



SOLIDÃO E QUALIDADE DE VIDA EM BRASILEIRAS VIVENDO EM PORTUGAL

LONELINESS AND QUALITY OF LIFE IN BRAZILIAN WOMEN LIVING IN PORTUGAL

Eliany Nazaré Oliveira¹

Lycélia da Silva Oliveira²

Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto³

Roberta Magda Martins Moreira⁴

Marcos Aguiar Ribeiro⁵

Gleisson Ferreira Lima⁶

Resumo

Esta pesquisa possui como tema qualidade de vida e solidão de imigrantes brasileiras vivendo em Portugal. Delineia-se com o seguinte objetivo: averiguar em que medida a solidão interfere na qualidade de vida e saúde de mulheres imigrantes brasileiras que vivem em Portugal. Estudo transversal conduzido de julho a setembro de 2016, em Portugal, com 682 imigrantes brasileiras maiores de 18 anos que viviam no país há mais de três meses. Os instrumentos utilizados foram um questionário sociodemográfico, a Escala de Solidão - UCLA e o questionário Medical Outcomes Study 36-item short-form health survey (SF-36). Ao fazer a correlação entre a Escala de qualidade de vida e saúde SF-36 e a Escala de solidão - UCLA, as evidências são de que as imigrantes brasileiras que apresentaram maior qualidade de vida, apresentaram menos solidão. Os resultados evidenciaram que a qualidade de vida e saúde quando estão em bom nível podem ser redutores da solidão. A qualidade de vida e saúde podem ser diminuídas em situações onde a solidão for preponderante.

Palavras-chave: Imigração; Solidão; Qualidade de Vida; Saúde Mental.

Abstract

This research has as theme, quality of life and loneliness of Brazilian women immigrants living in Portugal. It is outlined to ascertain to what extent loneliness interferes with quality of life and health of Brazilian women immigrant living in Portugal. Cross-sectional study conducted from July to September 2016 in Portugal, with 682 Brazilian immigrants over 18 years of age living in the country for more than three months. Tools used were a sociodemographic questionnaire, Loneliness Scale - UCLA and Medical Outcomes Study 36-item short-form health survey (SF-36) questionnaire. When correlating SF-36 Health and Quality of Life Scale and Loneliness Scale - UCLA, evidences point that Brazilian women immigrants who presented higher quality of life presented less loneliness. Results evidenced that quality of life and health, when in good level, can be reducers of loneliness. Quality of life and health can be reduced in situations where loneliness is preponderant. Loneliness in immigrants can interfere with their mental health, which requires vigilance.

Keywords: Immigration; Loneliness; Quality of Life; Mental Health

¹ Universidade estadual Vale do Acaraú, Ceará, Brasil. E-mail: eliany@hotmail.com. <https://orcid.org/0000-0002-6408-7243>.
Endereço: Rua das Acácias 250, Renato Parente, Sobral Ceará. 62033180

² Universidade Federal do Ceará, Ceará, Brasil. E-mail: lycelia@gmail.com

³ Universidade estadual Vale do Acaraú, Ceará, Brasil E-mail: rosemironeto@gmail.com. <https://orcid.org/0000-0002-7905-9990>

⁴ Universidade Federal do Ceará. Brasil. E-mail: robertamoreiraenf@hotmail.com. <https://orcid.org/0000-0002-8225-7576>

⁵ Universidade Federal de São Paulo, Brasil. E-mail: marcosaguiar61@hotmail.com

⁶ Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia, Ceará, Brasil. E-mail: gleisson_nega@hotmail.com.
<https://orcid.org/0000-0002-5465-2675>

INTRODUÇÃO

A mobilidade humana é um movimento muito comum na história da humanidade, de modo que a partir de meados do século XX, tem alcançado visibilidade crescente. Neste contexto, a ampliação dos movimentos migratórios está relacionada à sofisticação das tecnologias da informação, da comunicação e dos transportes motorizados e da globalização dos processos de produção, circulação e consumo de bens materiais (Mazza, 2015).

