

As questões da diversidade cultural e das migrações estão no centro das preocupações da maioria dos Estados e são da maior actualidade no contexto do mundo globalizado.

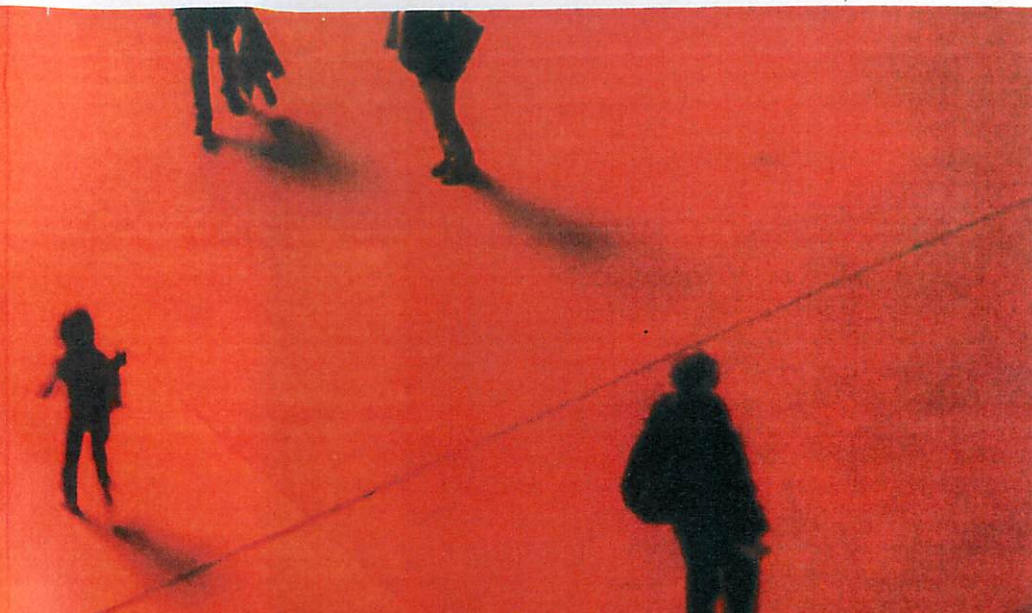
Os fluxos migratórios são hoje mais numerosos, mais rápidos, mais diversificados e complexos que no passado, o que faz com que no mundo actual 200 milhões de homens e mulheres vivam fora dos seus países de origem.

O fenómeno migratório constitui uma realidade política e jurídica ao nível mundial e um importante factor de mudança no contexto nacional, internacional, individual, grupal e relacional. Esta problemática de características globais e multidisciplinares, vem colocar enormes desafios à sociedade, ao Estado, às políticas sociais, educativas, sanitárias e de cidadania e ao diálogo intercultural.

A obra destaca alguns destes desafios que se colocam hoje às sociedades multiculturais e às relações interculturais, oferecendo para análise e discussão um conjunto de textos de diferentes autores com reflexões teóricas, práticas e de pesquisa relativas às questões da saúde e da comunicação em contexto migratório e multi/intercultural e aos principais problemas que se evidenciam neste âmbito.

Espera-se que a leitura desta obra contribua para o desenvolvimento da pesquisa e da formação na área da saúde, cultura e migração, para a promoção de cuidados de saúde culturalmente competentes e adaptados às características e necessidades dos indivíduos e das populações, assim como, para uma maior consciencialização dos cidadãos, profissionais e decisores políticos sobre os direitos, igualdade de oportunidades e exercício de cidadania de todos, em particular, das minorias.

ISBN 978-85-7745-205-0



saúde, migração e interculturalidade

perspectivas teóricas e práticas

Natália Ramos
organizadora



Professora na Faculdade de Economia da Universidade do Porto. Doutorada em Ciência Económica – Economia dos Recursos Humanos pela Universidade de Paris I – Sorbonne. Investigadora no Centro de Estudos das Migrações e das Relações Interculturais, da Universidade Aberta de Lisboa. Colaboradora no Centro de Estudos Africanos da Universidade do Porto (CEAUP). Membro do Conselho Científico do Centro de Estudos Multidisciplinares em Cultura, da Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, Brasil. Tem coordenado e realizado projectos internacionais nos domínios das Migrações, Emprego, Educação, Cidadania e Integração Europeia. As áreas de pesquisa a que se tem dedicado incluem a Economia dos Recursos Humanos, Migrações Internacionais, Políticas Sociais, Economia e Sociedade Portuguesa e Integração Europeia.

E-mail: cramos@fep.up.pt

Natália Ramos

Psicóloga; Doutorada em Psicologia pela Universidade René Descartes, Sorbonne, Paris V; Professora Associada da Universidade Aberta, Lisboa; Investigadora do Centro de Estudos das Migrações e das Relações Interculturais (CEMRI); Responsável pela linha de Pesquisa "Saúde, Cultura e Desenvolvimento" do CEMRI; Directora do Mestrado em Comunicação em Saúde da Universidade Aberta; Membro do Conselho Científico do Centro de Estudos Multidisciplinares em Cultura, da Universidade Federal da Bahia, Salvador.

E-mail: natalia@univ-ab.pt.

Maria da Penha de Lima Coutinho.

Professora Associada da Universidade Federal da Paraíba, vinculada ao Departamento de Psicologia, ministrando disciplinas nos cursos de Graduação e Pós-graduação-mestrado/doutorado. Doutora em Psicologia Clínica pela Universidade de São Paulo, com Pós-doutorado pela Universidade Aberta de Lisboa, Pt. Coordenadora do Programa de Pós-Graduação-Mestrado em Psicologia Social, UFPB; Coordenadora do Núcleo de Pesquisa: Aspectos Psicossociais de Prevenção e Saúde Coletiva, UFPB. Bolsista de Produtividade do CNPq.

E-mail: penhalcoutinho@yahoo.com.br.

Ieda Franken

Graduada em Psicologia pela Universidade do

NATÁLIA RAMOS
Organização

SAÚDE, MIGRAÇÃO E INTERCULTURALIDADE

PERSPECTIVAS TEÓRICAS E PRÁTICAS

Editora Universitária da UFPB
João Pessoa
2008



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

reitor
RÔMULO SOARES POLARI
vice-reitora
MARIA YARA CAMPOS MATOS



EDITORA UNIVERSITÁRIA

diretor
JOSÉ LUIZ DA SILVA
vice-diretor
JOSÉ AUGUSTO DOS SANTOS FILHO
supervisor de editoração
ALMIR CORREIA DE VASCONCELLOS JUNIOR

S255 Saúde, Migração e Interculturalidade: perspectivas teóricas e práticas / Natália Ramos (Org.) – João Pessoa : Editora Universitária / UFPB, 2008.

348p.

1. Migração 2. Relações sociais 3. Interculturalidade
I. Ramos, Natália – Org.

UFPB/BC

CDU : 325.1

Direitos desta edição reservados à:
EDITORA UNIVERSITÁRIA/UFPB
Caixa Postal 5081 - Cidade Universitária - João Pessoa - Paraíba - Brasil - CEP: 58.051-970
www.editora-ufpb.com.br
Impresso no Brasil Printed in Brazil

Foi feito depósito legal

SUMÁRIO

Apresentação.....	7
Capítulo 1 Impactos Demográficos e Sociais das Migrações Internacionais <i>Maria da Conceição Pereira Ramos</i>	11
Capítulo 2 Migração, Aculturação e Saúde <i>Natália Ramos</i>	45
Capítulo 3 Interculturalidade e Comunicação nos Cuidados de Saúde <i>Natália Ramos</i>	97
Capítulo 4 Depressão, Migração e Representações Sociais no Contexto Escolar de Portugal <i>Maria da Penha de Lima Coutinho</i> <i>Ieda Franken</i> <i>Natália Ramos</i>	133
Capítulo 5 Migração, Qualidade de Vida e Saúde Mental: um Estudo com Brasileiros Migrantes <i>Ieda Franken</i> <i>Maria da Penha de Lima Coutinho</i> <i>Natália Ramos</i>	177
Capítulo 6 Imigrantes Ucrânicos em Portugal e os Cuidados de Saúde <i>José Edmundo de Sousa</i>	213

Capítulo 7
Mulheres Timorenses em Portugal: Representações e Práticas Sobre Planeamento Familiar
Helena Isabel Borges Manuel 261

Capítulo 8
Gravidez em Contexto de Seropositividade num Grupo de Migrantes da Região de Lisboa
Lídia Correia Lopes 311

Capítulo 5

MIGRAÇÃO, QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE MENTAL: UM ESTUDO COM BRASILEIROS MIGRANTES

Ieda Franken
Maria da Penha de Lima Coutinho
Natália Ramos

Introdução

Desde os tempos mais antigos, o deslocamento das pessoas apresenta-se como um processo humano e natural, mas a partir do desenvolvimento das relações capitalistas de produção, os homens passaram a se deslocar de forma generalizada, atendendo aos anseios do capital, que utiliza como meios de atração, a venda de uma vida melhor, através dos signos da modernidade.

Deslocamento, neste trabalho, apresenta-se através das migrações internas e externas: estas são as que ocorrem de um país para outro, cruzando uma ou mais fronteiras; enquanto, aquelas são as que acontecem dentro dos limites do país, de uma região, de um estado ou de uma cidade para outra. As migrações externas compreendem a emigração - saída de pessoas de um país - e a imigração - entrada de pessoas em um país (RAMOS, 1993,2004; VESENTINI 2001).

O foco central deste capítulo refere-se ao fenômeno da migração internacional ou migrações externas, e suas implicações na qualidade de vida e saúde mental de imigrantes brasileiros residentes atualmente na cidade de Genebra/Suíça.

O imigrante internacional é definido como "*todo o indivíduo que deixa seu país para se estabelecer no estrangeiro, seja*

de forma permanente ou temporária com o objetivo de satisfazer necessidades consideradas essenciais" (VARLEZ, IN RAMOS, 2004, p.245).

