possuem, em geral, um apoio social alto. Este dado pode ser mais bem compreendido pelo fato de os participantes terem sido recrutados a partir das associações angolanas, e que estas possivelmente já são uma “fonte” de apoio social. É possível que os imigrantes que não fazem partes destas associações (que não foram incluídos neste estudo), não tenham a mesma percepção de apoio social. Além das associações serem consideradas uma fonte de apoio, sabe-se também, especialmente no contexto de migrações, que atualmente existem muitas outras fontes de apoio para esses grupos populacionais, desde ONGs que trabalham diretamente com essas populações.

Outro dado relevante que também justificaria o alto nível de apoio social da amostra é o fato de a maioria ser jovem (54,9% na faixa entre 19 e 29 anos de idade), sem comorbidades (72,1%) e com muito boa/boa autopercepção de saúde (77%). Este dado está em conformidade com a literatura, pois, sabe-se que a interação social tende a reduzir com o processo de envelhecimento devido à fatores intrínsecos relacionados à por exemplo, à autopercepção de saúde, e à presença de comorbidades, que é um indicador relativamente baixo em faixas etárias menores, e por sua vez, pessoas em idades mais avançadas podem apresentar mobilidade física limitada, o que repercute também na redução do apoio social (CAETANO; SILVA; VETTORE, 2013). Além dos efeitos positivos em relação à interação social, como mencionado acima, o apoio social é um importante aliado na promoção de saúde, prevenção dos riscos, adesão terapêutica, e uso e acesso aos serviços de saúde (CANESQUI; BARSAGLINI, 2012), por isso, é necessário que se leve em consideração a idade para que estratégias adotadas na manutenção do apoio social que sejam eficazes.

Em populações imigrantes, comparado a outros achados na literatura, há algumas diferenças importantes a serem destacadas, principalmente em decorrência da diversidade metodológica existente na avaliação do apoio social. Estudo com imigrantes na Espanha, que buscou avaliar a relação entre as influências positivas

entre o apoio social, o senso de comunidade, satisfação com a vida e saúde, e que examinou três fontes distintas de apoio social (família, amigos nativos e amigos imigrantes), e mediu três dimensões do apoio social (material, emocional e de informação), demonstrou que apesar de os imigrantes apresentarem apoio social alto de uma maneira geral, houve distinção entre as fontes do apoio para cada uma das três dimensões, sendo alto se o apoio viesse de familiares, mais alto se o apoio fosse proveniente de amigos nativos, e ainda maior se fosse de amigos imigrantes (HOMBRADOS-MENDIETA et al., 2019).

Em um estudo que, como o presente estudo, utilizou-se de questionário online, foi avaliada a associação do apoio social percebido com sofrimento psíquico e satisfação com a vida em imigrantes nepaleses residentes em Tóquio, no Japão e demonstrou que o apoio social da família, amigos e outros foram fatores protetores do sofrimento psicológico, e também estiveram positivamente associados à satisfação com a vida (KHATIWADA et al., 2021).

### **6.3 Associação entre o apoio social e barreiras com a atividade física no tempo livre.**

Em relação a associação entre o apoio social e atividade física, este estudo não encontrou associações da atividade física em três dimensões do apoio social (material, afetiva e interação social positiva). Vale ressaltar que apesar de não se verificar uma associação significativa entre o apoio afetivo e a atividade física, observou-se uma relação inversa entre as duas variáveis, sendo que os indivíduos com baixo apoio afetivo se mostraram mais ativos no tempo livre do que aqueles que tinham apoio alto. Este dado pode ser explicado por várias razões, uma delas é que em se tratando de uma amostra majoritariamente masculina que apresentam, de um modo geral, altos níveis de prática de atividade física, o apoio afetivo mesmo sendo baixo “não causaria” mudanças nos padrões de atividade física nessa população, ou justamente por apresentarem apoio afetivo baixo sejam eles motivados a buscar novas formas de socialização através da prática de atividade física, aumentando assim os níveis de atividade física, sem necessariamente dispor de um alto apoio afetivo. No entanto, houve associação positiva entre a dimensão do apoio emocional/informação com a atividade física.

Muitos são os benefícios que o apoio social aporta na promoção da atividade física, inclusive mesmo não estando diretamente relacionado ao aumento do nível de atividade física, pode ter um efeito primário na redução da dor em pacientes com alguma condição que causa dor crônica ou recorrente, e conseqüentemente no aumento dos níveis da atividade física nestas populações (STEVENS; CRUWYS; MURRAY, 2020)

Além disso, o apoio emocional, por exemplo, é um indicador importante para mensurar a saúde mental dos indivíduos, e pode estar associado a maiores níveis de atividade física por possibilitar ao indivíduo o fornecimento de apoio em relação a situações adversas da vida que, no contexto migratório ganha ainda mais relevância. Reis et al., (2020), em estudo envolvendo imigrantes e refugiados da República Democrática do Congo, Síria, Burma/Myanmar, Iraque, Afeganistão, Etiópia, Togo e Libéria em uma cidade regional da Austrália, cuja maioria foi forçada à migrar pelos conflitos armados e outros problemas no âmbito social, político e econômico que seus países enfrentavam, a maioria das mulheres relatou sobrecarga ocupacional dentro e fora de casa, já os homens relataram sentimento de frustração em relação ao status de refugiado por ser uma vida muito difícil, e claramente, um grande impacto não apenas na saúde mental, como também na participação em atividade física, que era vista por eles como supérflua e um privilégio que não podiam ter em termos financeiros, tempo e de motivação.

A informação, que pode-se ser entendida também como conhecimento, notícia ou ciência é, por si só, uma fonte de apoio, porque além de possibilitar uma melhor adaptação desses indivíduos em termos de conhecimento em relação ao país de destino e não só, ela torna a prática de atividade física mais viável, pelo menos em alguns casos, e flui melhor, principalmente, quando os indivíduos superam a barreira da língua como visto anteriormente.

Na literatura, o apoio social quase sempre aparece como um fator facilitador da prática de atividade física, enquanto a falta de apoio social como uma possível barreira para a sua prática. Neste estudo, foram identificadas pelo menos quatro barreiras para a atividade física com prevalência maior que 25%, e em termos numéricos, a maioria dos participantes apresentou pelo menos uma barreira (80,1%).

Em primeiro lugar, sentir preguiça ou cansaço para atividade física (41,7%), que pode estar relacionado tanto ao esforço físico no trabalho ou pelo fato de a maioria dos participantes (jovens, solteiros e estudantes), além de estudar, terem de trabalhar ao mesmo tempo.

Os indivíduos que referem sentir preguiça ou cansaço para a realização de atividades físicas, muitas vezes podem ser conotados como displicentes em relação a sua própria saúde, ainda mais em uma perspectiva simplista que atribui exclusivamente aos indivíduos a responsabilidade por seus modos/estilos de vida. Durante a pesquisa de Reis et al (2020, p.8), o relato de um imigrante chama bastante atenção quando ele diz que *“para que alguém tenha um tempo de diversão precisa estar em paz ou de alguma maneira alegre (tradução própria)”*, esse trecho permite identificar várias questões subjetivas implícitas na adoção de comportamentos saudáveis, e dentre várias delas, a motivação.

A preguiça ou cansaço pode estar relacionada a falta de motivação que também tem sido associado à diminuição do nível de atividade física (RECH et al., 2018), ao passo que o incentivo de, por exemplo, profissionais de saúde, amigos e familiares facilitam a prática de atividade física (VELDHUIJZEN VAN ZANTEN et al., 2015). Além da relação com a falta de motivação, a preguiça ou cansaço está quase sempre atrelada às normas sociais do trabalho que muitas vezes envolve jornadas de trabalho extensas que impactam na tomada de decisão sobre a prática de atividade físicas e até mesmo do lazer, como ocorreu em um estudo com universitários de uma cidade do sul do Brasil (PINTO et al., 2017). Esse fato ocorreu também com imigrantes de várias etnias residentes nos EUA (WIELAND et al., 2016).

Em segundo lugar, a falta de dinheiro foi uma barreira para a prática de atividade física (36,4%). Os imigrantes, assim como outros grupos populacionais desfavorecidos, quase sempre encontram-se em desvantagens em relação a adoção de comportamentos de saúde, porque quem tem maior poder aquisitivo apresenta maior chance de acesso aos serviços e bens, bem como a infraestruturas específicas e propícias para a realização de atividades físicas (COSTA; NERI, 2019; WIELAND et al., 2016). Vale lembrar que em relação a atividade física no tempo livre, que muitas vezes podem ser atividades no lazer, as mais acessíveis nem sempre são as preferidas, e indivíduos que possuem alta renda acabam por ser os mais privilegiados



no acesso à certos tipos de atividades, como o futebol, por exemplo, que atualmente, alguns campos são alugados.

Este é um dado interessante porque também recai para o âmbito das desigualdades sociais existentes na promoção da atividade física. Faz-se aqui uma ampliação na reflexão sobre como as desigualdades sociais afetam a prática de atividade física, pois, a promoção da atividade física como é vista hoje, estampada na mídia (que é a que mais influencia a população) muitas vezes desconsidera a realidade social dos indivíduos, que não tem a ver única e exclusivamente com o movimentar o corpo, mas também com outros comportamentos relacionados à saúde. Neste sentido, mais uma vez, busca-se, neste trabalho a tentativa de evitar o olhar que responsabiliza o indivíduo pelas consequências de qualquer tipo de escolha sobre seus hábitos.

Partindo da premissa de que não é esperado que os indivíduos atinjam a 100% as recomendações sobre todos os comportamentos relacionados à saúde, é preciso entender, como bem apontam Crochemore-Silva et al., (2020) que atualmente, o aumento dos níveis de atividade física tem se apresentado em um âmbito restrito, entre aqueles que já apresentam uma alta prevalência de atividade física, ou seja, homens, jovens, e com alto grau de escolaridade e, verifica-se também que os ambientes públicos direcionados à prática de atividade física, estão disponíveis, majoritariamente, em locais de maior nível socioeconômico, e as populações menos favorecidas acabam por ser as mais prejudicadas no direcionamento das políticas públicas de promoção da atividade física (Lei dos cuidados inversos), e isto é totalmente contraditório à ciência. Portanto, é compreensível que uma parcela da população, assim como imigrantes, perceba a falta de dinheiro como barreira para a prática de atividade física.