Estima-se que existam aproximadamente um bilhão de migrantes em todo o mundo, sendo 244 milhões de migrantes internacionais, ou seja, vivem fora de seu país de origem (ONU, 2012). O Itamaraty estima que existem 3.083.255 brasileiros vivendo no exterior, destes 24% na Europa (Jornal Nexo, 2018). Dados do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF) de 2017, apontam um total de 85.426 cidadãos brasileiros em Portugal, o que corresponde à principal comunidade estrangeira residindo e vivendo oficialmente no país, tendo aumentado 5,1% em relação a 2016 (SEF, 2017).

Os brasileiros migram especialmente para Portugal em busca de qualidade de vida, que pode ser compreendida nos setores de segurança, na qualidade dos transportes públicos, no espaço público, nas atividades de lazer ou no acesso a educação e a saúde pública. Esta opção permite compreender os motivos de migração e permanência, para além das razões econômicas, que têm tido um papel preponderante nas teorias das migrações (Pereira; Esteves, 2017).

Não somente no Brasil, mas nas diversas regiões do mundo, todos os dias pessoas atravessam fronteiras internacionais para viverem em outros países, em busca de sonhos, de uma vida social e econômica estável, fugindo de guerras ou de perseguições religiosas, políticas, étnicas, dentre outras. Esta mudança sempre exige sacrifícios, pois a experiência à nova realidade, com códigos culturais e visões de mundo frequentemente diferentes, é um grande desafio para sua adaptação.

Em um estudo com 258 brasileiros que viviam em Portugal, no campo intercultural, a solidão esteve negativamente associada a estratégia de integração. A discriminação auto percebida influenciou o processo de solidão entre esta população (Neto; Oliveira; Neto, 2017). A influência da solidão da integração social foi um dos resultados de uma pesquisa qualitativa desenvolvida com imigrantes brasileiros em Roma. Nesta perspectiva, a solidão foi identificada como um dos fatores que dificultam a integração social de mulheres imigrantes que viviam em Roma - Itália (Sousa, 2007).

Deste modo, a qualidade de vida de imigrantes brasileiras pode ser afetada, principalmente em seus aspectos emocionais e de saúde mental (Oliveira et al., 2017). Assim, os imigrantes relacionam as situações de solidão com o isolamento social vivenciado (Moreira, 2006; Rosa; Tatit, 2012).

As dificuldades específicas de certos grupos de migrantes tornam-nos particularmente vulneráveis à saúde e bem-estar. As relações entre os processos migratórios e a saúde são atravessadas pela complexidade e multifatorialidade, em que se encontram e concorrem diferentes “sistemas culturais de saúde” que exigem respostas eficientes por parte dos profissionais e gestores dos sistemas oficiais de saúde (Granada et al., 2017).

Neste cenário torna-se salutar investir situações e fenômenos que possam limitar ou dificultar a saúde física e mental de migrantes. Assim, surgiu a necessidade de aprofundar a relação entre solidão e qualidade de vida de mulheres brasileiras que vivem em Portugal. O objetivo é averiguar em que medida a solidão interfere na qualidade de

vida e saúde de mulheres imigrantes brasileiras que vivem em Portugal.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal de abordagem quantitativa desenvolvido durante o ano de 2016 em Portugal, com 682 mulheres imigrantes brasileiras. Vale destacar, que este estudo foi desenvolvido no âmbito de uma pesquisa mais ampla, intitulada “Estado de saúde e qualidade de vida de imigrantes brasileiras em Portugal”, que obteve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), com o parecer nº 1.692.063.

A dimensão da amostra foi calculada utilizando a fórmula para populações infinitas. Para base do cálculo utilizou-se como referência a população de aproximadamente 53.357 mulheres brasileiras residentes em Portugal. Assim, considerando um intervalo de confiança de 95% (IC 95%), o nível de significância de 5% e um erro amostral relativo de 8% (erro amostral absoluto = 4%) a amostra correspondeu a 600 participantes, todavia a amostra final foi constituída por 682 participantes. Os critérios de inclusão adotados foram: a) mulher brasileira; b) viver em Portugal há pelo menos três meses; e c) ter superior a 18 anos de idade.