O fenômeno da migração se multiplica, intensamente, estimulado pela globalização que conduz a crescente integração das economias e das sociedades dos vários países. Isso provoca, nos países em desenvolvimento, uma desorganização dos modos de vida tradicionais, pois a difusão de informações e a expansão dos mercados financeiros impulsionam as pessoas a migrarem, para países industrializados ou mais desenvolvidos economicamente, em busca de melhores condições de vida. Assim, a migração internacional passa a ser um dos desafios mais importantes para os sistemas políticos, econômicos e sociais, tornando-se um tema presente na agenda de muitos países e organismos internacionais, e de estudos científicos.

A migração internacional não é uma invenção do século XX ou da modernidade, mas sim parte da história da humanidade, embora tenha aumentado em volume e significância desde 1945 e, mais particularmente, desde os meados dos anos 80 (PATARRA, 2006).

Em 1989, a ONU estimava em 50 milhões o número de pessoas que viviam fora de suas fronteiras de origem. Em 1992, devido às contínuas guerras, à pobreza, à perseguição política ou aos desastres ecológicos fizeram essa cifra duplicar. Atualmente, segundo a *Organização Internacional para as Migrações* (OIM, 2005), aproximadamente 175 milhões de pessoas vivem hoje fora do seu país de origem, sendo migrantes legais ou ilegais e refugiados, caracterizando o crescimento do fenômeno migratório a um ritmo mais rápido do que o crescimento da população mundial.

O comportamento migratório, para Ramos (1999), é determinado por um conjunto complexo de fatores. A decisão migratória depende das condições sociais, econômicas e políticas do país de origem e do país de acolhimento, das motivações e aptidões individuais.

A população de regiões mais desfavorecidas enfrenta índices de subdesenvolvimento crônicos, os altos índices de desemprego, a pobreza, o baixo nível de renda *per capita*, o déficit na segurança pública, nos sistemas de saúde e ensino

são fatores que incentivam pessoas a migrarem para países desenvolvidos com sistema produtivo diversificado (SEABRA, 2003).

Estudos mostram que não há nas pessoas um desejo, absolutamente, imanente de emigrar, (BONEVA E FRIEZE 2001), a decisão de deixar seu país, abandonar sua casa, estabelece-se a partir de um plano idealizador onde a ação migratória surge como a única possibilidade através da qual poderá alcançar melhores condições financeiras.

Para Kanaane (1999), qualquer experiência vivenciada pelo indivíduo, no seu contexto, sócio-cultural, afetará os estados psicoafetivos, emocionais, e cognitivos dos mesmos, de forma significativa.

Os dados oficiais da *Organisation de Cooperation et de Developpement Économique-OCDE* (2005), mostram que a cada ano 2,5 a 4 milhões de migrantes atravessam as fronteiras internacionais sem autorização. Em 2000 pelo menos 5 milhões dos 56,1 milhões de migrantes, na Europa, estavam em situação irregular. Estima-se que 500.000 migrantes sem papéis chegam a Europa a cada ano.

Países como Suíça, Espanha, Portugal, França que possuem uma trajetória migratória intensa, nos confirmam o caráter sócio-histórico e estrutural da migração.

A Suíça do século XIX foi um país de migrantes, porém depois da segunda guerra mundial o saldo migratório tem sido constantemente positivo. A necessidade de mão-de-obra estrangeira para atender suas necessidades de desenvolvimento faz da Suíça um país de grande atração para os estrangeiros.

No final do século XX, com o estabelecimento da União Européia (EU), em 1992, os países que fazem parte desse aglomerado participam de um sistema financeiro e bancário comum, uma moeda única, o EURO e os cidadãos, dos países membros, são também cidadãos da União Européia e, portanto, podem circular e estabelecer residência livremente pelos países da União Européia. Isso intensificou os movimentos migratórios em todos os países da Europa. Em particular na Suíça, que não participa da EU, registra-se, no início deste novo milênio, um aumento da taxa de migrantes de diferentes nacionalidades de 14% em 1980 para 21% em 2003 (AMMANN, 2006).

E, segundo a Divisão Federal de Estatística - DFE, da Suíça, em 1985 residiam 1.254 brasileiros legalizados. Já em 2004, a colônia brasileira contou com 12.100 residentes permanentes legais, o que corresponde a uma taxa de incremento de 850%, em 19 anos (AMMANN, op.cit.). Isso indica que o Brasil, que foi um típico país de imigração, tornou-se, a partir de 1980, um exportador de mão-de-obra, ou seja, um país de emigração.

Esses dados podem ser empiricamente identificados em uma visita à cidade de Genebra/Suíça, onde se observa a presença marcante de brasileiros nos mais variados ambientes públicos: praças, bares, supermercados, meios de transportes, etc.

Ammann (2006), realizou um estudo com brasileiros migrantes legais na Suíça e concluiu que dos 12.100 brasileiros, um terço possui visto permanente e quase dois terços apenas visto anual renovável. Poucos são residentes não permanentes, com visto de menos de um ano de validade. Em torno de 350 brasileiros têm visto de diplomata trabalhando em embaixada, em consulados e em muitas organizações internacionais, estão incluídos, nesse número, os familiares dos diplomatas. Esta autora afirma ainda, que: 7%, desses brasileiros, encontram-se na faixa etária entre 15 e 19 anos, são estudantes de colégios-internato ou escolas técnicas; 60%, a grande maioria, são jovens entre 20 e 40 anos de idade, e sua permanência média na Suíça é curta, girando em torno de cinco anos; e apenas 1% tem mais de 64 anos de idade, sendo que metade regressa a seu país de origem, após a aposentadoria, em média sua permanência, na Suíça, é de 30 anos (AMMANN, 2006).

Investigações realizadas (RAMOS, 1993, 2004; HAMILTON, 2003; O'NEIL, 2003) em diferentes contextos migratórios, nomeadamente europeus e norte-americanos, destacam um complexo conjunto de fatores socioculturais, psicossociais e familiares, que afetam a saúde, o nível de estresse, e a qualidade de vida dos migrantes

Qualidade de vida

Historicamente, o conceito de qualidade de vida surgiu nos anos 60, quando, prevalecia uma corrente, essencialmente

economicista que analisava esse construto por meio do crescimento econômico das sociedades através da evolução do seu Produto Interno Bruto - PIB.

Porém, o PIB, enquanto um indicador de riqueza produzida, não contemplava diversos aspectos fundamentais que permitissem analisar o desenvolvimento de uma sociedade, mostrando que o aumento do PIB era incapaz de gerar mais e melhor qualidade de vida; pois, não conseguiu erradicar a ignorância, a violência e a pobreza; ao contrário, agravou a situação social e ambiental e consolidaram-se enormes disparidades sócio-espaciais em todos os aspectos (SANTOS E MARTINS, 2002).

Nas pesquisas sociais e de saúde, a partir da década de 70, a qualidade de vida vem sendo definida por fatores objetivos e subjetivos que contribuem para o bem estar e para o atendimento das necessidades humanas.

Embora encerre um conceito relativamente recente, a expressão *qualidade de vida* é, nos dias atuais, utilizada, frequentemente, na linguagem comum, no discurso teórico, e vem sendo tema central em todas as análises e políticas de planejamento e gestão.

O interesse pelo termo qualidade de vida decorre, em parte, dos novos paradigmas que têm influenciado, nas últimas décadas, as políticas e as práticas de diferentes setores da vida humana.

Apesar de qualidade de vida ser um dos mais discutidos termos, incorpora uma imprecisão conceitual, existindo certa dificuldade em chegar-se a um acordo quanto ao que realmente signifique qualidade de vida. Tal dificuldade parece estar relacionada não só aos diversos aportes epistemológicos, mas também ao fato de perceber-se que o significado deste conceito varia entre diferentes tempos, culturas, classes sociais e indivíduos.

Para a Organização Mundial de Saúde - OMS (OMS, 1984), a qualidade de vida é um conceito holístico que reúne um conjunto de recursos (sociais, individuais e físicos), necessários ao indivíduo para realização dos seus objetivos e aspirações e para a satisfação das suas necessidades aos diferentes níveis.

O grupo de estudos sobre qualidade de vida dessa mesma organização - OMS -, define-o como "*a percepção do indivíduo*

de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (WHOQOL, 1995.p.1403-9).

Nessa definição, incluem seis domínios principais: saúde física, psíquica, níveis de independência, relacionamento social, características ambientais e padrão espiritual. Apesar de não haver definição consensual, existe razoável concordância entre os pesquisadores acerca das características: subjetividade, multidimensionalidade e bipolaridade (WHOQOL, 1995).

Para Januzzi (2004, p.19), qualidade de vida é traduzida como "o nível de atendimento às necessidades materiais básicas de sobrevivência e reprodução social da comunidade".

Estudiosos (SETIÉN, 1993; NUSSBAU,1993; LOBO, 2002), analisam as sociedades nas quais as desigualdades e heterogeneidades são muito fortes e mostram que os padrões e as concepções de bem-estar são também estratificados: a idéia de qualidade de vida está relacionada ao bem estar das camadas superiores e à passagem de um limiar a outro.

Moreira (2001), aponta que qualidade de vida exige uma vinculação entre saúde, higiene e educação; e está relacionada aos cuidados com o corpo, evitando excessos e melhorando a convivência com o próximo.

Por isso a necessidade do entendimento adequado, do que é qualidade de vida, para a possibilidade de produção de conhecimento e de propostas; visando o alcance de políticas públicas que criem, recriem e desenvolvam o sentido de qualidade de vida como um direito do cidadão. Entender o termo qualidade de vida nos remete a Minayo et al (2000, p. 8), "*considerar como qualidade de vida boa ou excelente aquela que ofereça um mínimo de condições para que os indivíduos nela inseridos possam desenvolver o máximo de suas potencialidades, sejam estas: viver, sentir ou amar, trabalhar, produzindo bens e serviços, fazendo ciência ou artes*".