Em terceiro lugar, o medo de se machucar realizando atividades físicas também foi uma das barreiras com prevalência acima de 25% nos imigrantes angolanos (29,1%). Há de se considerar que, para populações imigrantes, entende-se, por um lado, que para dar conta de todas as demandas diárias e impostas pela própria condição social, os imigrantes queiram manter-se fisicamente sem lesões ou limitações, pois, é possível que justamente por não estarem no seu país de origem eles tenham maiores dificuldades caso se lesionem, e tenham sua mobilidade reduzida.

Apesar da ocorrência, em alguns casos, de lesões decorrentes da prática de atividade física, de um modo geral, a prática de atividade física pode ser bastante segura e a incidência de lesões é muito baixa (DA SILVA et al., 2016), além disso, depende do tipo de atividade, e também das características dos indivíduos (ROMBALDI et al., 2014; SENA et al., 2013).

E em quarto lugar, a falta de companhia (25%). Apesar de neste estudo maior parte dos participantes referirem morar acompanhados (72,5%), a percepção de companhia para a realização de atividade física não parece ser algo tão acessível. Isto pode refletir, por um lado, que para os imigrantes, morar acompanhado seja um indicador que se limita à questão de redução de custos financeiros e não necessariamente o estabelecimento de vínculos interpessoais. E por outro lado, a preferência por parceiros específicos para a realização de atividade física.

Este dado pode ser visto também com imigrantes de outras etnias, por exemplo, um estudo realizado com sul asiáticos nos EUA, demonstrou que ter parceiros de exercícios, que fossem membros da rede social dos participantes, estava associado ao aumento na prática de atividade física, e para as mulheres, o nível de atividade física era ainda maior se esse parceiro fosse o cônjuge, ao passo que para os homens, o nível de atividade física só aumentava se parceiro não fosse o cônjuge, indicando que para este grupo, apesar da escolha ou preferência da companhia para se exercitar, ter um companheiro de exercício é relevante (THANAWALA et al., 2020).

Tudo isto demonstra que o apoio social que se expressa pelo encorajamento para a prática de atividade física e no convívio social são fatores associados com maiores níveis de atividade física no tempo livre ou no lazer (KRETSCHMER; DUMITH, 2020; RECH et al., 2018), e por isso, devem ser levadas em consideração na elaboração de programas de atividade física que visem um maior engajamento populacional.

Embora as barreiras com prevalência acima de 25% foram sentir preguiça ou cansaço, a falta de dinheiro, medo de se machucar e a falta de companhia, dentre estas, este trabalho identificou associação positiva entre a atividade física apenas com sentir preguiça ou cansaço para atividade física, sendo que os indivíduos que não tinham a barreira apresentaram maior prevalência de prática de atividade física no tempo livre, não sentir preguiça ou cansaço (RP=1,38, IC95%= 1,12-1,70), gostar de praticar (RP=2,22, IC95%=1,20-4,13), e ter tempo para a prática de atividade física

no tempo livre (RP=1,65, IC95%= 1,13-2,45). Além disso, os indivíduos que referiram nenhuma barreira ou uma barreira, tiveram maior prevalência de prática de atividade física no tempo livre do que aqueles que tinham quatro ou mais barreiras (para quem não apresentou nenhuma barreira, RP=1,90, IC95%=1,23-2,95, e para quem apresentou uma barreira, RP=1,62, IC95%=1,04-2,53).

O gosto pela prática de atividade física, apesar de subjetivo, pode ser um indicativo para que os indivíduos mantenham-se ativos ao longo da vida. Por isso, parte das intervenções realizadas para a promoção de atividade física precisam levar em consideração atividades que gerem prazer ao indivíduo (KELLY et al., 2016), e se relaciona também com a motivação (RECH et al., 2018), que mesmo sendo um fator subjetivo e próprio de cada indivíduo, é fundamental para a adoção de comportamentos saudáveis.

Já a falta de tempo como barreira para a atividade física, pode estar atrelada à vários fatores como a carga horária no trabalho, estudos etc. Em outros estudos realizados com imigrantes, os participantes também relataram a falta de tempo como barreira para a atividade física (MASRI; KOLT; GEORGE, 2021; REIS et al., 2020; WIELAND et al., 2016).

Em um estudo de revisão, a falta de tempo esteve relacionada à responsabilidades familiares, domésticas e ocupacionais (KELLY et al., 2016), e o mesmo ocorreu também com imigrantes, onde a maioria referiu sobrecarga no trabalho, e portanto, menos tempo de lazer e prática de atividade física (WIELAND et al., 2016). Por isso, é fundamental a compreensão de que a falta de tempo para a atividade física não é um pretexto para não realizar atividade física, precisa-se levar em conta que, conforme Rech (2018), este dado sinaliza aparentemente que maior parte da população, e aqui inclui-se os imigrantes também, apresenta dificuldades para encaixar a atividade física em suas rotinas diárias, e não devem ser ignoradas nas ações de promoção de atividade física.

Finalmente, um outro dado importante a ser destacado, apesar de não ser objeto deste estudo, foi a maioria dos participantes apresentar algum nível de insegurança alimentar (63,2%), um dado que merece especial atenção no contexto da imigração, principalmente pelos desafios políticos, econômicos e sociais enfrentados atualmente, os quais, muitos deles impostos pela pandemia. De acordo com o relatório da Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional

escrito a partir dos dados obtidos em um inquérito populacional que objetivou analisar a insegurança alimentar no Brasil no contexto da pandemia da Covid-19, nos três meses anteriores à coleta de dados, em menos da metade dos domicílios brasileiros (44,8%) havia segurança alimentar, e a maioria apresentou insegurança alimentar (55,2%), sendo que destes, cerca de 9% conviviam com a fome (insegurança alimentar grave) e, era maior nos domicílios em zonas rurais (12%) (BRASIL, 2021).

Sabe-se que no Brasil, a insegurança alimentar vem sendo investigada como um problema de saúde pública, que tem evidenciado não só a disponibilidade de alimento, como também o acesso físico e econômico aos alimentos, que significa a capacidade que os indivíduos e famílias têm de obter alimentos em quantidade suficiente e com qualidade nutricional, a partir de estratégias cultural e socialmente aceitáveis dependentes também da política de preços e da renda familiar (IBGE, 2013). Neste sentido, a insegurança alimentar, que tem seus níveis aumentados em zonas rurais do país, está atrelada à baixa renda, escassez de água adequada para a produção de alimentos e aos animais, baixo nível de escolaridade, cor da pele, desemprego, endividamento e corte nas despesas com aquisição de itens considerados essenciais para a família, cujo agravamento foi notadamente significativo durante a pandemia (BRASIL, 2021).

#### **6.4 Limitações do estudo**

Citam-se algumas limitações do presente estudo:

O Delineamento do estudo, transversal, por ser limitado em relação ao estabelecimento de relações causais entre as variáveis independentes (apoio social e barreiras para a prática de atividade física) com a variável dependente (atividade física no tempo livre).

Contexto da pandemia da Covid19, que assolou sorrateiramente a saúde mental das pessoas, pelas vidas perdidas de imigrantes em várias cidades, dentre elas o Rio de Janeiro, e várias outras perdas de outros âmbitos, que de alguma forma interferiram na disponibilidade de alguns em participar da pesquisa. Além disso, a pandemia da Covid-19 provocou mudanças na prática de atividade física dos imigrantes, e uma delas foi referente à interrupção das partidas de futebol, especialmente no momento da pandemia em que estas atividades não estavam permitidas.

O fato de a pesquisa ter sido realizada de maneira online e ter se limitado a investigar imigrantes de Angola residentes no Brasil que tinham algum tipo de vínculo com as associações de apoio a estes imigrantes.

Por fim, uma outra limitação a ser destacada é relativa à escala usada para a mensuração do apoio social, uma vez que ela apenas permite avaliar a existência de apoio social, mas não diretamente a fonte, a sua quantidade ou efetividade. Assim, não é possível saber, por exemplo, de quem teria vindo o apoio, o que poderia ser relevante, ainda mais no contexto dos imigrantes.

#### **6.5 Fortalezas do estudo**

Como fortalezas, destacam-se:

A originalidade do trabalho, uma vez que não foram encontrados estudos sobre a temática realizados no Brasil.

O n amostral. Considerando a dificuldade de acesso aos imigrantes num contexto pandêmico, e comparando com outros estudos sobre atividade física em populações imigrantes, o n deste estudo merecer ser destacado, já que estudos encontrados na literatura que tinham em seus objetivos investigar a prática de

atividade física e apoio social em imigrantes, tiveram um n amostral baixo conforme a seguir: 197 sujeitos no estudo de Krist et al., (2020) 127 no de Wieland et al., (2016), 110 no estudo de Caperchione et al., (2011), 100 no de Daniel e Wilbur, (2017), 100 no de Fu et al., (2018), 77 no de Vitor et al., (2007), 75 no de Dellaserra et al., (2018), 30 no de Sauter; Kikhia e Loss, (2021), e 28 no de Masri; Kolt e George, (2021). Além destes, identificaram-se dois estudos com amostras superiores a duzentos participantes, sendo 280 sujeitos no estudo de Affuso et al., 2014, e 232 no de Reis et al., (2020). Dos estudos encontrados que tiveram foco semelhante ao do presente estudo, somente dois apresentaram amostra superior à do presente estudo, que foi o de Affuso et al., (2014), e um outro estudo comparativo entre os ganenses que moravam nas zonas rural e urbana de Gana com os ganenses que tinham imigrado para três cidades europeias, com um n de 4760 sujeitos no estudo de Afrifa-Anane et al., (2020).