Para a coleta de dados foram aplicados três instrumentos: um questionário sociodemográfico, contendo variáveis acerca da idade, estado civil, escolaridade, presença e quantidade de filhos e pessoa(s) que residem no domicílio; o questionário SF-36, que é um instrumento genérico de avaliação da qualidade de vida de fácil administração e compreensão; e a Escala de Solidão - UCLA.

O SF-36 avalia tanto os aspectos negativos (doença ou enfermidade) como os positivos da saúde (bem-estar ou qualidade de vida), e é formado por uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e as de um ano atrás, sendo composto por 35 itens, englobados em oito escalas (ou componentes): a) capacidade funcional (10 itens); b) aspectos físicos (4 itens); c) dor (2 itens); d) estado geral de saúde (5 itens); e) vitalidade (4 itens); f) aspectos sociais (2 itens); g) aspectos emocionais (3 itens), e h) saúde mental (5 itens). Atribui-se um escore para cada questão, que posteriormente é convertido em uma escores de “0” a “100”, em que “0” corresponde ao pior estado de saúde, e “100” ao melhor, com análise isolada de cada dimensão. Propositalmente, não há um único valor que resuma toda a avaliação, que se traduz em um estado geral de saúde melhor ou pior, de modo que, em uma média de valores, evite-se o erro de não identificar os verdadeiros problemas relacionados com a qualidade de vida e a saúde do entrevistado ou de subestimá-los (Ciconelli, 1997).

Já a Escala de Solidão - UCLA é do tipo psicométrica, composta de seis itens de fácil compreensão, do tipo *likert*, com quatro opções de respostas: nunca, raramente, algumas vezes e muitas vezes (Neto, 2014). Esta escala é portuguesa e foi validada para o Brasil por Barroso et al. (2016).

A coleta de dados, após agendamento prévio, ocorreu no Consulado-Geral do Brasil (na cidade do Porto, em Lisboa e em Faro), na Embaixada do Brasil em Lisboa e na Associação Mais Brasil (AMB). Esses órgãos/instituições apoiaram de modo significativo a identificação e abordagem das brasileiras que viviam em Portugal. A coleta ocorreu no período de julho a setembro de 2016, e foram instituídas duas modalidades: on-line, por meio da Plataforma *LimeSurvey*, e presencial, no Consulado-Geral do Brasil (na cidade do Porto e em Lisboa) e na Associação Mais Brasil (AMB).

Para complementar a abordagem online, foi criado um grupo no Facebook® intitulado: “Brasileiras que Vivem em Portugal”. O link do inquérito do estudo era disponibilizado nas páginas oficiais das redes sociais da AMB, do Consulado-Geral do Brasil em Faro e da Embaixada do Brasil em Lisboa e no próprio grupo no Facebook®. A abordagem e a identificação presencial foram desenvolvidas no Consulado-Geral do Brasil (na cidade do Porto e em Lisboa) e na AMB, com apresentação da pesquisa no que concerne aos objetivos, ao método adotado e à sua importância social. Em seguida, houve convite para a participação voluntária com vistas ao preenchimento do inquérito. Vale ressaltar que, em ambas as modalidades (on-line e presencial), a participação foi formalizada por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados foram compilados na Plataforma LimeSurvey e processados no programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 24.0. Recorreu-se à estatística descritiva com vistas a identificar o modo como as respostas são distribuídas (Marôco, 2011).

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os dados obtidos no estudo, foram sistematizados em cinco tabelas: a primeira com dados sociodemográficos; a segunda, sobre a qualidade de vida; e demais com os dados da avaliação pela escala de solidão.

A tabela 1 segue com os dados sociodemográficos dos participantes. O estudo evidencia a predominância de mulheres adultas jovens de 18 a 37 anos (363 – 53,2%), casadas (325 – 47,6%), com ensino superior cursando ou concluído (389 – 57%), morando com a própria família (468 - 68,6%).