De acordo com os autores (KURTZ 1995 e HARDING 1980), as dimensões da qualidade de vida incluem a saúde física, mental, a integração social, a moradia, o tempo livre, o lazer, a educação, o meio ambiente, as relações interpessoais e o bem-estar geral.

Outras pesquisas apontam também para valores não materiais, como amor, liberdade, solidariedade, inserção social, realização pessoal e felicidade, como também a satisfação das necessidades mais elementares da vida humana: alimentação acesso à água potável, habitação, trabalho, educação, saúde e lazer; elementos materiais que têm como referências noções relativas de conforto, bem-estar e realização individual e coletiva.

Os pesquisadores (AURAY, 1995; WITIER, 1997) referem que qualidade de vida não é o reflexo direto das condições reais e objetivas da vida das pessoas, mas da avaliação que cada um faz a respeito destas condições, envolvendo assim elementos subjetivos e objetivos.

Nesse direcionamento, pode-se entendê-la como uma dimensão eminentemente humana relacionada ao grau de satisfação vivenciada pelo indivíduo nos diferentes segmentos: familiar, social e ambiental inserindo as normas culturais que normatizam o padrão de bem-estar e conforto de uma determinada comunidade.

Autores como Fayer, Pachol e Bonomi (2000), têm oferecido outras formas de conceituá-la e as investigações geram mais e mais definições. Nos últimos anos, parece muito mais útil o estudo de seu componente subjetivo, do que de sua natureza psicológica, avaliada pelo próprio indivíduo.

Moreno e Ximénez (1996), afirmam que o desenvolvimento inicial dos estudos sobre essa terminologia qualidade de vida teve seu lugar nas ciências médicas e depois para a Psicologia e a Sociologia. Para eles, houve um crescimento nesses estudos causado pela prevalência das enfermidades crônicas e o aumento da esperança de vida, o que faz da qualidade de vida um objetivo da atenção médica, quando não é possível aumentar a quantidade da mesma (sobrevida) importando mais a satisfação com a vida.

A crescente preocupação com a qualidade de vida/saúde da população humana tem sido objeto de investigações nos mais diferentes ramos da atuação humana (MINAYO, HARTZ, BUSS, 2000; JANNUZZI,2004). Sendo o ser humano bio-psico-social, o que ele pensa, sente e imagina, tem uma importância

muito maior do que se pressupunha, a respeito do prognóstico e evolução de qualquer enfermidade.

Neste sentido, as respostas emocionais, a capacidade de adaptação e a saúde mental são fatores somados aos tantos outros, subjetivos ou objetivos, que tangenciam a concepção e a percepção da manifestação, da qualidade de vida nos indivíduos.

Saúde mental

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), o conceito de saúde mental é "*o estado de bem-estar, no qual o indivíduo percebe as próprias habilidades, pode lidar com os estresses normais da vida e é capaz de trabalhar produtivamente e está apto a contribuir com sua comunidade*". É mais do que a ausência de doença mental (WHO, 2001).

Pensar a questão da saúde mental é, antes de tudo, pensar no homem e em sua condição de "ser" e "estar-no-mundo", na sua realidade concreta. Atualmente, uma das formas de examinar as alterações dessa condição, é através do diagnóstico dos transtornos da saúde mental (DSMIV e CID-10), que incluem a presença relativa de sintomas, o funcionamento não integrado e a duração dos sintomas. Esse tipo de definição, classificatória, é sem dúvida insuficiente já que exclui numerosas pessoas que sem ser diagnosticadas, sofrem um déficit em sua saúde mental.

Goldberg & Huxley (1992), criaram a expressão transtornos mentais comuns (TMC), para caracterizar esse déficit na saúde mental, através de sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas. Para eles, as crises vitais, as mudanças de vida, sejam voluntárias ou não, e os processos de adaptações desencadeiam, em alguns indivíduos e populações, sintomas comuns advindos dos variados níveis de sofrimento psíquico; propiciando o aparecimento dos transtornos mentais comuns e provocando uma diminuição de suas capacidades. Entre as mudanças de vida, encontram-se as migrações internacionais, isto é, pessoas que deixam seu país de nascimento, para viver em outro país nem sempre com culturas semelhantes. Nessa mu-

dança voluntária ou involuntária o processo de aculturação, é uma etapa que potencializa o sofrimento psíquico.

Portanto, os estudos voltados para o conhecimento da saúde mental e sofrimento psíquico, de pessoas que vivenciam o processo de migração internacional, tornam-se relevantes e necessários.

Um levantamento da literatura relativa às conseqüências econômicas e sociais do desenvolvimento capitalista, incluindo a urbanização e os movimentos migratórios como fatores que contribuem para o aumento de patologias mentais - tais como estresse, alcoolismo, drogadição e doenças mentais (ALMEIDA FILHO, 2000).

Apesar das diferentes conclusões a que chegam os estudos revisados, (GOLDBERG & HUXLEY, 1992; ALMEIDA FILHO, 2000; RAMOS, 1993, 2004), observa-se que existe um consenso em se considerar a migração como um fator importante na produção de sofrimento psíquico e no comprometimento da saúde mental.

A epidemiologia dos transtornos mentais vem se ocupando de forma crescente, nos últimos 25 anos, dos chamados eventos de vida produtores de estresse (COOKE, 1987; CREED, 1993). Trata-se de eventos que ocorrem regularmente em populações vivendo situações comuns, muitos delas associadas a ritos de passagem como casamento, divórcio, início de um novo emprego, perda do emprego e adoecimento e migrações. Desse modo, a mudança por si só seria produtora de estresse.

Em meados da década de 70, uma outra teoria, ligada ao conceito de estresse, tornou-se objeto de investigação: a teoria do suporte social (KAPLAN *et al.*, 1977). De acordo com ela, as redes sociais, por meio de inter-relações, teriam o efeito de se contrapor e de minimizar o impacto das situações produtoras de estresse. Assim, como ocorreu com a teoria do estresse, a teoria do suporte social foi e vem sendo aplicada ao campo dos transtornos mentais. Os estudos não só passaram a utilizar esse novo conceito como também a buscar características de personalidade que atuem como mediadores da associação entre eventos de vida produtores de estresse - EVPE - e doença mental.

A teoria dos papéis sociais (EATON 1986), considera a identidade social dos indivíduos como um conjunto de comportamentos associados à posição que ocupam na rede social. Tais comportamentos, chamados de papéis, são normatizados pela cultura. O desempenho insatisfatório desse papel, segundo as expectativas do grupo social no qual o indivíduo está inserido, pode levar à redução da auto-estima. E isso produziria estresse, o qual seria ou não controlado por forças de suporte social. De acordo com Eaton (1986), esse aspecto liga a teoria dos papéis à teoria dos eventos de vida produtores de estresse (EVPE) e do suporte social.

Um estudo desenvolvido por Almeida Filho (2000), sobre a relação entre migração e estresse, em um bairro popular de Salvador - Bahia - com 1.514 participantes, sendo 60,1% migrantes; demonstrou que os escores relativos ao estresse na população migrante (5,14) eram mais elevados que na população não-migrante (3,21), com relação estatisticamente significativa.

Ainda de acordo com o autor acima citado, o estresse psicológico inerente às mudanças de residência e ao processo de restabelecimento torna o migrante, particularmente, vulnerável aos riscos de morbidade diferencial em seu novo ambiente, como revelam os resultados do estudo. Ademais, mudança nos ambiente físico e cultural podem alterar os padrões habituais de funcionamento biológico e emocional. Outro dado relevante indicado pelos resultados foi que a população hospedeira pode interpor graus variáveis de dificuldades na sua adaptação ao novo lugar, com conseqüências diretas para a saúde física e psíquica como expressão de uma migração bem ou mal sucedida.

Bokestitijin (1989) desenvolveu uma pesquisa que aponta para o "dilema do migrante", que consiste na tensão entre adaptação sócio-cultural e "preservação da identidade". A revisão de Richman, Gaviria, Flaherty, Birz e Wintrob (1987), tratam os processos de aculturação como contribuição na definição do quadro de referência para o entendimento do processo de estresse associado à migração.

Os avanços teóricos nos estudos do processo migratório, em relação aos fatores sociais e econômicos, têm mostrado

que a experiência da migração pode encerrar potencial patogênico.

Para Sayad (2000) a emigração deve ser realizada e vivida, necessariamente, na dor, uma dor compartilhada entre os que partem e os que ficam. A ausência do migrante causa modificação na sociedade que deixa, e com suas novas vivências/experiências causa uma modificação em si próprio. O autor ainda se refere sobre a importância da noção de pertencimento nacional, que se faz:

Ao tempo, ao espaço, ao grupo, os principais quadros que estruturam a vida social e mesmo toda a vida social e mesmo toda existência individual - existir no tempo, no espaço e no interior do grupo social (é condição da existência política) - sempre está em causa um pertencimento nacional, um pertencimento nacionalmente definido: o pertencimento a cada um a seu tempo é um pertencimento à história nacional; o pertencimento ao espaço é um pertencimento ao território nacional; o pertencimento ao grupo dos nacionais é um pertencimento à nação e à nacionalidade que lhe são comuns (p.13).

Diante dessas premissas objetiva-se discutir as questões, acerca da qualidade de vida e da saúde mental, no contexto da migração, numa perspectiva da psicologia social, focalizado nos aportes teórico das Representações Sociais (MOSCOVICI, 1978). A escolha por esta teoria é devido à mesma propiciar a construção de um conhecimento articulado entre os atores sociais e seu contexto.

Representações Sociais.