Vale ressaltar que esta pesquisa foi desenvolvida durante a pandemia da covid-19, que dentre os seus desdobramentos, na comunidade científica, houve um grande crescimento de estudos que coletaram informações de maneira On-line, que possuem, por si só, um grande risco de perdas. Neste trabalho, apesar de a amostra ser pequena, enfatiza-se o cuidado tido nas várias tentativas de aproximação com os participantes, uma que além de ser feito o envio do formulário nos grupos de WhatsApp, teve-se o cuidado de realizá-lo também de forma individualizada. Assim, as perdas deste trabalho consideram-se, em certa medida, aceitáveis de acordo com o contexto de sua realização.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo, a maior parte da amostra foi composta por pessoas do sexo masculino (78,5%), com idade entre 19 e 29 anos (54,9%), solteiros (66,4%) e com ensino superior completo (58,1%), e que referiram morar acompanhado (72,5%). A maioria era proveniente de Luanda, capital de Angola (70,9%), e cerca de 42,9% dos sujeitos residia no sul do Brasil (Paraná e Santa Catarina). Além disso, a maioria referiu estar residindo no Brasil há mais de cinco anos (59,5%), e possuíam alguma (88,3%).

Em relação aos indicadores relacionados à imigração, constatou-se que a maioria dos participantes não manda e nem recebe dinheiro de Angola (56,7% e 78,1% respectivamente), tiveram como principal motivo da imigração apenas estudo (59,9%), e apresentaram como perspectiva futura não voltar para Angola (continuar no Brasil e ir para um outro país, não Angola) (53,1%).

Quanto aos indicadores de saúde, a maioria dos participantes referiu ter boa/muito boa autopercepção de saúde (77%), considerou seu estado de saúde melhor atualmente comparando com antes da imigração (59,5%) e eram eutróficos (62%), além disso, observou-se que a maior parte da amostra referiu ter algum nível de insegurança alimentar (63,2%), e cerca de (27,9%) referiu ter sido diagnosticado anteriormente com alguma comorbidade.

Em relação à prática de atividade física no tempo livre, a maior parte da amostra era fisicamente ativa (66,4%), e houve uma maior prevalência nos homens (70,6%) do que nas mulheres (50,9%).

Quanto às barreiras, quatro tiveram prevalência superior a 25%, que foram: sentir preguiça ou cansaço para fazer atividades físicas, a falta de dinheiro, o medo de se machucar e a falta de companhia (41,7 %, 36,4%, 29,1%, e 25,9 % respectivamente). E, a maioria dos sujeitos apresentou pelo menos uma ou mais barreiras para a prática de atividade física (80,1%).

Já em relação ao apoio social, a maior parte dos sujeitos apresentou apoio alto nas dimensões do apoio afetivo, interação social positiva e apoio de informação e emocional (67,2%, 56,3%, e 50,6%, respectivamente). Ao passo que, para o apoio material, cerca de 47,4% apresentaram apoio médio.

Houve associação entre a atividade física com apenas uma dimensão do apoio social, o apoio de informação/emocional, sendo que, os indivíduos que tinham níveis

altos de apoio emocional e de informação tiveram maior prevalência de prática de atividade física no tempo livre.

Em relação às barreiras, ser ativo no tempo livre esteve associado com o gosto pela prática de atividade física, sentir preguiça ou cansaço, e tempo livre para fazer atividade física, sendo que, os indivíduos que não tinham a barreira tiveram uma maior prevalência de atividade física no tempo livre. Essa relação também se deu com quem não apresentava nenhuma barreira ou apresentava apenas uma, sendo que, os indivíduos que não referiram nenhuma barreira e aqueles que referiram apenas uma barreira, tiveram maior prevalência de prática de atividade física no tempo livre.

Estes dados demonstram a importância de se investigar os comportamentos relacionados à saúde em populações imigrantes, principalmente diante do contexto em que este trabalho foi desenvolvido, no meio de uma pandemia, em que houve um aumento das desigualdades sociais com grandes repercussões nos fluxos migratórios. Os imigrantes internacionais, são um dos grupos populacionais que mais sofreu o impacto da pandemia, sendo que fazem parte de uma conjuntura complexa que envolve vários atores e múltiplos fatores no cenário internacional. Assim, faz-se cada vez mais necessária a reflexão sobre esta complexidade na contemporaneidade, principalmente com o advento da guerra entre a Rússia e a Ucrânia com suas repercussões globais. Por isso, futuros estudos precisam se ater também aos aspectos sociopolíticos específicos dos países de origem dos imigrantes, como por exemplo, o trauma pós-guerra ou o isolamento social etc., que podem ser determinantes de saúde dentro destes contextos.

É necessária a implementação de serviços que estabeleçam estratégias de promoção de atividade física para as populações imigrantes, vinculadas a intervenções que minimizem as barreiras para a atividade física, sobretudo na população feminina, de tal modo que as ações implementadas para a promoção de atividade física visem a ampliação das oportunidades e acesso à atividade física.

Recomenda-se que sejam implementados programas ou serviços públicos que permitam um maior convívio social entre os imigrantes, e que possuam características potencializadoras do apoio emocional e de informação.

Especificamente em relação à mensuração do apoio social, recomenda-se que estudos futuros busquem identificar as fontes de apoio para se estabelecer melhor a



relação entre o apoio percebido ou recebido de diferentes fontes com a atividade física . Além disso, estudos de abordagem qualitativa seriam importantes, pois permitiram uma maior profundidade em algumas questões específicas que poderiam ser úteis para a melhor compreensão da relação entre o apoio social, barreiras e a prática de atividade em imigrantes. Sugere-se ainda que estudos futuros envolvam imigrantes de outras nacionalidades e sejam longitudinais.

Por fim, os resultados desta pesquisa permitem uma melhor compreensão sobre a prática de atividade física em populações imigrantes, e instigam a realização de outros estudos com outros imigrantes de outras etnias para auxiliar na formulação de políticas públicas que visem a promoção da atividade física nessas populações.

## REFERÊNCIAS

- ABRAÍDO-LANZA, A. F. et al. Social Norms, Acculturation, and Physical Activity Among Latina Women. **J Immigr Minor Health**, v. 19, n. 2, p. 285–293, 2017.
- AFFUSO, O. et al. Physical inactivity is strongly associated with anxiety and depression in Iraqi immigrants to Sweden: A cross-sectional study. **Physiology & behavior**, v. 176, n. 1, p. 139–148, 2014.
- AFFUSO, O. et al. Associations between neighborhood socioeconomic environment and physical activity in Cuban immigrants. **SSM - Population Health**, v. 2, p. 130–135, 2016.
- AFRIFA-ANANE, E. et al. Physical Inactivity among Ghanaians in Ghana and Ghanaian Migrants in Europe. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, v. 52, n. 10, p. 2152–2161, 2020.
- ARIAS-URIONA, A. M.; GUILLÉN, N. Inequalities in depressive symptoms between natives and immigrants in Europe: The mediating role of social exclusion. **Cadernos de Saude Publica**, v. 36, n. 11, 2020.
- AUNE, D. et al. Physical activity and the risk of type 2 diabetes: A systematic review and dose-response meta-analysis. **European Journal of Epidemiology**, v. 30, n. 7, p. 529–542, 2015.
- BAENINGER, R.; DEMÉTRIO, N. B.; DOMENICONI, J. Espaços das Migrações Transnacionais: perfil sociodemográfico de imigrantes da África para o Brasil no século XXI. **REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana**, v. 27, n. 56, p. 35–60, 2019.
- BALDO, M. P. et al. Gender-specific determinants of blood pressure elevation in Angolan adults. **Blood Pressure**, v. 26, n. 1, p. 9–17, 2017.
- BAPTISTA, T.; MARIA, D. Migração na metrópole: o caso dos angolanos em São Paulo. **Cadernos Metrópole**, n. 17, p. 103–118, 2007.
- BARBER, F. D. Social Support and Physical Activity Engagement by Cancer Survivors. **Clinical Journal of Oncology Nursing**, v. 163, 2012.
- BARTON, C.; EFFI, T. W.; CAFARELLA, P. Social Support and Social Networks in COPD: A Scoping Review. **Journal Of Chronic Obstructive Pulmonary Disease**, v. 12, p. 690–702, 2015.
- BAUMAN, A. E. et al. Correlates of physical activity: Why are some people physically

active and others not? **The Lancet**, v. 380, n. 9838, p. 258–271, 2012.

BITTENCOURT, M. A história contemporânea de Angola: seus achados e suas armadilhas. **Construindo o passado angolano: as fontes e a sua interpretação. Actas do II Seminário Internacional sobre a História de Angola (4 a 9 de agosto de 1997)**, v. 11, n. April 1989, p. 161–185, 2000.

BOTELHO, V. H. et al. Desigualdades na prática esportiva e de atividade física nas macrorregiões do Brasil: PNAD, 2015. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 26, 2021.

BOULOGNE, R. et al. Mortality differences between the foreign-born and locally-born population in France (2004-2007). **Social Science and Medicine**, v. 74, n. 8, p. 1213–1223, 2012.

BOWE, A. K. et al. Physical activity and mental health in an Irish population. **Irish Journal of Medical Science**, v. 188, n. 2, p. 625–631, 2019.

BRASIL. Insegurança Alimentar e Covid-19 no Brasil. **Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança alimentar e Nutricional (Rede PENSSAN)**, 2021.

BRIKI, W. Why do exercisers with a higher trait self-control experience higher subjective well-being? The mediating effects of amount of leisure-time physical activity, perceived goal progress, and self-efficacy. **Personality and Individual Differences**, v. 125, n. September 2017, p. 62–67, 2018.

BRUNET, A. et al. Acculturation, Anxiety and Depression Among Haitian Immigrants in Southern Brazil. **Psicologia, Saúde & Doença**, v. 20, n. 2, p. 491–502, 2019.

CAETANO, S. C.; SILVA, C. M.; VETTORE, M. V. Gender differences in the association of perceived social support and social network with self-rated health status among older adults: A population-based study in Brazil. **BMC Geriatrics**, v. 13, n. 1, 2013.

CANESQUI, A. M.; BARSAGLINI, R. A. Apoio social e saúde: pontos de vista das ciências sociais e humanas Social support and health: standpoints from the social and human sciences. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 5, p. 1103–1114, 2012.