Na tabela 2 é demonstrado a distribuição das dimensões de qualidade de vida. Na amostra, a escala SF-36 apresenta um valor médio de 70,9%, com uma dispersão de valores de 24%. Os valores mínimo e máximo são, respetivamente, 8% e 100%. A consistência interna verificada a partir do *Alfa de Cronbach* foi de 0,941 para os trinta e seis itens. A interpretação dos resultados, proporciona a seguinte reflexão: as dimensões relacionadas com aspectos emocionais, saúde mental, vitalidade e mudança do estado de saúde ao longo do tempo apresentaram valores mais baixos, o que sugere a existência de condições que podem limitar o desenvolvimento efetivo da qualidade de vida no grupo investigado.

A Tabela 3 demonstra a distribuição das frequências da escala de solidão. Deste modo, quando a soma das frequências observadas é inferior à dimensão do grupo, significa que existem *missing values* (não respostas), que se podem observar no valor de N para o cálculo das estatísticas. A consistência interna verificada a partir do *Alfa de Cronbach* foi de 0,821 para a Escala de Solidão UCLA.

Na tabela 4 é apresentado a distribuição dos valores de variação da Escala de Solidão. Os valores médios observados apresentam as variações ilustradas, em média, a frequência é superior para “2. Sinto que faço parte de um grupo de Amigos”, seguido de “1. Sinto falta de camaradagem”, tendo estes itens uma frequência média superior ao ponto intermédio da escala de medida; a frequência diminui para “3. Sinto-me excluído”, “6. As pessoas estão à minha volta, mas não estão comigo” e “4. Sinto-me isolado (a) dos outros” e é ainda inferior para “5. Sou infeliz por ser tão retraído (a)”, tendo estes itens uma frequência média inferior ao ponto intermédio da escala de medida.

A tabela 5 apresenta a distribuição da relação entre o SF-36 e as dimensões da escala. Foi realizada a correlação de *Pearson*: Relação entre a SF-36 e todas as suas dimensões com a Escala de Solidão. Verificam-se

relações estatisticamente significativas entre a Escala SF-36 e todas as suas dimensões com a Escala de Solidão, sendo as correlações negativas, significa que quem apresenta maiores valores na Escala de Qualidade de Vida apresenta valores mais reduzidos na Escala de Solidão. Especificamente, verifica-se uma correlação negativa baixa ($r=-0,493$) e significativa (p

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados demonstraram que a faixa etária de maior proporção é a de adultas jovens. Este achado é convergente com o estudo de Dutra (2013), onde houve uma predominância de mulheres migrantes na faixa etária entre 20 a 40 anos (59,8%).

Em relação ao estado civil, verificou-se o predomínio de mulheres casadas e em união de fato. Na investigação realizada por Góis et al. (2009) 47% das mulheres estavam casadas ou em união de fato. Quanto à nacionalidade do marido, a maioria tem cônjuge português. Sabe-se que as migrações internacionais influenciam de modos diversos o quadro das relações familiares. O número de casamentos mistos entre portugueses e brasileiros, sugere uma tendência crescente.

No que concerne aos anos de estudo, o nível de pós-graduação foi declarado em maior proporção. Esses resultados se aproximam aos demonstrados no relatório “Mulher migrante: agente de resistência e transformação”, sobre brasileiras nos EUA, quanto à escolaridade declarada, 19,6% tinham ensino superior completo; além disso, surgiram estes valores: ensino superior incompleto (12,1%), ensino fundamental incompleto (8,4%), ensino fundamental completo (5,6%), ensino médio incompleto (15,9%) e ensino médio completo (16,8%) (CSEM, 2014).