Para Moscovici (1978), a representação social é "uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos" (p. 26). Analisando esse conceito podemos entendê-lo como uma modalidade particular porque é produzido por um

grupo de pertença, no contexto social no qual encontra-se inserido, tendo por função a facilitação da comunicação e orientação de conduta.

Quanto ao seu papel na formação de condutas, a representação social não só modela o comportamento, mas também justifica a sua expressão; em última instância, ela prepara a ação, conduz o comportamento, modifica e reconstitui os elementos do ambiente no qual vai ocorrer o comportamento. Quanto à comunicação, seu papel é o de constituir um instrumento por meio do qual os grupos apreendem formas de se envolver e de se relacionar, com a mediação da linguagem.

Para Moscovici (2003), a finalidade das representações é transformar o não-familiar em familiar. Esta relação estabelecida pelo autor, diz respeito ao universo consensual no qual os grupos sociais se inscrevem. A dinâmica das representações é, portanto, uma dinâmica de familiarização, na qual os objetos, pessoas e acontecimentos são percebidos e compreendidos em relação a prévios encontros e paradigmas. Como resultado disso, *"a memória prevalece sobre a dedução, o passado sobre o presente, a resposta sobre o estímulo e as imagens sobre a 'realidade'"* (MOSCOVICI, op.cit. p. 550).

Ainda segundo o mesmo autor, a noção de representação social possibilita compreender como os atores sociais apreendem os acontecimentos da vida comum, os dados do meio ambiente, as informações que circulam; bem como apreender os pensamentos, sentimentos e experiências de vida compartilhada, através de diferentes modalidades de comunicação, diretamente relacionada ao contexto social a que pertence.

Os indivíduos não são receptores passivos, ao contrário, eles pensam de forma autônoma, constantemente, produzindo e comunicando representações. Assim, essa teoria é compreendida como *"um conjunto de conceitos, afirmações e explicações originadas no decurso do cotidiano e das comunicações interindividuais"* (MOSCOVICI 1981, p. 181).

As representações sociais se sobressaem em relação a outros fenômenos no plano simbólico, porque surgem da realidade cotidiana, a qual tem prevalência sobre outras realidades, como: a religiosa e a científica, por exemplo. E essa preva-

lência é determinada tanto pela linguagem - que não só fundamenta o cotidiano, mas fornece as respostas necessárias ao seu sentido - como pela estrutura social da realidade, em cuja interação o indivíduo compartilha sua subjetividade, estabelecendo diferenças entre realidades vividas e outras que existem apenas na consciência. Estas têm, assim, um caráter finito de significação (BONFIM & ALMEIDA, 1992).

Todos os fenômenos, que emergem do contexto social, são investidos, simbolicamente, recebem nomes e significados que os avaliam, explicam e dão-lhes sentido. Assim, o processo migratório, a qualidade de vida e a saúde mental, são fenômenos que fazem parte do cotidiano social e recebem significados. Estes são resultantes da interação entre o senso comum e o conhecimento erudito, à medida que circulam, transformam-se e assumem formas diferentes, de acordo com os modelos vigentes em uma determinada época e formação social (COUTINHO, 2001, 2005).

Nóbrega (2001), ao referir-se aos aspectos constituintes da representação social, explica que os mesmos envolvem a imbricação e a articulação entre atividade cognitiva e as condições sociais em que são forjadas as representações; e é a objetivação, que consiste em materializar as abstrações, corporificar os pensamentos, tornar físico e visível o impalpável, enfim, transformar em objeto o que é representado. Para Vala (2005), a objetivação diz respeito à forma como se organizam os elementos constituintes da representação e ao percurso através do qual eles adquirem materialidade e se tornam expressões de uma realidade pensada como natural.

Os autores mencionados acima concebem a ancoragem como um processo que permite a incorporação do desconhecido ou novo em uma rede de categorias usuais. Refere-se também à construção ou tratamento de informação como pontos de referência. Quando um indivíduo pensa em um objeto, o seu universo mental não é, por definição, tábua rasa. Pelo contrário, é por referência a experiências e por esquemas de pensamentos já estabelecidos, que um objeto novo pode ser pensado (VALA 2005; NÓBREGA 2001).

Como analisa Moscovici (1978 p.96), se a objetivação explica como os elementos representados de uma teoria se inte-

gram enquanto termos da realidade social, "a ancoragem permite compreender a maneira na qual eles contribuem para exprimir e constituir as relações sociais".

Como fruto desses dois processos - ancoragem e objetivação - as representações sociais incluem-se em universos de opinião e cada um desses universos, segundo Moscovici (op.cit), possui três dimensões: a atitude, a informação e o campo de representação ou imagem.

A informação está relacionada com o que um grupo sabe a respeito de um fenômeno ou objeto social, em termos de consistência e coerência. É, portanto, a dimensão que investiga o conhecimento do grupo social acerca do objeto. Nesse direcionamento, a dimensão da informação diz respeito ao *quantum* do conhecimento acerca dos fenômenos ou dos objetos sociais veiculam nos meios de comunicações da mídia (rádio, televisão jornal) e das comunicações intra e inter grupos, neste estudo a informação está relacionada com migração, qualidade de vida e saúde mental.

A segunda dimensão refere-se à atitude, que envolve uma tomada de posição em relação ao fenômeno, ou seja, por exemplo, ser favorável ou desfavorável. Logo, trata-se da dimensão que envolve a orientação global do sujeito em relação ao objeto.

O campo de representação é a imagem formada a respeito do fenômeno social e indica o conjunto representado, mesmo que não esteja sistematizado ou organizado (MARTINS E NUNES, 2003).

Estudar a qualidade de vida e a saúde mental, no contexto migratório na perspectiva psico-sociológica, ancorada nas Representações Sociais (RS), significa estudá-las não apenas através das teorizações e normatizações científicas, mas com vistas a um novo olhar voltado para a construção de um conhecimento prático e compartilhado por um determinado grupo de pertença (COUTINHO 2005).

Desse modo, as representações sociais podem ser entendidas como produtos de atividades psicossociais autônomas, próprias de uma sociedade e de determinada cultura. São modos de conhecimento e processos simbólicos estudados em

relação com as culturas nas quais o indivíduo é, direta ou indiretamente, produto e produtores culturais (DI GIACOMO, 1986).

Método

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de campo, subsidiada em uma abordagem de múltiplos métodos, de cunho qualitativo e quantitativo visando descrever e analisar os dados obtidos para maior aprofundamento na compreensão dos mesmos e interpretações mais fidedignas dos resultados.

Lócus da Pesquisa

A coleta dos dados foi realizada na cidade de Genebra/Suíça.

Participantes

Fizeram parte desse estudo 61 imigrantes brasileiros de ambos os sexos com idade entre 20 a 55 anos. A inclusão dos participantes na constituição da amostra obedeceu aos seguintes critérios: aceitar participar do estudo de forma anônima e voluntária; ter idade mínima de dezoito anos; estar vivendo na cidade de Genebra /Suíça há pelo menos um ano.

Instrumentos

Os instrumentos utilizados na coleta de dados foram: um questionário sócio-demográfico; a técnica de *associação livre de palavras*; entrevista semidirigida.

O questionário sócio demográfico foi elaborado para identificar o perfil dos participantes.

A técnica de "*Associação Livre de Palavras*" foi adaptada no campo da Psicologia Social, por Di Giacomo (1986), e desde então vem sendo, amplamente, utilizada nas pesquisas sobre as representações sociais, que investigam a subjetividade dos participantes, pois tem por objetivo apreender conteúdos mais latentes e afetivos com relação aos objetos, em estudo (NÓ-

BREGA e COUTINHO, 2003). Trata-se de uma técnica semi-estruturada, constituída de estímulos indutores, verbais ou iconográficos, e que, na presente pesquisa, foi estruturada a partir de três estímulos: *migração, qualidade de vida e saúde mental*. Os estímulos no teste foram colocados, alternadamente, em ordens de aparecimento, para anular o efeito de contágio nas respostas (NÓBREGA, 2003). A questão colocada, para cada estímulo, consistiu em solicitar aos participantes escrever as palavras ou expressões verbais que mais rapidamente lhe ocorriam à mente quando anunciado o estímulo.

A entrevista semidirigida caracteriza-se por permitir que o participante discorra, livremente, sobre a temática. As questões foram elaboradas com a finalidade de investigar os eixos temáticos: imigrante, qualidade de vida e saúde mental:

O que o Sr.(a) entende por imigrante ou o que significa imigrante?

O que o Sr.(a) entende por saúde mental ou o que significa saúde mental?

O que o Sr.(a) entende por qualidade de vida ou o que significa qualidade de vida?

Procedimentos

Após o estabelecimento do contato com os participantes, foram discutidas procedimentos e questões éticas sobre: participação, consentimento informado, informações relevantes sobre o estudo e seus objetivos, garantindo o sigilo de suas respostas.

Os dados coletados pelo questionário foram processados pelo pacote estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Science*) - versão 15 (quinze), utilizando-se a estatística descritiva.

Os dados coletados pela técnica de associação livre foram processados pelo *software Tri-Deux-Mots* (CIBOIS, 1991), versão 2.2, que permite a visualização gráfica tanto das variáveis fixas, como das variáveis de opinião e analisados através da Análise Fatorial de Correspondência - AFC. A AFC é um procedimento estatístico que consiste em distinguir os vínculos

estabelecidos entre as características dos indivíduos que constituem um grupo e suas respostas a uma determinada questão.

As informações colhidas, através das entrevistas, foram codificadas pela análise de conteúdo temática (BARDIN, 1977), que permite a compreensão crítica do sentido das comunicações e de suas significações.

Descrição e discussão dos resultados

A análise dos dados sócio-demográficos dos 61 participantes desta pesquisa, exibe o seguinte perfil: 62,3% do sexo feminino; 37,7% do sexo masculino; 59% são solteiros; 41% casados; 44,3% estão entre 18 a 28 anos de idade; 36,1% entre 29 a 39 anos; 19,7% acima de 40 anos. Com relação ao tempo de migração, observa-se que 60,7% têm menos de 05 anos e 39,3% possuem mais de 05 anos de migração. Entre eles, 62,3% são migrantes documentados e os outros (37,7%) não documentados, (em situação irregular).