CAPERCHIONE, C. M. et al. Physical activity behaviours of Culturally and Linguistically Diverse ( CALD ) women living in Australia: A qualitative study of socio-cultural influences. **BMC Public Health**, v. 11, n. 1, p. 26, 2011.

CAPINGANA, D. P. et al. Prevalence of cardiovascular risk factors and socioeconomic level among public-sector workers in Angola. **BMC Public Health**, v. 13, n. 1, 2013.

- CARNEIRO JUNIOR, N. et al. Migração boliviana e doença de chagas: Limites na atuação do sistema único de saúde Brasileiro (SUS). **Interface: Communication, Health, Education**, v. 22, n. 64, p. 87–96, 2018.
- CASAS, R. C. R. LAS et al. Fatores associados à prática de Atividade Física na população brasileira - Vigitel 2013. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe4, p. 134–144, 2018.
- CERIN, E. et al. Built and social environmental factors influencing healthy behaviours in older Chinese immigrants to Australia: A qualitative study. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v. 16, n. 1, p. 1–15, 2019.
- COSTA, T. B.; NERI, A. L. Fatores associados às atividades física e social em amostra de idosos brasileiros: dados do Estudo FIBRA. **Revista brasileira de epidemiologia = Brazilian journal of epidemiology**, v. 22, p. e190022, 2019.
- CUSTODIO, D. F.; ORTIZ-BARREDA, G.; RODRÍGUEZ-ARTALEJO, F. Alimentación, Actividad Física Y Otros Factores De Riesgo Cardiometabólico En La Población Inmigrante En España. Revisión Bibliográfica. **Rev Esp Salud Pública**, v. 88, p. 745–754, 2014.
- DA SILVA, A. et al. Factores asociados a la aparición de lesiones durante actividad física en gimnasios al aire libre. v. 22, p. 267–271, 2016.
- DANIEL, M.; WILBUR, J. Correlates of Lifestyle Physical Activity Among South Asian India Immigrants. **Physiology & behavior**, v. 176, n. 5, p. 139–148, 2017.
- DE ARRUDA-BARBOSA, L.; SALES, A. F. G.; TORRES, M. E. M. Impact of the venezuelan migration in the routine of a reference hospital in roraima state, brazil. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 24, p. 1–16, 2020.
- DE OLIVEIRA, S. Olhar a pobreza em Angola: causas, consequências e estratégias para a sua erradicação. **Ciências Sociais Unisinos**, v. 48, n. 1, p. 29–40, 2012.
- DE SOUSA ALVES, J. F. et al. Use of health services by haitian immigrants in cuiabá-mato Grosso, Brazil. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 24, n. 12, p. 4677–4686, 2019.
- DELAMUTA, K. G. et al. Healthcare experiences of primary care workers with Bengalese immigrants in Paraná State, Brazil. **Cadernos de Saude Publica**, v. 36, n. 8, p. 1–12, 2020.
- DELLASERRA, C. L. et al. Perceived environmental barriers and behavioral factors as possible mediators between acculturation and leisure-Time physical activity among Mexican American Adults. **Journal of Physical Activity and Health**, v. 15, n. 9, p.

683–691, 2018.

DIAS, D. F.; LOCH, M. R.; RONQUE, E. R. V. Perceived barriers to leisure-time physical activity and associated factors in adolescents. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 20, n. 11, p. 3339–3350, 2015.

DU PREL, J. B.; SIEGRIST, J.; BORCHART, D. The role of leisure-time physical activity in the change of work-related stress (ERI) over time. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 16, n. 23, 2019.

DUMITH, S. C. Physical activity in Brazil: A systematic review. **Cadernos de Saude Publica**, v. 25, n. SUPPL. 3, p. 415–426, 2009.

DUNN, J. R.; DYCK, I. Social determinants of health in Canada's immigrant population: Results from the National Population Health Survey. **Social Science and Medicine**, v. 51, n. 11, p. 1573–1593, 2000.

EVEDOVE, A. U. D. Gênero e fatores associados aos comportamentos de saúde: estudo com amostras das capitais dos estados brasileiros e do distrito federal. 2022.

FERNANDO, E. et al. Cardiovascular disease in South Asian Migrants. **Can J Cardiol**, v. 31, n. 9, p. 1139–1150, 2015.

FERREIRA, R. W. et al. Sociodemographic inequalities in leisure-time physical activity and active commuting to school in Brazilian adolescents: National School Health Survey (PeNSE 2009, 2012, and 2015). **Cadernos de Saude Publica**, v. 34, n. 4, p. 1–13, 2018.

FERREIRA, S. R. G.; DE ALMEIDA-PITTITO, B. Reflection about Japanese immigration to Brazil under the light of body adiposity. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, v. 53, n. 2, p. 175–182, 2009.

FILHO, N. DE A.; BARRETO, M. L. **Epidemiologia & Saúde Fundamentos, Métodos, Aplicações**. Rio de Janeiro: [s.n.].

FRANSSON, E. I. et al. Systematic Reviews and Meta- and Pooled Analyses Job Strain as a Risk Factor for Leisure-Time Physical Inactivity : An Individual- Participant Meta-Analysis of Up to 170 , 000 Men and Women The IPD-Work Consortium. v. 176, n. 12, p. 1078–1089, 2012.

FU, M. et al. Physical activity of Chinese American immigrants with type 2 diabetes/prediabetes: A mixed method study. **Am J Nurs**, v. 118, n. 2, p. 24–32, 2018.

FUJITA, D. M. et al. Increase of immigrants in emerging countries: Free public healthcare and vaccination as preventive measures in Brazil. **Cadernos de Saude**

**Publica**, v. 35, n. 2, 2019.

FUKAI, K. et al. The association of leisure-time physical activity and walking during commuting to work with depressive symptoms among Japanese workers: A cross-sectional study. **Journal of Occupational Health**, v. 62, n. 1, p. 1–8, 2020.

GALLEGOS-CARRILLO, K. et al. A US/Mexico study of joint associations of physical activity and sedentary behavior on anthropometric indicators, migration status, country of birth and country of residence. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 15, n. 6, 2018.

GARCÍA, C. M.; GONZÁLEZ-JURADO, J. A. Impacto de la inactividad física en la mortalidad y los costos económicos por defunciones cardiovasculares: evidencia desde Argentina. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 41, n. 4, p. 1, 2017.

GARCIA, L. et al. Validação de dois questionários para a avaliação da atividade física em adultos. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 18, n. 3, 2013.

GKIOULEKA, A. et al. Depressive symptoms among migrants and non-migrants in Europe: documenting and explaining inequalities in times of socio-economic instability. **European Journal of Public Health**, v. 28, p. 54–60, 2018.

GRIEP, R. H. Confiabilidade e Validade de Instrumentos de Medida de Rede Social e de Apoio Social Utilizados no Estudo Pró-Saúde. p. 177, 2003.

GUERRA, K.; VENTURA, M. Bioética, imigração e assistência à saúde: tensões e convergências sobre o direito humano à saúde no Brasil na integração regional dos países. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, p. 123–129, 2017.

GUERRA, P. H. et al. Identification and analysis of national physical activity guidelines in the americas. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 26, n. 8, p. 2961–2968, 2021.

GUTHOLD, R. et al. Articles Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1 · 9 million participants. **The Lancet Global Health**, v. 6, p. e1077–e1086, 2018.

HALLAL, P. C. et al. Global physical activity levels: Surveillance progress, pitfalls, and prospects. **The Lancet**, v. 380, n. 9838, p. 247–257, 2012.

HOMBRADOS-MENDEIETA, I. et al. Positive Influences of Social Support on Sense of Community, Life Satisfaction and the Health of Immigrants in Spain. **Frontiers in Psychology**, v. 10, n. November, p. 1–17, 2019.

HULTEEN, R. M. et al. Global participation in sport and leisure-time physical activities: A systematic review and meta-analysis. **Preventive Medicine**, v. 95, p. 14–25, 2017.

IBGE. **Pesquisa Nacional Por Amostra de Domicílios: Segurança Alimentar**. [s.l.: s.n.].

ISHIOKA, P. et al. Prevalence of precancerous skin lesions and non-melanoma skin cancer in Japanese-Brazilians in Bauru, São Paulo State, Brazil. **Cadernos de Saude Publica**, v. 25, n. 5, p. 965–971, 2009.

JEN, K. L. C. et al. Pre- and Post-displacement Stressors and Body Weight Development in Iraqi Refugees in Michigan. **Journal of Immigrant and Minority Health**, v. 17, n. 5, p. 1468–1475, 2015.

JOSHI, S. et al. Differences in health behaviours between immigrant and non-immigrant groups: A protocol for a systematic review. **Systematic Reviews**, v. 3, n. 1, p. 1–6, 2014.

KAISER, BONNIE N; KEYS, HUNTER M; FOSTER, JENNIFER; KOHRT, B. A. Social stressors, social support, and mental health among Haitian migrants in the Dominican Republic. **Rev Panam Salud Publica**, v. 38, n. 2, p. 157–162, 2015.

KELLY, S. et al. Barriers and Facilitators to the Uptake and Maintenance of Healthy Behaviours by People at Mid-Life: A Rapid Systematic Review. p. 1–26, 2016.

KHATIWADA, J. et al. The effect of perceived social support on psychological distress and life satisfaction among Nepalese migrants in Japan. **PLoS ONE**, v. 16, n. 2, p. 1–9, 2021.

KLUGE, U. et al. Poverty, migration and mental health. **Nervenarzt**, v. 90, n. 11, p. 1103–1108, 2019.

KRETSCHMER, A. C.; DUMITH, S. C. Physical activity in leisure-time and perceived environment: A population-based study with adults and the elderly from southern Brazil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, p. 1–13, 2020.

KRIST, L. et al. Physical Activity Trajectories among Persons of Turkish Descent Living in Germany — A Cohort Study. **Int. J. Envirom. Res. Public Health**, v. 17, n. 6349, p. 1–13, 2020.