Quanto aos filhos, a prole pequena parece ser a melhor opção para essas mulheres na condição de imigrante; verifica-se que a maioria tem apenas um filho. No estudo de Gonçalves (2015), o número de filhos se configurou da seguinte forma: 60% não tinham, 24% tinham um filho, 10% tinham dois filhos, 4% tinham três filhos e 2% tinham mais de três filhos. A condição de moradia mostra que a maioria se encontra agregada e vivendo com sua própria família. Gonçalves (2015) também identificou o seguinte: 61% vivem com familiares, 15% com amigos, 12% sozinhos e 12% com namorado(a).

A migração enquanto processo social, segundo Campos (2015, p. 284), “ocorre sob forte influência do sistema de gênero. As relações de gênero determinam a posição das pessoas na família, nos processos decisórios e, por isso, as oportunidades disponíveis e os constrangimentos que mulheres e homens devem considerar em suas migrações”. Nesse sistema, de acordo com o autor, a migrante mulher tem autonomia limitada, pouco poder de decisão, sendo recrutadas principalmente para trabalhos domésticos, variando de acordo com a idade desta e sua posição no ciclo de vida.

Uma relevante contribuição sobre o perfil de mulheres imigrantes foi construída por Milesi e Marinucci (2016) acerca de sua tipificação. Para estes autores, cresce cada vez mais o número de mulheres com um projeto migratório individual, que se deslocam por razões de trabalho, não raro na situação de principais provedoras do lar. Isso reflete a emancipação alcançada por elas nas últimas décadas ou suas aspirações a essa emancipação. Assim, esse tipo de migração pode constituir um instrumento de empoderamento.

A análise da Escala SF-36 permitiu identificar as dimensões com os mais baixos percentuais, estas são as que podem contribuir de forma efetiva para a diminuição da qualidade de vida das imigrantes: aspectos emocionais, saúde

mental, vitalidade, mudança de saúde ao longo do tempo. As dimensões com valores mais baixos representam as estruturas mais afetadas da qualidade de vida da população investigada.

A qualidade de vida e saúde têm influenciado significativamente as políticas e as práticas do setor nas últimas décadas. Os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença são multifatoriais e complexos. Assim, saúde e doença configuram processos compreendidos como um *continuum*, relacionados aos aspectos econômicos, socioculturais, à experiência pessoal e aos estilos de vida.

No entanto, tem-se notado uma valorização crescente das questões relacionadas à qualidade de vida ao conceito de saúde, em detrimento ao conceito de “ausência de doença” para um mais amplo, que envolve: aspectos físicos, psicológico, nível de independência, as relações sociais, o meio ambiente e a espiritualidade (Moura et al., 2016).

Atualmente, a temática qualidade de vida vem despertando interesse, especialmente quando este construto está relacionado à percepção subjetiva que a pessoa tem de sua vida e da forma de viver. Nesta perspectiva, ampliam-se e diversificam-se os conceitos e as definições desenvolvidos em torno do tema. Para Minayo (2002) a qualidade de vida, tem sido um dos conceitos mais discutidos, existindo certa dificuldade em chegar-se a um acordo quanto ao que realmente significa. Esta dificuldade parece estar relacionada ao fato de se perceber que o significado deste conceito varia de uma cultura para outra, de uma pessoa para outro, e em tempos diferentes.

A *World Health Organization* (WHO, 1994), por meio de sua divisão de Saúde Mental definiu a qualidade de vida como, “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

A concepção de qualidade de vida está diretamente relacionada aos aspectos históricos e culturais e às classes sociais, uma vez que as sociedades em diferentes estágios de desenvolvimento econômico, social e tecnológico apresentam valores e necessidades distintas em termos culturais. e as diversas estratificações sociais também têm percepções diferentes desta (Minayo; Hartz; Buss, 2000).

Em relação a escala de solidão, verifica-se que as dimensões de maior proporção foram: Sou infeliz por ser tão retraído (a), as pessoas estão à minha volta, mas não estão comigo, e sinto-me isolado (a) dos outros. A solidão pode ser compreendida como uma experiência subjetiva que decorre da diferença entre as expectativas e a realidade da vida do sujeito, de um ponto de vista relacional (Ouakinin; Pires Barreira, 2015). A solidão é uma experiência comum à espécie humana, mas quando analisada em um contexto de imigração possui características importantes relacionadas ao processo saúde-doença que devem ser observadas.