Dados Demográficos		Freqüência	Percentual
Sexo	Feminino	39	64,7
	Masculino	22	35,3
Estado civil	Solteiro/separado	36	59,0
	Casado/ vive junto	25	41,0
Idade	De 18 a 28 anos	27	44,3
	De 29 a 39 anos	22	36,1
	De 40 a 49 anos	10	16,4
	Mais de 50 anos	2	3,3
Tempo de Migração	De 1 a 3 anos	22	36,1
	De 3 ¹ m a 5 anos	15	24,6
	Mais de 5 anos	24	39,3
Tipo de Migração	Documentada	38	62,3
	Não documen- tada	23	37,7

Tabela 1 . Dados Sócio-demográficos da Amostra

Os resultados obtidos, através da "Técnica de Associação Livre de Palavras", resultaram o somatório ($\Sigma=1193$), de todas as palavras evocadas pelos participantes da pesquisa (N=61), destas 19% foram de palavras diferentes. A contribuição dos dois fatores (F1 e F2), foi de 80,1% apresentando, portanto, pa-

râmetros estatísticos com consistência interna e fidedignidade, tendo em vista pesquisas realizadas no âmbito das RS (NÓBREGA & COUTINHO, 2003), sendo a carga fatorial do primeiro (F1) 63,5% e do segundo (F2) 16,6%. Quanto às contribuições percentuais das variáveis fixas foram: os participantes do sexo feminino contribuíram com 74,5% de todas as palavras evocadas e os do sexo masculino com 25,5%. Já os indivíduos com tempo de migração de um até três anos contribuíram com 35% dos vocábulos evocados; os participantes entre três e cinco anos contribuíram com 31,4%; os acima de cinco anos, contribuíram com 33,5% do total de vocábulos evocados. Os indivíduos com migração documentada, tiveram 61,9% de participação e os não documentados com 38,1%.

A análise dos dados apresentados, na figura 1, mostra campos diferenciados, quanto ao conteúdo das representações e de sua estrutura, que se colocam em posições, simetricamente, opostas em função das variáveis fixas sexo, tempo de migração e tipo de migração não documentada.

Os espaços fatoriais, constituídos dos dois primeiros fatores (F1 e F2) e delimitado pelas respostas aos três estímulos indutores (1= *Qualidade de Vida*; 2= *Migração* e 3= *Saúde Mental*), revelam a existência de agrupamentos representacionais ou campos semânticos que evidenciam as similaridades e diferenças nos conteúdos e na estrutura das representações dos participantes, conforme pode ser observado na figura 1.

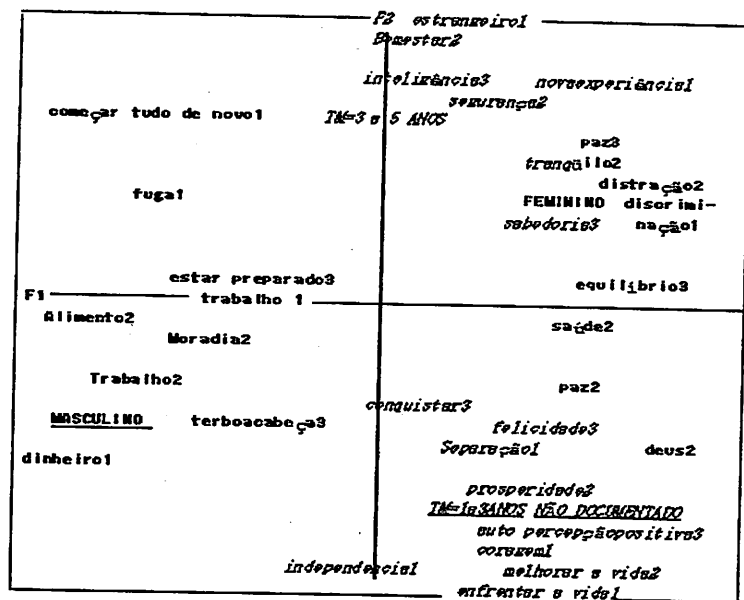


Figura 1 - Plano Fatorial de Correspondência das Representações Sociais acerca dos estímulos (1) migração; (2) qualidade de vida e (3) saúde mental.

PLANO FATORIAL	VARIÁVEIS DE OPINIÃO		VARIÁVEIS FÍSICAS	
	Fator 1 (F1) = negro Fator 2 (F2) = branco	1. migração 2. qualidade de vida 3. saúde mental	15 = São 16 = Feminino 18 = Masculino	Tempos de migração em 161 = de 1 a 3 anos 162 = de 3 a 5 anos 163 = mais de 5 anos

No fator 1 (F1), percebe-se com clareza dois campos semânticos configurados em oposição, no lado esquerdo, encontram-se o campo semântico constituído pelas representações que caracterizam o grupo dos **imigrantes masculinos**, para eles, *migração* (estímulo 1), o campo semântico é organizado pelos elementos «trabalho, dinheiro, fuga e começar tudo de novo»; com relação ao estímulo 2, *qualidade de vida* é representada pelos elementos «alimentação, trabalho e moradia»;

quanto ao estímulo 3, *saúde mental*, emergiram os elementos «*estar preparado e ter boa cabeça*»

Nesse mesmo fator, no lado direito, em oposição ao grupo masculino, tem-se o campo semântico das **mulheres imigrantes**, que representaram *migração* (estímulo 1), pelo elemento «*discriminação*»; *qualidade de vida* (estímulo 2), como «*saúde, tranquilo, distração, paz e Deus*»; para *saúde mental* (estímulo 3), emergiram os elementos «*equilíbrio e paz*».

O que diferencia o grupo masculino do grupo feminino são as representações elaboradas pelos homens, que emergem direcionadas para elementos mais objetivos, enquanto, as mulheres utilizam-se mais dos subjetivos (bem-estar subjetivo). Esses dados indicam que os participantes do sexo masculino objetivaram a representação da *migração e qualidade de vida*, na obtenção de dinheiro, através do *trabalho*, que proporciona a aquisição de moradia e alimento, certamente, marcados por seu papel social de provedores que dita aos homens a responsabilidade sobre as questões mais objetivas da vida. Estando esses participantes vivendo a situação de migrantes, na cidade de Genebra/Suíça, e responsáveis pelo sustento familiar, fazem uma objetivação do estímulo migração e qualidade de vida com questões básicas de sobrevivência. Infere-se ainda, que esses homens migram com a certeza da necessidade em começar tudo de novo, uma nova vida, costumes e adaptações serão evidentes e necessárias, corroborando assim, com os estudos de Ramos (2004) quando alude que a aculturação implica em escolhas por vezes difíceis entre o que o imigrante gostaria de manter e o que tem que abandonar em relação aos hábitos e cultura de origem (p.275).

Esses resultados também corroboram com a definição de qualidade de vida feita por Minayo (2000, p.8), quando refere que o termo qualidade de vida «*abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e da coletividade, que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes; sendo, portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural*».

Ainda em relação aos participantes do sexo masculino, observa-se que objetivaram o estímulo 3 *saúde mental* através dos elementos *estar preparado e ter boa cabeça*. Homens que

deixaram o seu país em busca de uma vida melhor, trabalho e dinheiro objetivaram a *saúde mental* em aspectos operacionais da vida cotidiana - estar preparado - para as situações novas da vida que enfrentam nesse novo país.

Com esses resultados pode-se deduzir que o *trabalho* oferece uma estabilidade social e emocional, credibilidade e inserção adquirida perante a sociedade de acolhimento, como indivíduo produtivo. O reconhecimento, advindo da sociedade escolhida, faz com que os migrantes ancoram os estímulos migração e qualidade de vida nos fatores psico-sócio-econômico-cultural. Observa-se, ainda, que os elementos: *trabalho*¹, *alimento*² e *estar preparado*³, associados aos estímulos *migração*, *qualidade de vida* e *saúde mental*, respectivamente, conforme verifica-se, na Figura 1, estão posicionadas bem próximas ao eixo central; possuindo, portanto, maior força representacional.

Como se pode visualizar nessa figura 1, para as respondentes do sexo feminino, o estímulo 1 - migração fez emergir o elemento «discriminação», o estímulo 2 - qualidade de vida, é sobretudo, «tranquilidade, saúde, distração, paz e Deus» e para o estímulo 3 - saúde mental emergiram os elementos equilíbrio e paz.

Com base nisso, podemos sugerir que essa representação possui dois sentidos. O primeiro é que as participantes do sexo feminino trazem, no seu papel social, maior preocupação por conhecimentos e cultura, isto é, estão voltadas para assuntos mais subjetivos da vida e direcionadas mais nos interesses culturais. Além disso, o local de acolhimento tem disponível, no mercado de trabalho, empregos na função de doméstica, que oferecem moradia e alimentação e modelos de integração social. Essas mulheres, imediatamente, organizam-se, em torno de onde morar e o que comer, ficando assim, seguras com as questões básicas de sobrevivência, livres para associarem qualidade de vida e saúde mental com aspectos mais subjetivos, sociais e espirituais, diferentemente, dos participantes do sexo masculino, que não encontram as mesmas condições de trabalho e habitação, no local de acolhimento. Certamente, por demonstrarem uma característica de maior sensibilidade para os aspectos emocionais da vida, essas mulheres ficam mais ex-

postas aos sentimentos de discriminação que sofre todo migrante; corroborando assim com os estudos de SARRIERA (2005) ao referir que o desequilíbrio sócio-econômico-cultural gera nos indivíduos, oriundos de países menos desenvolvidos, sentimentos de baixa auto-estima, e uma vivência de inferioridade humana, conseqüentemente, levando o indivíduo a um déficit em sua saúde mental e ao sofrimento psíquico. Essas participantes ancoram o estímulo 1 - migração em experiências, vivências, características do processo migratório.