LEE, I. M. et al. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: An analysis of burden of disease and life expectancy. **The Lancet**, v. 380, n. 9838, p. 219–229, 2012.

MA, L.; HAGQUIST, C.; KLEPPANG, A. L. Leisure time physical activity and depressive symptoms among adolescents in Sweden. **BMC public health**, v. 20, n. 1, p. 997, 2020.

- MARQUEZ, B. et al. Social support and physical activity change in latinas: Results from the seamos saludables trial. **Health Psychology**, v. 35, n. 12, p. 1392–1401, 2016.
- MARTES, A. C. B.; FALEIROS, S. M. Acesso dos imigrantes bolivianos aos serviços públicos de saúde na cidade de São Paulo. **Saude e Sociedade**, v. 22, n. 2, p. 59–72, 2013.
- MARTIN, D.; GOLDBERG, A.; SILVEIRA, C. Immigration, refuge and health: Sociocultural analysis in perspective. **Saude e Sociedade**, v. 27, n. 1, p. 26–36, 2018.
- MARTINS, R. C.; SILVA, I. C. M.; HALLAL, P. C. Atividade física na população rural de Pelotas, RS : prevalência e fatores associados. **Rev Saude Publica**, v. 52, n. 1:9,p. 1–12, 2018.
- MASRI, A. EL; KOLT, G. S.; GEORGE, E. S. The perceptions, barriers and enablers to physical activity and minimising sedentary behaviour among Arab-Australian adults aged 35-64 years. **Health Promtion Journal of Australia**, v. 32, n. 2, p. 312–321, 2021.
- MÉJEAN, C. et al. Influence of socio-economic and lifestyle factors on overweight and nutrition-related diseases among Tunisian migrants versus non-migrant Tunisians and French. **BMC Public Health**, v. 7, n. 265, 2007.
- MENDONÇA, G. et al. Physical activity and social support in adolescents: A systematic review. **Health Education Research**, v. 29, n. 5, p. 822–839, 2014.
- MIELKE, G. I. et al. Atividade física de lazer na população adulta brasileira: Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 14, n. versão 1, p. 1–11, 2021.
- MIKELL, M.; SNETHEN, J.; KELBER, S. T. Exploring Factors Associated with Physical Activity in Latino Immigrants. **West J Nurs Res**, v. 42, n. 9, p. 680–689, 2020.
- OZDEMIR, K. et al. Investigating the relationships between quality of life, fatigue and leisure time physical activity in prostate cancer patients. **Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation**, v. 32, n. 3, p. 497–503, 2019.
- PAQUISSI, F. C. et al. Prevalence of cardiovascular risk factors among workers at a private tertiary center in Angola. **Vascular Health and Risk Management**, v. 12, n. 1, p. 497–503, 2016.
- PINTO, A. DE A. et al. Barreiras percebidas para a prática de atividade física entre universitários de Educação Física. v. 22, n. 1, p. 66–75, 2017.



PRADO, C. V. et al. Apoio social e prática de atividade física em adolescentes da rede pública de ensino: Qual a importância da família e dos amigos? **Cadernos de Saude Publica**, v. 30, n. 4, p. 827–838, 2014.

RECH, C. R. et al. Perceived barriers to leisure-time physical activity in the Brazilian population. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 24, n. 4, p. 303–309, 2018.

REICHERT, F. F. Barreiras À Prática De Atividades Físicas : Prevalência E Barreiras À Prática De Atividades Físicas : **Medicine and Science in Sports and Exercise**, 2004.

REIS, A. C. et al. In search of a “vocabulary for recreation”: Leisure-time physical activity among humanitarian migrants in regional Australia. **PLoS ONE**, v. 15, n. 10 October, p. 1–20, 2020.

REZENDE, L. F. M. DE et al. Physical activity and preventable premature deaths from non-communicable diseases in Brazil. **Journal of public health (Oxford, England)**, v. 41, n. 3, p. e253–e260, 2019.

ROMBALDI, A. J. et al. PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À OCORRÊNCIA PREVALENCE AND FACTORS ASSOCIATED WITH INJURIES DURING LEISURE-TIME PHYSICAL. **Rev Bras Med Esporte**, v. 20, n. 3, p. 190–194, 2014.

ROSENTHAL, T. Immigration and Acculturation: Impact on Health and Well-being of Immigrants. **Curr Hipertens Rep**, v. 20, n. 8, p. 70, 2018.

SANTOS, M. C. S. et al. Association Between Chronic Pain and Leisure Time Physical Activity and Sedentary Behavior in Schoolteachers. **Behavioral Medicine**, v. 44, n. 4, p. 335–343, 2018.

SAUTER, A.; KIKHIA, S.; LOSS, J. Influences on the physical activity of Syrian migrants in Germany: results of a qualitative study. **Health Promotion International**, v. 132, 2021.

SCHMITZ, KATHRYN H; HOLTZMAN, J. et al. Controlled Physical Activity Trials in Cancer Survivors: A Systematic Review and Meta-analysis. **Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention**, v. 14, n. 7, 2005.

SECHRIST, KR; Walker SN; Pender NJ. Development and psychometric evaluation of the exercise benefits/barriers scale. **Res Nurs Health**. 1987 Dec;10(6):357-65. doi: 10.1002/nur.4770100603. PMID: 3423307.

SENA, D. A. DE et al. Análise da flexibilidade segmentar e prevalência de lesões no futebol segundo faixa etária. **Fioter Pesq**, v. 20, n. 4, p. 343–348, 2013.

SILVEIRA, C. et al. Condições de vida e acesso a serviços de saúde de imigrantes bolivianos no centro da cidade de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saude Publica**, v. 29, n. 10, p. 2017–2027, 2013.

SIMÃO, M. et al. Hipertensão Arterial Entre Universitários Da Cidade De Lubango , Angola Hypertension Among Undergraduate Students From Lubango, Angola. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 16, n. 4, 2008.

**Sistossomíase em japoneses imigrantes.pdf**. , [s.d.].

SMITH, L. G. et al. The association between social support and physical activity in older adults: A systematic review. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v. 14, n. 1, p. 1–21, 2017.

SOUSA, B. A. DE et al. Apoio social e atividade física de idosos: revisão sistemática de estudos observacionais. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 32, p. 1–11, 2019.

SOUZA, J. B. DE et al. Pandemia e imigração: famílias haitianas no enfrentamento da COVID-19 no Brasil. **Escola Anna Nery**, v. 24, n. spe, p. 1–9, 2020.

STEVENS, M.; CRUWYS, T.; MURRAY, K. Social support facilitates physical activity by reducing pain. p. 576–595, 2020.

SWEATT, S. K. et al. Physical Activity Patterns of Latina Immigrants Living in Alabama. **J Racial Ethn Health Disparities**, v. 2, n. 3, p. 365–372, 2015.

THANAWALA, M. S et al. Association of Social Networks and Physical Activity in South Asians: The Mediators of Atherosclerosis in South Asians Living in America Cohort Study. **Physiology & behavior**, v. 176, n. 12, p. 139–148, 2020.

TOVAR, A. et al. Immigrating to the US: What Brazilian, latin American and Haitian Women Have to Say About Chances to Their Lifestyle That May be Associated with Obesity. **J Immigr Minor Health**, v. 15, n. 2, p. 357–364, 2013.

UJCIC-VOORTMAN, J. K. et al. Obesity and Cardiovascular disease risk among Turkish and Moroccan migrant groups in Europe: a systematic review. **Obes Rev**, v. 13, n. 1, p. 2–16, 2012.

VELDHUIJZEN VAN ZANTEN, J. J. C. S. et al. Perceived Barriers, Facilitators and Benefits for Regular Physical Activity and Exercise in Patients with Rheumatoid Arthritis: A Review of the Literature. **Sports Medicine**, v. 45, n. 10, p. 1401–1412, 2015.

VITOR, N. et al. Activity and obesity of Colombian immigrants in Canada who use a

- food bank. **Percept Mot Skills**, v. 105, n. 2, p. 681–687, 2007.
- WARBURTON, D. E. R.; NICOL, C. W.; BREDIN, S. S. D. Health benefits of physical activity: The evidence. **Cmaj**, v. 174, n. 6, p. 801–809, 2006.
- WHEELER, D.; PÉLISSIER, R. **História de Angola**. 6ª ed. Lisboa: [s.n.].
- WHO. **WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour, Web Annex, Evidence Profiles**. [s.l.: s.n.].
- WHO, W. H. O. Global Recommendations on Physical Activity for Health. In: Geneva: [s.n.].
- WIELAND, M. L. et al. Perspectives on physical activity among immigrants and refugees to a small urban community in Minnesota. **J Immigr Minor Health**, v. 17, n. 1, p. 263–275, 2016.
- ZANINI, D. S.; PEIXOTO, E. M.; NAKANO, T. C. Escala de apoio social (MOS-SSS): proposta de normatização com referência nos itens. **Temas em Psicologia**, v. 26, n. 1, p. 387–399, 2018.
- ZAU, F. **Angola: Trilhos para o Desenvolvimento**. Lisboa-Portugal: [s.n.].
- ZEVALLOS-MORALES, A. et al. Association between migration and physical activity among medical students from a university located in Lima, Peru. **PLoS ONE**, v. 14, n. 2, p. 1–10, 2019.
- ZHANG, J.; WANG, Z. Factors associated with smoking in Asian American adults: A systematic review. **Nicotine and Tobacco Research**, v. 10, n. 5, p. 791–801, 2008.

## APÊNDICES

## **APÊNDICE A – Questionário do estudo adaptado pela plataforma Google Forms**

### **PROJETO DE PESQUISA**

TEMA: ASSOCIAÇÃO ENTRE O APOIO SOCIAL E ATIVIDADE FÍSICA EM IMIGRANTES ANGOLANOS NO BRASIL.