Os imigrantes podem vivenciar o deslocamento territorial como um potencial inovador, mas, em outros momentos, poderá ter como efeito, muito sofrimento e o isolamento de alguns sujeitos, levando a solidão (Rosa; Tatit, 2012).

A solidão não é apenas uma questão de condições externas, mas um estado psicológico. Contudo, não é possível negar a importância do estabelecimento de relações sociais. Ao convivermos menos tempo com os outros, os laços que estabelecemos são menos significativos e, como tal, há uma diminuição da qualidade de relacionamento e interação social. Nesta perspectiva a solidão pode ser considerada um fator de risco para a saúde mental. O risco aumenta quando o contexto de vida da pessoa, potencialmente exposta a problemas de saúde mental, é excludente ou indisponível para a solidariedade (Reis et al., 2016).

No contexto da pesquisa, a solidão está relacionada às características sociais e das relações desenvolvidas pelas imigrantes brasileiras no novo país. A solidão pode ser dividida em três tipos: a solidão situacional, que está associada a fatores situacionais e ambientais, como experiências negativas ou conflitos interpessoais; a solidão de desenvolvimento, associada a fatores desenvolvidos como separações, pobreza e incapacidades físicas ou psicológicas; e, por último, a solidão interna, relacionada com fatores de personalidade, *locus* de controle e deficientes estratégias de *coping* (Ouakinin; Pires Barreira, 2015).

Ao fazer a correlação entre a Escala de qualidade de vida e saúde SF-36 e a Escala de solidão – UCLA, as evidências são de que as imigrantes brasileiras que apresentaram maior qualidade de vida, apresentaram menos solidão.

Em outro estudo que realizou esta correlação, constatou que a solidão e a qualidade de vida estão inversamente relacionadas, sendo que a solidão se associa a uma diminuição da qualidade de vida percebida (Castro; Amorim, 2016).

Autores relacionam a baixa qualidade de vida e solidão, as dificuldades específicas de certos grupos de imigrantes (estatuto jurídico legal ou irregular, escolaridade, diferentes representações culturais da saúde, da doença e do corpo, informação deficitária ou insuficiente, entre outros) tornam particularmente vulneráveis sua saúde e bem-estar (Granada et al., 2017).

Ao relacionar qualidade de vida e solidão, importante perceber que a experiência individual da imigração é vivida com rupturas nos laços familiares, afetivos, linguísticos, simbólicos, constitutivos da pessoa, e no acumular de referências culturais, por vezes, contraditórias. Neste sentido, a condição imigrante comporta um mal-estar e um sofrimento evidentes que precisam ser, em um primeiro momento, reconhecidos para poderem ser, em um momento seguinte, situados nos devidos contextos particulares de vivência dos seus protagonistas (Lechner, 2007).

Entende-se que qualquer experiência vivenciada por uma pessoa em seu contexto sócio-cultural afeta de forma significativa seus estados psicoativos e emocionais. Nesta perspectiva, as representações sobre qualidade de vida e migração, no contexto migratório internacional, não existem enquanto entidades absolutas, isoladas e independentes de sua forma de expressão e manifestação, mas sim como algo entrelaçado às experiências de cada pessoa (Franken; Coutinho; Ramos, 2012)

A análise de qualidade de vida e solidão entre mulheres imigrantes deve ter como referencial alguns condicionantes no processo migratório. Para Martins e Vedovato (2017) neste contexto deve ser considerado que as imigrantes contemporâneas, movem-se muito em razão de mudanças ou tentativas de mudança nas relações de gênero. Muitas são escolarizadas e possuem qualificação profissional, mas ainda são dirigidas a ocupações tradicionalmente femininas no país de destino, pois se inserem em estruturas segmentadas (também) pelo gênero, nas cadeias globais de assistência.