Verifica-se também que os elementos “saúde” e “equilíbrio” que emergiram a partir dos estímulos 2 e 3 - qualidade de vida e saúde mental - respectivamente, estão posicionados mais próximos do eixo central possuindo, portanto, maior força representacional.

Com relação ao fator F2 (em itálico) linha vertical, encontram-se os campos semânticos dos imigrantes brasileiros de ambos os sexos, que residem em Genebra de três a cinco anos (Tm= 3 até 5a), em oposição aos que residem de um a três anos (Tm= tempo de migração 1 a 3 anos e com tipo de migração não documentada). Os campos encontram-se, diametralmente, distanciados o que indica diferenças representacionais.

Na margem superior, localizam-se as representações dos participantes com maior tempo de migração, de ambos os sexos: eles representam migração (estímulo 1), através dos elementos «estrangeiro e nova experiência»; qualidade de vida (estímulo 2), como «bem estar, estar tranquila, segurança»; e para o estímulo 3, saúde mental, o elemento «inteligência e sabedoria».

Na margem inferior do Eixo (F2), situa-se o grupo de imigrantes, de ambos os sexos, com tempo de migração de um a três anos e com tipo de migração não documentada, cujas representações ao estímulo indutor 1 - migração observa-se a emersão dos elementos «separação, independência, enfrentar a vida e coragem»; para o estímulo indutor 2 - qualidade de vida apresentou o elemento «prosperidade»; para o estímulo 3 - saúde mental verifica-se a emersão das palavras «conquista, felicidade e autopercepção positiva».

Pode-se inferir, que esse grupo, com menor tempo de migração, objetivam o estímulo migração em vivências do pro-

cesso migratório, associado à separação em relação ao que foi deixado para trás, como: amigos, parentes, a terra em que nasceram, questões emocionais dolorosas existentes, nos primeiros tempos do processo de aculturação. Esses resultados corroboram com os estudos de Ramos (2004, p. 257), ao referir-se sobre as rupturas e as transformações diversas - psicológicas, físicas, biológicas e sociais - que sofre todo indivíduo e família migrante durante o processo de aculturação.

O processo de objetivação apresenta diferenças, quando se comparam as respostas dadas pelos dois grupos em relação ao estímulo 1 - migração. Para os que residem há mais de três anos, e já superaram as primeiras etapas do processo de aculturação, que são língua, moradia, alimento e trabalho, a objetivação é feita através dos elementos « *estrangeiro e nova experiência* », o que não acontece com os participantes com tempo de migração até três anos, que objetivaram o estímulo em foco com elementos vinculados à realidade de seu dia-a-dia « *separação, independência, enfrentar a vida, coragem* ». Isso, nos leva a compreender, que o grupo de migrantes com maior tempo de migração ancora, esse estímulo, nos benefícios do processo migratório, enquanto que, o grupo com menor tempo de imigração e não documentados, ancora no vivenciar do processo de aculturação, pois ainda enfrentam as dificuldades de adaptação e os sofrimentos causados pela separação dos familiares, necessitam ter coragem para enfrentar a vida neste novo lugar, e alcançar a independência desejada que estimulou a decisão de migrar.

O grupo, com menor tempo de imigração e não documentado, ancora o estímulo 2 - *qualidade de vida* em sentimentos de ascensão social através do elemento « *prosperidade* »; recém chegados ao país de acolhimento, a uma sociedade bem mais desenvolvida do que a de origem, cultivam planos para alcançar os bens e serviços que a nova sociedade oferece, e assim, desfrutar de uma melhor qualidade de vida e concretizar a tão sonhada imigração bem sucedida. Para eles, *qualidade de vida* é associada à *prosperidade*, desejo que acompanha o imaginário de todo imigrante. Esses resultados corroboram com os estudos de Setién (1993); Nussbau (1993); Lobo (2002), quando, ao analisarem as sociedades em que as desigualdades e as he-

terogeneidades são muito fortes, a idéia de qualidade de vida se relaciona com a estratificação social, pois está ligada ao bem-estar desfrutado pelas camadas superiores e à passagem de um limiar a outro.

Esses resultados vêm corroborar com Coutinho (2005), quando alude que os estudos apoiados, na perspectiva psicossociológica e ancorados nas representações sociais, fazem emergir representações não teorizadas ou normatizadas cientificamente, mas expressam a construção de um conhecimento prático e compartilhado por um determinado grupo de pertença e, diretamente, relacionadas ao contexto social.

Em relação ao estímulo 3 - *saúde mental*, observa-se diferenças na ancoragem: no grupo dos participantes com maior tempo de migração, a ancoragem desse estímulo, é realizada através de processos cognitivos, enquanto que, para o grupo dos participantes com menor tempo de imigração, a ancoragem, desse mesmo estímulo, é realizada através dos processos psico-emocionais. Esses resultados sugerem que o grupo de participantes com menor tempo de migração, estão vivenciando as diferentes emoções pertinentes ao processo de aculturação, à saúde mental. Representa uma conquista, a felicidade de apropriar-se de uma auto-percepção positiva, certamente prejudicada nesses tempos de aculturação, quando enfrentam preconceitos e discriminações na sociedade de acolhimento. Já para o outro grupo, com maior tempo de imigração, possivelmente, estão mais seguros nas relações sociais estabelecidas, no atendimento de suas necessidades básicas e, portanto, livre das fortes emoções iniciais do processo migratório, esse estado permite associarem o estímulo 3 - *saúde mental* com atributos cognitivos.

A seguir passaremos a apresentar os resultados da "Análise de Conteúdo", realizada com as narrativas dos participantes apreendidas através das entrevistas.

A compreensão e interpretação dos construtos *ser migrante, qualidade de vida e saúde mental*, pautada no conhecimento de suas vivências, revelam um conjunto de variantes que serão analisados sob um enfoque psicossociológico, procurando compreender o sentido do objeto social investigado.

A análise dos resultados oriundos das narrativas culminou, na identificação de uma categoria empírica de significados chamada *concepção*, acerca dos três eixos temáticos: *ser migrante, qualidade de vida e saúde mental*.

Em relação ao primeiro eixo, emergiu uma categoria relacionada à *concepção de ser migrante* direcionada por dois vetores ou subcategorias: *valores psicológicos e valores sociais negativos*. Já no segundo eixo temático, da categoria *concepção qualidade de vida*, emergiram duas subcategorias: *atendimento às necessidades físicas e atendimento às necessidades psico-sócio-culturais*. E quanto ao terceiro eixo temático, a *concepção de saúde mental* apresentou duas subcategorias intituladas: *valores cognitivos e valores psico-sócio-emocionais*.

Na categoria - *concepção de imigrante* -, emergiram 94 vocábulos retirados das unidades temáticas, verbalizadas pelos participantes, organizadas em duas subcategorias: as representações sociais ancoradas em *valores psicológicos*, e a outra ancorada em *valores sociais negativos*. Na primeira subcategoria, *valores psicológicos*, os participantes objetivaram a concepção do *ser migrante* por meio dos elementos "... corajosos, decididos e adaptáveis às situações novas". Essas representações, provavelmente, são atributos necessários e inevitáveis ao enfrentamento das dificuldades, que o papel de imigrante lhes impõe, conforme pode ser observado pelos recortes discursivos a seguir:

"[...] Migrante para mim, é uma pessoa corajosa capaz de enfrentar mundos diferentes (Homem 28 anos)"; "[...] É viver um desespero a cada dia que se sai a rua, pois a ilegalidade te deixa com medo de todos (Mulher 30 anos)"; "O migrante tem que ser decidido a mudar de vida, deixar para trás tudo que fazia parte de si e se adaptar a nova vida (Mulher 25 anos)".

Na segunda subcategoria - *valores sociais negativos* - os atores sociais objetivaram a concepção do *ser migrante* por meio dos elementos "...discriminação, estigmatização, corpo estranho". Essas representações emergem a partir de suas vi-

vências, no novo contexto cultural, no qual se encontra fisicamente, mas que ainda se vê como um ser estranho, não adaptado às regras sociais e exercendo funções laborais desqualificadas pelos autóctones, conforme sinapses das entrevistas, a seguir:

"[...] Nossa! Somos um corpo estranho, não se sabe nada, migrante é discriminado, você não tem direitos, só obrigações. (Mulher 29 anos)"; "Você não existe, não conta para a sociedade deles, só para fazer os trabalhos que eles não querem fazer (Homem 27 anos)".

Essas situações, oriundas do processo migratório, exigem do ser migrante uma reestruturação subjetiva e social voltadas para adaptações, novos costumes, clima, maneira de se relacionar, alimentar e trabalhar. Os resultados corroboram com os estudos de Sarriera (2005), ao remeter à figura do *ser migrante* ao sofrimento advindo da exclusão, representada por meio da comunicação e da prática sócio-cultural.

Esses resultados remetem a duas concepções, conforme já mencionadas: uma voltada para aspectos positivos, de auto-referência; e outra voltada para aspectos negativos, advindos do contexto social.

Na categoria - *concepção qualidade de vida* -, foram detectados 86 vocábulos retirados das unidades temáticas, enunciadas pelos participantes, e distribuídas em duas subcategorias, a saber: *atendimento às necessidades físicas e atendimento às necessidades psico-sócio-culturais*.

Na primeira subcategoria - *atendimento às necessidades físicas* -, as representações foram objetivadas pelos elementos: "..., trabalho, dinheiro, moradia, estabilidade financeira". Conforme se observa nos recortes das interlocuções a seguir:

"[...] Qualidade de vida é ter um trabalho que lhe dê tranquilidade, mais que o simples sustento (Homem, 29 anos)"; "Ter uma boa moradia, e estabilidade financeira (Homem, 28

anos); "É ter uma boa casa, trabalho, dinheiro (Mulher 33 anos)".