---

\*Obrigatório

### **TCLE**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado (a) Senhor (a)!

Gostaríamos de convidá-lo (a) para participar da pesquisa “ASSOCIAÇÃO ENTRE APOIO SOCIAL E ATIVIDADE FÍSICA EM IMIGRANTES ANGOLANOS NO BRASIL”, a ser realizado de forma online, no Brasil. O objetivo da nossa pesquisa é analisar a associação entre o apoio social e atividade física em angolanos morando no Brasil. Esta pesquisa poderá ser útil para o melhor conhecimento sobre os fatores que influenciam a prática de atividade física dos imigrantes, bem como pode fornecer informações importantes para ações futuras de promoção da atividade física.

O questionário consta de oitenta (82) perguntas relacionadas ao apoio social, atividade física e outras informações de caracterização e de saúde, que são pertinentes ao trabalho, o questionário possui alguns pulos, SIGNIFICA QUE VOCÊ NÃO VAI RESPONDER TODAS AS PERGUNTAS, e levará no máximo 10 MINUTOS NO TOTAL PARA RESPONDÊ-LAS.

Esta pesquisa não possui atividades ou avaliações que constituam algum risco emocional ou físico, podendo o participante estar livre de tais preocupações.

Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, você pode recusar-se a participar e desistir do estudo a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à pessoa. Esclarecemos, também, que a pesquisa é ANÔNIMA e suas informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa, e serão tratadas com absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar sua identidade.

Ressaltamos que você não pagará e não será remunerado por sua participação. Ao final do estudo comprometemo-nos a retornar com os resultados de todas as análises. Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos por favor entre em contato com Celma

Marília da Natividade Leão Chingulo (41) 9553-5254 (pesquisadora principal) ou Mathias Roberto Loch

(43) 9904-5680 e Maira Sayuri Sakay Bortolletto (43) 9901-6666, ou pode procurar pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao LABESC- Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone 3371-5455, e-mail: [cep268@uel.br](mailto:cep268@uel.br).

Mestranda. Celma Marília da Natividade Leão Chingulo

Prof. Dr. Mathias Roberto Loch

Prof.<sup>a</sup>. Dra. Maira Sayuri Sakay Bortolletto.

1. Declaro ter lido e compreendido o termo de consentimento livre, e esclarecido e desejo participar voluntariamente da pesquisa. \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim *Pular para a pergunta 2*

Não

Bloco

PARA COM EÇAR, algumas perguntas se referem aos seus dados pessoais, e aos seus estados de saúde de uma maneira geral.

A.

2. 1. Idade \*

---

3. 2. Sexo \*

*Marcar apenas uma oval.*

Feminino

Masculino

4. 3. Estado Civil \*

*Marcar apenas uma oval.*

Casado (a)

Solteiro (a)

Divorciado (a)/Separado (a)

Viúvo (a)

União Estável

5. 4. Com quem você mora? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sozinho (a)
- Com esposo (a)
- Com esposo (a) e um filho
- Com esposo (a) e dois filhos
- Com esposo (a) e três filhos ou mais
- Com amigos
- Outro:

6. 5. Escolaridade \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Ensino Primário Incompleto
- Ensino Primário Completo
- Ensino Médio Incompleto
- Ensino Médio Completo
- Ensino Superior Incompleto
- Ensino Superior Completo
- Pós-Graduação
- Mestrado/Doutorado

7. 6. Moradia anterior. Província / Município Angola \*

---

8. 7. Qual é a sua língua materna? \*

---

9. 8. Moradia atual. Estado/Município Brasil \*



---

10. 9. Há quanto tempo você mora no Brasil? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Menos de 1 ano
- Entre 1 e 2 anos
- Entre 3 e 4 anos
- Entre 4 e 5 anos
- Mais de 5 anos

11. 10. Qual é a sua situação atual? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Trabalhador autônomo *Pular para a pergunta 12*
- Bolsa de estudos *Pular para a pergunta 13*
- Trabalho com carteira assinada *Pular para a pergunta 12* Trabalho
- sem carteira assinada *Pular para a pergunta 12*
- Desempregado *Pular para a pergunta 13*
- Outro: \_\_\_\_\_

12. 11. Com relação ao esforço físico, como você classificaria seu trabalho: \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Muito leve
- Leve
- Moderado
- Intenso
- Muito intenso

13. 12. Você MANDA DINHEIRO para seus familiares em Angola? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

14. 13. Você RECEBE DINHEIRO de seus familiares de Angola? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

15. 14. Assinale o (s) principal (s) motivos que o levaram a sair de Angola. \*

*Marcar apenas uma oval.*

Apenas estudo

Estudo e trabalho

Apenas trabalho

Outro:

\_\_\_\_\_

16. 15. Em uma perspectiva futura (considerando mais ou menos cinco anos), você espera: \*

*Marcar apenas uma oval.*

Continuar vivendo no Brasil

Voltar para Angola

Ir para um outro país (não Angola)

Não sei responder

Outro: \_\_\_\_\_

17. 16. Você já utilizou algum serviço da atenção primária de saúde, no Brasil (posto de saúde, unidade básica ou centro de saúde)? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim *Pular para a pergunta 18*  
 Não *Pular para a pergunta 19*

Se respondeu sim,

18. 17. Como o (a) senhor (a) avalia o último atendimento que teve na atenção primária de saúde? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Muito Bom  
 Bom  
 Regular  
 Ruim  
 Muito Ruim

19. 18. O senhor (a) possui plano de saúde? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim  
 Não  
 Não sabe/lembra

20. 20. Como classifica seu próprio estado de saúde? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Muito bom

Bom

Regular Ruim

Muito Ruim

21. 21. Como você considera sua saúde, comparando o antes e depois da migração? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Muito melhor atualmente

Um pouco melhor atualmente

Não teve diferença

Muito pior

Um pouco pior

22. 22. Qual é o seu peso atual? \*

---

23. 23. Qual é a sua altura? \*

---

24. 24. Atualmente o (a) Sr (a) fuma? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim, diariamente

Sim, mas não diariamente

Não

25. 25. SÓ RESPONDA SE FOR HOMEM. Nos últimos 30 dias, o Sr. chegou a consumir cinco ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? (Cinco doses de bebida alcoólica seriam cinco latas de cerveja, cinco taças de vinho ou cinco doses de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada)

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

26. 26. SÓ RESPONDA SE FOR MULHER. Nos últimos 30 dias, a Sra. chegou a consumir quatro ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? (Quatro doses de bebida alcoólica seriam quatro latas de cerveja, quatro taças de vinho ou quatro doses de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada) (só para mulheres).

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim  
 Não

27. 27. Em quantos dias da semana o (a) Sr (a) costuma comer frutas? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Quase nunca  
 Nunca  
 1 a 2 dias  
 3 a 4 dias  
 5 a 6 dias  
 Todos os dias

28. 28. Em quantos dias da semana o (a) Sr (a) costuma comer pelo menos um tipo de verdura ou legume (alface, tomate, couve, chuchu, berinjela, abobrinha), sem contar batata, mandioca ou inhame. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Quase nunca  
 Nunca  
 1 a 2 dias  
 3 a 4 dias  
 5 a 6 dias  
 Todos os dias

29. 29. Em quantos dias da semana costuma o (a) Sr (a) consome alimentos ou produtos industrializados ( refrigerantes, suco artificial, bebida achocolatada, biscoito ou bolacha doce, salgadinho de pacote, salsicha, linguiça, mortadela, presunto, maionese, ketchup ou mostarda, cachorro-quente, hambúrguer) \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Quase nunca
- Nunca
- 1 a 2 dias
- 3 a 4 dias
- 5 a 6 dias
- Todos os dias

30. 30. Durante o último mês, como você classificaria a qualidade de seu sono de uma maneira geral? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Muito boa
- Boa
- Ruim
- Muito Ruim

31. 31. O senhor (a) já foi diagnosticado por algum médico ou outro profissional de saúde (enfermeiro, farmacêutico, outros) sobre alguma doença? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim *Pular para a pergunta 32*
- Não *Pular para a pergunta 33*

Se respondeu Sim,

32. 32. Quais doenças abaixo você já foi informado por um médico ou outro profissional de saúde (enfermeiro, farmacêutico, outros) que tem ou teve? \*

*Marque todas que se aplicam.*

- Hipertensão Arterial/ Pressão Alta
- Diabetes Mellitus/Açúcar no sangue
- Colesterol elevado

- Angina
- Insuficiência Cardíaca Congestiva
- Infarto Agudo do Miocárdio
- Doença cerebrovascular
- Insuficiência Renal Crônica
- Doença Pulmonar
- Fratura de quadril
- Artrite/Artrose/Reumatismo
- Problema na coluna
- Algum tipo de Neoplasia/Câncer
- Depressão
- Seus pais ou irmãos tiveram algum episódio de Infarto Agudo do Miocárdio antes dos 60 anos?
- Outras
- 
- 
- 
- 

**BLOC OB.**  
**Atividade**  
**Física**

AGORA PENSE SOMENTE EM RELAÇÃO A CAMINHAR OU PEDALAR PARA IR DE UM LUGAR A OUTRO EM UMA SEMANA NORMAL.

33. 1. Em quantos dias de uma semana normal você caminha ou anda de bicicleta por pelo menos 10 minutos contínuos para ir de um lugar a outro? (não inclua o pedalar por lazer ou exercício) \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Zero *Pular para a pergunta 35*
- Um dia por semana *Pular para a pergunta 34*
- Dois dias por semana *Pular para a pergunta 34*
- Três dias por semana *Pular para a pergunta 34*
- Quatro dias por semana *Pular para a pergunta 34*
- Cinco dias por semana *Pular para a pergunta 34*
- Seis  dias por semana *Pular para a pergunta 34*
- Sete dias por semana *Pular para a pergunta 34*

Se respondeu entre 1 à 7 dias,

34. 2. Nos dias em que você caminha ou pedala, quanto tempo (horas, minutos) no total, você caminha ou pedala POR DIA, para ir de um lugar para outro? \*



Para responder algumas questões desta seção, lembre-se que:

ATIVIDADES FÍSICAS VIGOROSAS são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar muito mais FORTE que o normal.

ATIVIDADES FÍSICAS MODERADAS são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar UM POUCO MAIS FORTE que o normal.