CONCLUSÕES

Nesta população estudada foi detectado que a qualidade de vida e saúde quando estão em bom nível podem ser redutores da solidão, ou seja, quem apresentou mais qualidade de vida consequente apresentou menos solidão. A qualidade de vida e saúde podem ser diminuída em situações onde a solidão for preponderante.

As condições atuais das migrações são consideradas propícias a um aumento significativo de sofrimento psíquico e adoecimento físico e mental da população de imigrantes. A avaliação da saúde mental destes deve ser percebida como algo fundamental, pois apresentam diversos fatores de risco que os deixam mais susceptíveis a aquisição de transtornos mentais.

As limitações deste estudo estão relacionadas ao não aprofundamento da abordagem qualitativa, pois o contexto e as condições de vida poderiam ser apresentadas de modo subjetivo, enriquecendo o diagnóstico apresentado. Sugere-se a realização de estudos de vertente compreensiva para uma análise ampliada do fenômeno.

Referências

- Barroso S. M. et al. (2016). Evidências de validade da Escala Brasileira de Solidão
- Barroso S. M. et al. (2016). Evidências de validade da Escala Brasileira de Solidão UCLA. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. (Rio de Janeiro), 65(1), 68-75. <http://dx.doi.org/10.1590/0047-208500000105>.
- Campos MB. (2015). Características demográficas e a voluntariedade da migração. *REMHU, Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana (Brasília)*, 23(45), 273- 290. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-8585250319880004514>.
- Castro M, Amorim I. (2016). Qualidade de vida e solidão em idosos residentes em lar. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (Porto)*, 3, 39-44. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0115>.
- Centro Scalabriniano de Estudos Migratórios (CSEM). (2014). Mulher migrante: agente de resistência e transformação. (Brasília), 5 (Série Caminhos).
- Ciconelli RM. (1997). Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida. [tese]. São Paulo (SP): Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo.
- Dutra D. (2013). Mulheres, migrantes, trabalhadoras: a segregação no mercado de trabalho. *REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana (Brasília)*, 21(40), 177- 193.
- Franken I, Coutinho MPL, Ramos MNP. (2012). Representações sociais, saúde mental e imigração internacional. *Psicol. cienc. prof. (Brasília)*, 32(1), 202-219. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932012000100015>.
- Góis P. et al. (2009). Segunda ou terceira vaga? As características da imigração brasileira recente em Portugal. *Revista Migrações (Lisboa)*, 5,111-133.
- Gonçalves V. (2015). Educação e sociedade: a realidade da educação/formação na vida da imigração brasileira em Portugal. *Revista Migrações (Lisboa)*, 12,113-136.

Granada D. et al. (2017). Discutir saúde e imigração no contexto atual de intensa mobilidade humana. *Interface (Botucatu)*, 21(61), 285-296.
<http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0626>.<http://dx.doi.org/10.1590/1980-85852503880004415>.

Jornal Nexo. Disponível em: <https://www.nexojornal.com.br/grafico/2018/02/16/Em-que-pa%C3%Adses-vivem-os-brasileiros-no-exterior-segundo-o-Itamaraty>

Lechner E. (2007). Imigração e saúde mental, in DIAS, Sônia (org.), *Revista Migrações*. Número Temático Imigração e Saúde (Lisboa), 1, 79-101.

Marôco J. (2011). *Análise estatística com o SPSS Statistics*. 5. ed. Pero Pinheiro: Report Number.

Martins EG, Vedovato LR. (2009). Migração internacional de mulheres e o trabalho doméstico remunerado: opressão e cidadania na era da globalização. *Revista Direito Práx.*(Rio de Janeiro), 8(3), 1975-2009.
<http://dx.doi.org/10.1590/2179-8966/2017/23572>.

Mazza D. (2015). O direito humano à mobilidade: dois textos e dois contextos. *REMHU. Revista Interdisciplinar Mobilidade Humana (Brasília)*, 23(44), 237-257. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1980-85852015000100237&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 17 mar. 2019.