Pode-se inferir que esta concepção de *qualidade de vida* expressa o anseio de atender às suas necessidades físicas e de sobrevivência, pois são indivíduos que deixaram seu país carregando, no seu imaginário, o alcance de novas oportunidades de vida e de trabalho. Vale ressaltar que, as objetivações, aqui apresentadas, pelos participantes do sexo masculino, são todas oriundas da ação do capital - trabalho, moradia e estabilidade financeira. Para ter dinheiro é preciso trabalhar e é através da inserção no mercado de trabalho, no qual se projeta a realização dos planos de vida e um possível planejamento futuro. Esses resultados corroboram com os apresentados na Técnica de Associação Livre de Palavras, onde o grupo masculino objetivou qualidade de vida em aspectos mais objetivos da vida e de atendimento às necessidades básicas da vida.

Na subcategoria - *atendimento às necessidades psico-sócio-culturais* -, as representações foram objetivadas nas expressões, "...ter alguém, casamento/família, amigos, e cultura".

"[...] É você ter alguém para amar, constituir família, deixar de morar só. (Mulher 29 anos); "É estar perto dos amigos, conhecer pessoas, fazer novas amizades (Homem 28 anos); "Para mim qualidade de vida é tudo o que não posso fazer agora, que é estudar, viajar, ir a lugares belos e bons, é desfrutar da vida, (Mulher 31 anos)".

Esses resultados demonstram que sendo os participantes na sua maioria solteiros (59%) e com idade menor do que 28 anos (44,3%), objetivaram a *concepção da qualidade de vida* em instituições sociais como *casamento/família*, isto é, no desejo de construir laços afetivos que garantam seu bem-estar e sua segurança.

A qualidade de vida foi percebida como sendo composta de fatores objetivos e subjetivos, característica encontrada também em estudos sobre a subjetividade do bem-estar, de-

monstrando que não são apenas as condições sócio-demográficas que definem a sensação de bem-estar, mas o conjunto dessas condições somadas aos processos subjetivos, isto é, as estruturas internas da pessoa ajudam a construir a forma como são percebidos e internalizados os eventos externos, o que refletirá na auto-avaliação do seu estado de bem-estar e na sua qualidade de vida (DIENER, SUH, LUCAS & SMITH, 1999).

Na categoria - *concepção saúde mental* -, foram detectados 89 vocábulos retirados das unidades temáticas enunciadas pelos participantes e distribuídas em duas subcategorias: *valores cognitivos e valores psico-sócio-emocionais*.

Na primeira subcategoria - *valores cognitivos* -, as representações sociais, sobre a concepção da saúde mental, foram objetivadas por meio dos elementos: "... *sabedoria, inteligência, educação/ensino/aprendizagem*". Para esses participantes, gozar de saúde mental é fazer uso pleno de sua capacidade sócio-cognitiva; é estar preparado para alcançar novas conquistas e ser uma pessoa capaz de aprender cada vez mais. Dados esses também verificados, nos resultados apreendidos, através da Técnica de Associação Livre de Palavras e analisados pela Técnica Fatorial de Correspondência conforme figura 1.

Na segunda subcategoria valores - *psico-sócio-emocionais* -, o construto saúde mental foi objetivado pelos elementos: "... *equilíbrio, felicidade, tranqüilo, generoso, auto-percepção positiva e viver em paz*". Assim, verifica-se que o mesmo adquire novos significados em um sistema de referência e interpretação conforme mostra a seguir as sinapses das entrevistas:

"[...] Saúde mental é ter sabedoria, conhecimento (Mulher 23 anos); "Uma pessoa com saúde mental é alguém que alcança suas conquistas (Homem 41 anos); "Saúde mental é viver em paz, saber resolver suas dificuldades sem muito sofrimento (Homem, 31 anos); "Saúde mental é ter educação, ser uma pessoa dedicada ao que deseja alcançar (Mulher 22 anos)".

Para esses participantes, o significado, desse eixo temático, vem corroborar com a definição de saúde mental da Organização Mundial de Saúde que preconiza saúde mental como: "o estado de bem-estar, no qual o indivíduo percebe as próprias habilidades, pode lidar com os estresses normais da vida, é capaz de trabalhar produtivamente e está apto a contribuir com sua comunidade" (OMS, 2000 p. 241). Podemos comparar esses indicadores com a universalização da representação social sobre saúde mental, pois se refere à dimensão psicológica justificada em sua experiência psico-sócio-emocional.

Essas representações, acerca da saúde mental, remetem ao conceito de resiliência enquanto processo de superação de crises e adversidades em indivíduos ou grupos (YUNES & SZYMANSKI, 2001).

Conclusões

A presente pesquisa buscou apreender e compreender as representações sociais acerca da migração, qualidade de vida e saúde mental; visando identificar a influência de algumas variáveis sócio-demográficas e fatores psicossociais, que interferem no conhecimento desses construtos, sobre o ponto de vista do grupo estudado, formado por brasileiros migrantes residentes na cidade de Genebra/Suíça.

Para alcançar as metas norteadoras desse estudo buscou-se a complementaridade metodológica de uma abordagem com múltiplos métodos e foram utilizados instrumentos como a Técnica de Associação Livre de Palavras e de Entrevistas.

Observaram-se, nas construções semânticas, similitudes e diferenças de conteúdos representacionais, que colocam em evidência um modo de comunicação e orientação de condutas, de acordo com as variáveis sócio-demográficas circunscritas, favorecendo a função identitária e justificadora.

Nesse entendimento, as representações sobre migração, qualidade de vida e saúde mental, no contexto migratório internacional, não existem enquanto entidades absolutas, isoladas e independentes de sua forma de expressão e manifestação, mas entrelaçadas às experiências de cada participante, e vivências na ordem pessoal e social.

Os resultados da pesquisa colocam em evidência a dialética que se instaura nos três construtos; cujo conhecimento advindo da elaboração das representações sociais se processou por meio dos sistemas cognitivos, afetivos, perceptivos, comportamentais e sociais do grupo de afiliação; demonstrando que esse conhecimento não se caracteriza por uma contraposição ao saber científico, mas que há uma dialética entre o conhecimento consensual (senso comum), e o reificado (científico) (MOSCOVICI 2003).

Referências

- ALMEIDA FILHO, N.(2000). What does the Word 'health' mean? *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, v.16, n.2, p. 300-301.
- AMMANN, P.; AMMANN, S. (2006). *Cidadania, exclusão e migração*. Brasília: Líber Livros.
- AURAY, J. DURU, G. (1995). Qualité de vie, pp 83-128. In: MOTO (Org.). *Santé et multidisciplinarité*. Choix et décisions. Paris: Hermès.
- BARDIN, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- BOEKESTIJN, C.; (1989). Intercultural migration and the development of personal identity: the dilemma between identity maintenance and cultural adaptation. *International Journal of Intercultural Relations*, 12, 83-105.
- BONEVA, B.S.; FRIEZE, I.H. (2001). Toward a concept of a migrant personality. *Journal of Social Issues*, 57 (3), 477-491.
- BONFIM, Z.; ALMEIDA, S.F.C. (1992). Representação social: conceitualização dimensões e funções. *Revista de Psicologia*, 9 (1/2), 51-74.
- BONOMI, A. PATRICK, D.; BUSHELL, D.; MARTIN, M. (2000). Quality of life measurement: will we ever be satisfied? *Clinique Epidemiol*, 53(1): 19-23.
- COOKE, D.J. (1987). The significance of life events as a cause of psychological and physical disorder, In: COOPER, B. *Psychiatric Epidemiology*. London: Croom Helm Ltda.
- COUTINHO, M. P. L. (2001). *Depressão infantil: uma abordagem psicossocial*. João Pessoa: Ed. Universitária.
- COUTINHO, M.P.L.(2005). *Depressão infantil e representações sociais*. João Pessoa: Ed. Universitária.

CREED, F. (1993). Life events, In: Bhugra, D. & Leff, J. *Principles of social psychiatry*, Oxford: Blackwell Scientific Publications

DIENER, E., SUH, E., LUCAS, R. & SMITH, H. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302.

DI GIACOMO, J.P. (1986). Alliance et rejets intergroupes au sein d'un mouvement de revendication. In DOIÈSE, W.; PALMONARI, A. *L' étude des représentations sociales*. pp.118-138. Paris: Delchaux & Niestle.

EATON, W. W. (1986). *The sociology of mental disorders*. New York: Praeger Publishers,

FAYERS, P. (2000). *Quality of life. Assessment, analysis and interpretation*. Chichester: John Wiley.

GOLDBERG, D.; HUXLEY, P. (1992). *Common dental disorders. A bio-social model*. Routledge: London.

HAMILTON, K. (2003). Migration and development: Blind faith and hard to find facts. *Migration Information Source*, November 1.

HARDING, T. ARANGO, M. BALTASAR J., CLIMENT, C., IBRAHIM, H., LADRIDO, I. (1980). Mental disorders in primary health care: a study of the frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychol Med*; 10:231-42.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION - OIM - (2005). Publication Catalogue

JANUZZI, M. (2004). Repensando a prática de uso de indicadores sociais na formulação e avaliação de políticas municipais. In: *Qualidade de vida, observatórios experiências e metodologias*. São Paulo: Anablume. Fapesp. 53-71.

KANAANE, R. (1999). *O comportamento humano nas organizações: O homem rumo ao século XXI*. São Paulo: Atlas.

KAPLAN, B.H.; CASSEL, J.C.; GORE, S. (1977). Social support and health. *Medical Care*. 15 (5): 47-58.

KURTZ, M. E.; WYATT, G.; KURTZ, J.C. (1995). Psychological and sexual begin, philosophical spiritual views, and health habit of long-term cancer survivors. *Health care for women international* 16, (3), 253-262.