35. 3. Sem contar qualquer caminhada que você tenha citado anteriormente, em quantos dias de uma semana normal, você caminha por pelo menos 10 minutos contínuos no seu TEMPO LIVRE? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Zero *Pular para a pergunta 37*
- Um dia por semana *Pular para a pergunta 36*
- Dois dias por semana *Pular para a pergunta 36*
- Três dias por semana *Pular para a pergunta 36*
- Quatro dias por semana *Pular para a pergunta 36*
- Cinco dias por semana *Pular para a pergunta 36*
- Seis dias por semana *Pular para a pergunta 36*
- Sete dias por semana *Pular para a pergunta 36*

Se respondeu entre 1 a 7 dias,

36. 4. Nos dias em que você caminha no seu TEMPO LIVRE, quanto tempo (horas, minutos) no total você gasta POR DIA? \*

37. 5. Em quantos dias de uma semana normal, você faz ATIVIDADES VIGOROSAS (.....) no seu TEMPO LIVRE por pelo menos 10 minutos, como correr, fazer aeróbicos, nadar rápido, pedalar rápido ou fazer jogging: \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Zero *Pular para a pergunta 39*
- Um dia por semana *Pular para a pergunta 38*
- Dois dias por semana *Pular para a pergunta 38*
- Três dias por semana *Pular para a pergunta 38*
- Quatro dias por semana *Pular para a pergunta 38*
- Cinco dias por semana *Pular para a pergunta 38*
- Seis dias por semana *Pular para a pergunta 38*
- Sete dias por semana *Pular para a pergunta 38*

Se respondeu entre 1 à 7 dias,

38. 6. Nos dias em que você faz estas atividades vigorosas no seu TEMPO LIVRE quanto tempo (horas, minutos) no total você gasta POR DIA? \*

---

39. 7. Em quantos dias de uma semana normal, você faz atividades moderadas no seu TEMPO LIVRE por pelo menos 10 minutos, como pedalar ou nadar a velocidade regular, jogar bola, vôlei, basquete, tênis : \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Zero *Pular para a pergunta 41*
- Um dia por semana *Pular para a pergunta 40*
- Dois dias por semana *Pular para a pergunta 40*
- Quatro dias por semana *Pular para a pergunta 40*
- Cinco dias por semana *Pular para a pergunta 40*
- Seis dias por semana *Pular para a pergunta 40*
- Sete dias por semana *Pular para a pergunta 40*

Se respondeu entre 1 a 7 dias

40. 8. Nos dias em que você faz estas atividades moderadas no seu TEMPO LIVRE quanto tempo (horas, minutos) no total você gasta POR DIA? \*

---

Barreiras para a prática de atividade física.

41. 9. O (a) senhor (a) se sente velho (a) demais para fazer atividade física? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não

42. 10. O (a) senhor (a) possui alguma lesão ou doença que atrapalhe na hora de fazer atividade física? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

43. 11. O (a) senhor (a) gosta de praticar atividades físicas? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

44. 12. O (a) senhor sente preguiça ou cansaço para fazer atividades físicas? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

45. 13. A falta de dinheiro atrapalha o (a) Sr (a) à realização de atividades físicas? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

46. 14. O (a) senhor (a) tem medo de se machucar fazendo atividades físicas? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

47. 15. A falta de companhia é um fator que dificulta que o (a) Sr (a) faça atividades físicas? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

48. 16. O (a) Sr (a) tem tempo livre para fazer atividades físicas? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

49. 17. Perto da sua casa existe algum local público para a prática de Atividade Física? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

50. 18. Em relação à prática de atividade física NO LAZER, comparando o antes e depois da migração, você diria que agora é: \*

*Marcar apenas uma oval.*

Muito mais ativo no LAZER do que antes

Um pouco mais ativo no LAZER do que antes

Não teve diferença

Menos ativo no LAZER do que antes

Um pouco menos ativo no LAZER do que antes

BlocoC.  
Apoio  
Social

AS PRÓXIMAS PERGUNTAS SÃO SOBRE SITUAÇÕES EM QUE AS PESSOAS PROCURAM POR OUTRAS EM BUSCA DE COMANHIA, AJUDA OU APOIO.

Se precisar... Com que frequência conta com alguém

51. 1. que o ajude, SE FICAR DE CAMA? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Quase sempre
- Sempre

52. 2. Se precisar... Com que frequência conta com alguém para LEVÁ-LO AO MÉDICO? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Quase sempre
- Sempre

53. 3. Se precisar... Com que frequência conta com alguém para ajudá-lo nas tarefas diárias, SE FICAR DOENTE? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Raramente
- As vezes
- Quase Sempre
- Sempre

54. 4. para preparar suas refeições, SE VOCÊ NÃO PUDER PREPARÁ-LAS \*

*Marcar apenas uma oval.*

Se precisar... Com que frequência conta com alguém

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Quase Sempre
- Sempre

55. 5. Se precisar... Com que frequência conta com alguém que DEMONSTRE AMOR E atividade física ETO POR VOCÊ?

\*

*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Quase sempre
- Sempre

56. 6. Se precisar... Com que frequência conta com alguém que LHE DÊ UM ABRAÇO? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Quase sempre
- Sempre

57. 7. que você ame e que FAÇA VOCÊ SE SENTIR QUERIDO? \*

Se precisar... Com que frequência conta com alguém

*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Quase sempre
- Sempre

58. 8. Se precisar... Com que frequência conta com alguém para ouvi-lo, QUANDO VOCÊ PRECISAR FALAR? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Quase sempre
- Sempre

59. 9. Se precisar...Com que frequência conta com alguém em QUEM CONFIAR OU PARA FALAR DE VOCÊ OU SOBRE SEUS PROBLEMAS? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Quase sempre
- Sempre

Se precisar... Com que frequência conta com alguém

60. 10. para COMPARTILHAR SUAS  
PREOCUPAÇÕES E MEDOS MAIS ÍNTIMOS? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Quase sempre
- Sempre

61. 11. Se precisar...Com que frequência conta com alguém que COMPREENDA SEUS  
PROBLEMAS? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Quase sempre
- Sempre

62. 12. Se precisar...Com que frequência conta com alguém para DAR BONS CONSELHOS EM  
SITUAÇÕES DE CRISE? \*

*Marcar apenas uma oval.*



Se precisar... Com que frequência conta com alguém

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Quase sempre
- Sempre

63. 13. para DAR INFORMAÇÃO QUE O AJUDE A COMPREENDER UMA DETERMINADA SITUAÇÃO? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Quase sempre
- Sempre

64. 14. Se precisar...Com que frequência conta com alguém de QUEM VOCÊ REALMENTE QUER CONSELHOS? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Quase Sempre
- Sempre

65. 15. Se precisar...Com que frequência conta com alguém para DAR SUGESTÕES DE COMO LIDAR COM UM PROBLEMA PESSOAL? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Se precisar... Com que frequência conta com alguém

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Quase sempre
- Sempre

66. 16. com quem FAZER COISAS AGRADÁVEIS? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Quase sempre
- Sempre

67. 17. Se precisar... Com que frequência conta com alguém com quem DISTRAIR A CABEÇA? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Quase sempre
- Sempre

68. 18. Se precisar... Com que frequência conta com alguém com quem RELAXAR? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Se precisar... Com que frequência conta com alguém

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Quase sempre
- Sempre

69. 19. para se DIVERTIR JUNTO? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Quase sempre
- Sempre

70. 20. Em relação ao apoio social, Considerando os últimos 12 meses, você considera que sua rede de amigos ou pessoas que lhe ajudam está: \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Muito melhor atualmente
- Um pouco melhor atualmente
- Não teve diferença
- Muito pior atualmente
- Um pouco pior

BlocoD. Segurança  
Alimentar

AS PRÓXIMAS PERGUNTAS SÃO SOBRE SUA ALIMENTAÇÃO E DAS PESSOAS  
COM QUEM VOCÊ VIVE.

71. 1. Nos últimos três meses, os moradores do seu domicílio tiveram preocupação de que os alimentos acabassem antes de poderem comprar ou receber mais comida? \*

Se precisar... Com que frequência conta com alguém

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

72. 2. Nos últimos três meses, os alimentos acabaram antes que os moradores do seu domicílio tivessem dinheiro para comprar mais comida? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

73. 3. Nos últimos três meses, os moradores do seu domicílio ficaram sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e variada? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

74. 4. Nos últimos três meses, os moradores do seu domicílio comeram apenas alguns alimentos que ainda tinham porque o dinheiro acabou? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

75. 5. Nos últimos três meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade, deixou de fazer uma refeição porque não havia dinheiro para comprar comida? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

76. 6. Nos últimos três meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade, alguma vez comeu menos do que devia porque não havia dinheiro para comprar comida? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

77. 7. Nos últimos três meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade, alguma vez sentiu fome, mas não comeu, porque não havia dinheiro para comprar comida? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

78. 8. Nos últimos três meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade, alguma vez, fez apenas uma refeição ao dia ou ficou um dia inteiro sem comer porque não havia dinheiro para comprar comida? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

79. 9. Nos últimos três meses, algum morador de 18 anos ou menor de idade, alguma vez deixou de ter uma alimentação saudável e variada porque não havia dinheiro para comprar comida? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

80. 10. Nos \_\_\_\_\_ algum morador com menos de 18 anos de idade, alguma vez, não comeu quantidade suficiente de comida porque não havia dinheiro para comprar comida? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

81. 11. Nos últimos três meses, alguma vez, foi diminuída a quantidade de alimentos das refeições de algum morador com menos de 18 anos de idade, porque não havia dinheiro para comprar comida? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

82. 12. Nos últimos três meses, algum morador com menos de 18 anos de idade, deixou de fazer alguma refeição, porque não havia dinheiro para comprar comida? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

83. 13. Nos últimos três meses, algum morador com menos de 18 anos de idade, sentiu fome, mas não comeu porque não havia dinheiro para comprar comida? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

84. 14. Nos últimos três meses, algum morador com menos de 18 anos de idade, alguma vez, fez apenas uma refeição ao dia ou ficou sem comer por um dia inteiro, porque não havia dinheiro para comprar comida? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim  
 Não

85. O (a) Sr gostaria de receber de forma particular, os resultados dessa pesquisa? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim  
 Não

86. Você gostaria de participar de uma pesquisa futura sobre este mesmo tema? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim  
 Não

87. Se respondeu sim em alguma pergunta anterior, forneça-nos a forma preferencial de contato, e-mail ou telefone.
-



OBRIGADA PELA SUA PARTICIPAÇÃO



---

Google Formulários

## **ANEXOS**

## **ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

Prezado (a) Senhor (a)!