PASCHOAL, S. (2000). *Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia a sua opinião*. [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina/USP.

PATARRA, N. (2006). Migrações internacionais: teorias, políticas e movimentos sociais. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. 21 (60) 7-24.

RAMOS, N. (1993). *Maternage em milieu portugais autochtone et immigré. De la tradition à la modernité. Une étude ethnopsychologique*. Tese de Doutorado em Psicologia. Universidade René Descartes, Paris V, Sorbonne.

RAMOS, N. (1999). A Educação Da Criança Migrante. Uma abordagem intercultural. In: Seminário internacional: *Migração e integração europeia. Emprego, educação, cidadania e dinâmicas locais*. Porto, 20 e 21 de maio.

RAMOS, N. (2004). *Psicologia clínica e da saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.

RICHMAN, J.; GAVIRIAN, M.; FLAGERTY, J. A. ; BIRZ, S.; WINTROB, R.M. (1987). The process of acculturation: Theoretical perspectives and empirical investigation. *Social Science and medicine*, 25, 839-847.

SANTOS, L. D.; MARTINS, I. (2002). *A qualidade de vida urbana - O caso da cidade do Porto*. Investigação - Trabalhos em curso - n° 116, maio. Porto.

SARRIERA, J.; PIZZINATO, A.; MENEZES, M.P. 2005. Aspectos psicossociais da imigração familiar na grande Porto Alegre. *Estudos de Psicologia*, 10 (1), 5-13.

SAYAD, A. (2000). O retorno. *Revista Travessia* - edição especial/jan. São Paulo: Soc. Dos Miss. De S. Carlos.

SEABRA, P. (2003). *Percursos migratórios de imigrantes brasileiros e do leste europeu em Portugal*. Dissertação de Mestrado em Relações Interculturais. Porto: Universidade Aberta.

SETIÉN, M. (1993). *Indicadores sociales de calidad de vida*. Madrid: Siglo Vinteuno.

VALA, J. (2000). Representações Sociais e Psicologia Social do Conhecimento. In J. Vala e M. B. Monteiro (Edit), *Psicologia Social* (4ª edição). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian

VESENTINI, J. (2001). *Brasil Sociedade e espaço*. São Paulo: Atica.

LOBO, C. S. I. (2002). Desenvolvimento e qualidade de vida: a utilização de indicadores sociais. *Pensar - Bh, Revista da Política Social*, Belo Horizonte, p. 49-50.

MINAYO, M.C.S.; HARTZ, Z.M.A.; BUSS, P.M. (2000). Qualidade de vida: um debate necessário. *Ciência e saúde coletiva*. 5 (1)7-18.

MOREIRA, C.A. (2001). *Atividade física na maturidade. avaliação e prescrição de exercícios*. Rio de Janeiro: Shape.

MORENO, B.; XIMENEZ, C.; (1996). Evaluación de la calidad de la vida. In: BUELA-CASAL, G.; CABALLO, V.E.; SIERRA, J.C. (Eds.). *Manual de Evaluación de la Psicología Clínica e de la Salud*. Madrid: Siglo XXI. 1045-70.

MOSCOVICI, S. (1978). *Representação social da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.

MOSCOVICI, S. (1981). On social representation. In: Forgas, J.P. (Orgs.). *Social cognition*. London: Academic Press.

MOSCOVICI, S. (2003). *Representações Sociais*. Petrópolis. RJ: Vozes.

NOBREGA, S. (2001). Sobre a teoria das representações sociais. In: MOREIRA, S.P. *Representação sociais: Teoria e prática*. João Pessoa: UFPB. Editora Universitária.

MARTINS, D. F. G.; NUNES, L.C.; (2003). O psicólogo hospitalar na visão do paciente hospitalizado: Um estudo das representações sociais. *Boletim de Iniciação Científica em Psicologia*. 4 (1) 11-24. São Paulo: Universidade Presbiteriana.

NOBREGA, S.M.; COUTINHO, M.P.L. (2003). O teste de associação livre de palavras. In: COUTINHO, M.P.L.; LIMA, A.; OLIVEIRA, F.; FORTUNATO, M.L. (orgs). *Representações Sociais: Abordagem Interdisciplinar*. João Pessoa: EDUFPB. 67-77.

NUSSBAUN, M. (1993). *The quality of life*. Oxford: Clarendon Press.

O'NEIL, K. (2003). Discussion on migration and development. *Migration Information Source*, November 1.

ORGANISATION DE COOPERATION ET DEVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES - OCDE - (2005). Report.

ORGANIZATION MUNDIALE DE LA SANTÉ -OMS - Grupo calidad de vida. (1996). Qué calidad de vida? *Foro Mundial de la Salud*, 17, 385-387.

PASCHOAL, S. (2000). *Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia a sua opinião*. [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina/USP.

PATARRA, N. (2006). Migrações internacionais: teorias, políticas e movimentos sociais. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. 21 (60) 7-24.

RAMOS, N. (1993). *Maternage em milieu portugais autochtone et immigré. De la tradition à la modernité. Une étude ethnopsychologique*. Tese de Doutorado em Psicologia. Universidade René Descartes, Paris V, Sorbonne.

RAMOS, N. (1999). A Educação Da Criança Migrante. Uma abordagem intercultural. In: Seminário internacional: *Migração e integração europeia. Emprego, educação, cidadania e dinâmicas locais*. Porto, 20 e 21 de maio.

RAMOS, N. (2004). *Psicologia clínica e da saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.

RICHMAN, J.; GAVIRIAN, M.; FLAGERTY, J. A.; BIRZ, S.; WINTROB, R.M. (1987). The process of acculturation: Theoretical perspectives and empirical investigation. *Social Science and medicine*, 25, 839-847.

SANTOS, L. D.; MARTINS, I. (2002). *A qualidade de vida urbana - O caso da cidade do Porto*. Investigação - Trabalhos em curso - n° 116, maio. Porto.

SARRIERA, J.; PIZZINATO, A.; MENEZES, M.P. 2005. Aspectos psicossociais da imigração familiar na grande Porto Alegre. *Estudos de Psicologia*, 10 (1), 5-13.

SAYAD, A. (2000). O retorno. *Revista Travessia* - edição especial/jan. São Paulo: Soc. Dos Miss. De S. Carlos.

SEABRA, P. (2003). *Percursos migratórios de imigrantes brasileiros e do leste europeu em Portugal*. Dissertação de Mestrado em Relações Interculturais. Porto: Universidade Aberta.

SETIÉN, M. (1993). *Indicadores sociales de calidad de vida*. Madrid: Sieglo Vinteuno.

VALA, J. (2000). Representações Sociais e Psicologia Social do Conhecimento. In J. Vala e M. B. Monteiro (Edit), *Psicologia Social* (4ª edição). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian

VESENTINI, J. (2001). *Brasil Sociedade e espaço*. São Paulo: Atica.

WITIER, P. (1997). Lá qualité de vie. *Revue Prevenir*. 33, 61-62.

WORLD HEALTH ORGANIZATION -WHO - (2001). *Relatório mundial da saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Disponível em http://www.who.int/2001/em/whr01_po.pdf. Acesso em 11/04/2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE. Whoqol. (1995). Assessment: position paper from the World Health Organization. *Soc. Sci. Med.* 41 (10):1403-9.

YUNES, M.A.M.; SZYMANSKI, H. (2001). Resiliência: a noção, conceitos afins e considerações críticas. In: TAVARES, J. (Org.). *Resiliência e Educação*. São Paulo: Cortez.

Vale do Rio Dos Sinos-RS. Especialista em Administração pela Universidade para o Desenvolvimento do Estado de Santa Catarina; Mestre em Administração pela Universidade Federal da Paraíba; Formação Especializada em Psicanálise pelo Instituto de Estudos Psicanalíticos da Sociedade Psicanalítica da Paraíba; Doutoranda em Psicologia Clínica e da Saúde na Universidade Aberta de Lisboa. Professora do Curso de Graduação em Psicologia da Universidade Federal da Paraíba, desenvolvendo pesquisas no Núcleo "Aspectos Psicossociais de Prevenção e de Saúde Coletiva".

E-mail: iedafranken@gmail.com

José Edmundo Xavier Furtado De Sousa

Professor Adjunto na Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda de Resente, Lisboa. Licenciado em Enfermagem; Mestre em Relações Interculturais pela Universidade Aberta, Lisboa; Doutorando em Psicologia Intercultural na Universidade Aberta. A sua prática clínica tem-se centrado na saúde comunitária e junto de famílias, grupos e comunidades.

E-mail: edmundo.sousa@netcabo.pt

Helena Isabel Borges Manuel

Licenciada em Enfermagem e em Relações Internacionais, Mestre em Comunicação em Saúde e doutoranda da Universidade Aberta na especialidade de Psicologia Intercultural. É investigadora na área da saúde reprodutiva em Timor-Leste. A sua actividade profissional tem sido desempenhada em Portugal, Cabo Verde, Brasil e Timor-Leste nas áreas da saúde, desenvolvimento e cooperação internacional.

E-mail: lenaborges@netcabo.pt

Lídia Correia Lopes

Enfermeira desde 1982, iniciou as suas funções no Hospital de Santa Cruz. Em 1993 terminou a Especialização em Saúde Materna e Obstétrica, tendo trabalhado no Serviço de Obstetrícia do Hospital de Santa Maria. Entre 1996 e 2006 foi Enfermeira Chefe do Hospital Fernando Fonseca, no Serviço de Obstetrícia. É Mestre em Comunicação em Saúde, pela Universidade Aberta. Colabora com a Escola Superior de Saúde Ribeiro Sanches, desde 2004 como responsável da unidade curricular de Saúde Materno-Infantil, sendo actualmente assessora de Direcção da Unidade Orgânica de Enfermagem.