Gostaríamos de convidá-lo (a) para participar da pesquisa “ASSOCIAÇÃO ENTRE APOIO SOCIAL E ATIVIDADE FÍSICA EM IMIGRANTES ANGOLANOS NO BRASIL”, a ser realizado de forma online, no Brasil. O objetivo da nossa pesquisa é analisar a associação entre o apoio social e atividade física em angolanos morando no Brasil. Esta pesquisa poderá ser útil para o melhor conhecimento sobre os fatores que influenciam a prática de atividade física dos imigrantes, bem como pode fornecer informações importantes para ações futuras de promoção da atividade física.

O questionário consta de quarenta e oito (48) perguntas, sobre questões relacionadas ao apoio social, atividade física e outras informações de caracterização e de saúde, que são pertinentes ao trabalho.

À participação da pesquisa acarreta a possibilidade de ocorrência de algum risco como:

- Desconforto emocional ou psicológico ao responder o questionário.

Caso haja algum problema desta dimensão causado pela pesquisa, os autores se comprometem a dar toda a assistência necessária, inclusive psicológica, se for o caso.

Esclarecemos que a sua participação é totalmente voluntária, você pode recusar-se a participar e desistir do estudo a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à pessoa. Esclarecemos, também, que suas informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar sua identidade. Ressaltamos que você não pagará e não será remunerado por sua participação. Ao final do estudo comprometemo-nos a retornar com os resultados de todas as análises.

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos por favor entre em contato com Celma Marília da N. L. Chingulo (41) 9553-5254 (pesquisadora principal) ou Mathias Loch (43)9904-5680 e Maira Sayuri Sakay Bortolletto (43) 9901-6666, ou pode procurar pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da

Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao LABESC- Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone 3371-5455, e-mail: cep268@uel.br.

Mestranda. Celma Marília da N. L. Chingulo

Prof. Dr. Mathias Loch

Prof.<sup>a</sup>. Dra. Maira Sayuri Sakay Bortolletto.

Declaro ter lido e compreendido o termo de consentimento livre e esclarecido e desejo participar voluntariamente da pesquisa.

—Sim

—Não

## ANEXO B– Comparecer Consubstanciado do CEP

### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Associação entre o apoio social e atividade física entre imigrantes angolanos no Brasil.

**Pesquisador:** Celma Marília da  
Natividade Leão

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 43128621.0.0000.5231

**Instituição Proponente:** CCS - Programa de Mestrado em Saúde Coletiva

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.599.618

#### **Apresentação do Projeto:**

Introdução: A atividade física é um fator importante de prevenção e promoção de saúde, sua prática regular contempla quatro domínios, de lazer, domésticas, de transporte e de trabalho. Além de contribuir para a prevenção e controle de DCNTs como câncer, diabetes, hipertensão arterial sistêmica, obesidade etc., a atividade física está associada à redução de morte prematura, reverberando de forma significativa sobre a mortalidade geral. Compreende-se que a atividade física é influenciada por vários fatores, e dentre eles, o apoio social destaca-se como uma ferramenta importante que interfere na reprodução de saúde dos indivíduos. Em imigrantes, a atividade física tornou-se alvo de pesquisas internacionais sob a perspectiva do índice elevado de DCNTs, e suscitam questionamentos sobre quais fatores estariam associados à inatividade física nestas populações específicas, com uma notada escassez de estudos deste âmbito dentro do contexto brasileiro. Objetivo: o presente trabalho tem como objetivo analisar a associação entre o apoio social e a atividade física no tempo livre em imigrantes angolanos que vivem no Brasil. Método: trata-se de um estudo do tipo transversal. A coleta de dados será feita por um

questionário adaptado pela plataforma do Google Forms, com os instrumentos validados para avaliação da atividade física e do apoio social. O questionário terá um tempo médio de resposta de no máximo 15 minutos e para a sua aplicação, serão utilizados os contatos telefônicos e/ou redes sociais para todos àqueles que aderem a um grupo nestas plataformas, ou via e-mail para os que não aderirem aos grupos. A variável dependente do estudo será a mensuração, será aplicado o mesmo instrumento do Sistema de Vigilância por Inquérito Telefônico(VIGITEL, 2018), utilizado para avaliar a atividade física em adultos maiores de 18 anos, visa estimar número de indivíduos que praticam pelo menos 150 minutos semanais de atividade física de intensidade moderada ou pelo menos 75 minutos semanais de atividade física de intensidade vigorosa/número de indivíduos entrevistados. Atividade com duração inferior a 10 minutos não é considerada para efeito do cálculo da soma diária de minutos despendidos pelo indivíduo com exercícios físicos. A variável independente do estudo será o apoio social percebido e/ou recebido da família e amigos. Para a sua mensuração, será aplicada a Escala de Apoio Social MOS-SSS. Os dados serão analisados pelo programa SPSS versão 19.0 a partir de elementos da estatística descritiva, e para as medidas de associação teste do qui-quadrado e razão de prevalência bruta e ajustada. Resultados esperados: com esta pesquisa espera-se obter um melhor conhecimento sobre os fatores que influenciam a prática de atividade física dos imigrantes angolanos no Brasil, bem como fornecer informações importantes para futuras ações de promoção de atividade física desta população, além de auxiliar no preenchimento de uma lacuna na literatura, uma vez que, como mencionado, há escassez de estudos no Brasil sobre esta temática.

### **Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Analisar a associação entre o apoio social e a atividade física no tempo livre em imigrantes angolanos que vivem no Brasil.

Objetivo Secundário

Caracterizar o perfil sociodemográfico dos imigrantes angolanos que moram no Brasil;

Identificar a prevalência dos níveis de atividade física entre imigrantes angolanos;

Analisar os fatores associados à prática de atividade física no tempo livre dos imigrantes angolanos no Brasil.

### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

À participação da pesquisa acarreta a possibilidade de ocorrência de algum risco como:

- Desconforto emocional ou psicológico ao responder o questionário.

Caso haja algum problema desta dimensão causado pela pesquisa, os autores se comprometem a dar toda a assistência necessária, inclusive psicológica, se for o caso.

Benefícios: Esta pesquisa poderá ser útil para melhor conhecimento sobre os fatores que influenciam a prática de atividade física dos imigrantes angolanos no Brasil, bem como pode fornecer informações importantes para futuras ações de promoção de atividade física desta população, além de auxiliar no preenchimento de uma lacuna na literatura, uma vez que há escassez de estudos no Brasil sobre esta temática.

### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa é relevante para a obtenção de informações que poderão auxiliar na compreensão do assunto proposto. O projeto apresenta relevância social e científica devidamente justificados, os materiais e métodos empregados são pertinentes aos objetivos da pesquisa.

### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

QUANTO À FOLHA DE ROSTO:

- A folha de rosto contém a assinatura do pesquisador responsável;

- Contém a assinatura do responsável pela instituição onde se realizará a pesquisa - Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva.

#### QUANTO AO TCLE:

- O TCLE está construído de acordo com as resoluções vigentes.
- A redação está em forma de convite com linguagem clara e acessível apropriada aos participantes;- Apresenta o título, nome do responsável pela pesquisa, local de realização da pesquisa objetivos, detalhamento dos procedimentos e métodos a serem utilizados, benefícios da pesquisa;
- Está garantida a plena liberdade ao participante da pesquisa, de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem que isso acarrete qualquer ônus ou prejuízo ao participante;
- Está garantida a manutenção do sigilo e da confidencialidade dos voluntários preservando a sua identidade durante toda a pesquisa;
- Foi garantido ao voluntário o direito ao ressarcimento das possíveis despesas decorrentes da pesquisa;- Consta no TCLE informações referentes ao e-mail, telefone pessoal e endereço do responsável pela pesquisa, bem como informações do e-mail, telefone e endereço do CEP-UEL;
- Garantia que TCLE será em duas vias, sendo uma entregue ao participante e a outra que ficará com pesquisador.

#### QUANTO AO CRONOGRAMA:

- Está adequadamente descrito, indicando cada fase do estudo;- A coleta de dados está prevista para o período de 01/06 a 31/07/2021.
- Indica que a coleta de dados terá início apenas após aprovação do CEP.

#### QUANTO AO ORÇAMENTO:

- A pesquisa apresenta o orçamento detalhado com financiamento próprio no valor de R\$ 150,00;- Há coerência entre o método e o orçamento apresentados.



**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Prezado(a) Pesquisador(a),

Este é seu parecer final de aprovação, vinculado ao Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina. É sua responsabilidade apresentá-lo aos órgãos e/ou instituições pertinentes.

Ressaltamos, para início da pesquisa, as seguintes atribuições do pesquisador, conforme Resolução CNS 466/2012 e 510/2016:

A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais, cabendo-lhe:

- conduzir o processo de Consentimento e de Assentimento Livre e Esclarecido;
  - apresentar dados solicitados pelo sistema CEP/CONEP a qualquer momento;
  - desenvolver o projeto conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção;
  - elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;
  - manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa;
  - encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores e pessoal técnico integrante do projeto;
- 
- justificar fundamentadamente, perante o sistema CEP/CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Coordenação CEP/UEL.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1701543.pdf	24/02/2021 19:33:48		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto000.pdf	24/02/2021 19:32:39	Celma Marília da Natividade e Leão	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEE.pdf	24/02/2021 19:31:33	Celma Marília da Natividade e Leão	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	12/02/2021 08:23:41	Celma Marília da Natividade e Leão	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

LONDRINA, 18 de Março de 2021

---

**Assinado por:  
Adriana Lourenço Soares Russo  
(Coordenador(a))**