Milesi R, Marinucci R. (2016). *Mulheres migrantes e refugiadas a serviço do desenvolvimento humano dos outros*. Instituto Migrações e Direitos Humanos, (Brasília). Disponível em: <https://bit.ly/2s5jkjV>. Acesso em: 27 nov. 2016.

Minayo M, Hartz ZMA, Buss PM.(2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva (Rio de Janeiro)*, 5(1), 7-18.

Minayo MCS. (2002). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco.

Moura IH, Nobre RS, Cortez RMA, Campelo V, Macedo, SF, Silva ARV. (2016). Qualidade de vida de estudantes de graduação em enfermagem. *Revista Gaúcha Enfermagem (Porto Alegre)*, 37(2), e55291.
<http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.55291>.

Neto F. (2014). Psychometric analysis of the short-form UCLA Loneliness Scale (ULS-6) in older adults. *Eur J Ageing*, 11(4), 313-9.

Neto J, Oliveira EN, Neto F. (2017). Acculturation, Adaptation and Loneliness among Brazilian Migrants Living in Portugal, *People's Movements in the 21st Century - Risks, Challenges and Benefits*, Ingrid Muenstermann, IntechOpen. DOI: 10.5772/65693.

- Oliveira EN. (2017). Qualidade de vida de imigrantes brasileiras vivendo em Portugal. *Saúde debate* (Rio de Janeiro), 41(114), 824-835. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711412>.
- ONU. UN system task team on the post-2015 UN development agenda. (2012). *Migration and Human mobility*.
- Ouakinin S, Pires Barreira D. (2015). Solidão e Saúde Mental. *Acta Med Port.*, 28(1), 130-132. Disponível em: <https://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/6162/4224>.
- Pereira S, Esteves A. (2017). Os efeitos da crise económica na situação laboral dos imigrantes: o caso dos brasileiros em Portugal. *REMHU. Revista Interdisciplinar Mobilidade Humana* (Brasília), 25(49), 135-152. doi.org/10.1590/1980-85852503880004908.
- Reis PCSSC. et al. (2016). A solidão em utilizadores portugueses do facebook. *Psicol. Soc.* (Belo Horizonte), 28(2), 237-246. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-03102016v28n2p237>.
- Rosa MD, Tatit I. (2012). Errância e isolamento: as dimensões de desejo e de gozo da solidão. *Psicol. Rev.* (Belo Horizonte), 18(3), 46-457. <http://dx.doi.org/10.5752/P.1678-9563.2012v18n3p446>
- Serviço de Estrangeiros E Fronteiras. (2017). Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo. Barcarena; Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF), [Internet]. Disponível em: <https://www.sef.pt/pt/pages/conteudo-detalhe.aspx?nID=92>.
- Sousa ICF. (2007). A integração de imigrantes brasileiras em Roma: conquistas e dificuldades. *Imaginario* (São Paulo), 13(14), 399-415. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-66X2007000100018&lng=pt&nrm=iso.
- World Health Organization (CH). (1994). The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W, editors. *Quality of life assessment: international perspectives*. Berlin: Springer Verlag, 41-60. *Jornal Brasileiro de Ppsiquiatria*. (Rio de Janeiro), 65(1), 68-75. <http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000105>.
- Campos MB. (2015). Características demográficas e a voluntariedade da migração. *REMHU, Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana* (Brasília), 23(45), 273- 290. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-8585250319880004514>.
- Castro M, Amorim I. (2016). Qualidade de vida e solidão em idosos residentes em lar. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (Porto), 3, 39-44. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0115>.
- Centro Scalabriniano de Estudos Migratórios (CSEM). (2014). *Mulher migrante: agente de resistência e transformação*. (Brasília), 5 (Série Caminhos).

- Ciconelli RM. (1997). Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida. [tese]. São Paulo (SP): Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo.
- Dutra D. (2013). Mulheres, migrantes, trabalhadoras: a segregação no mercado de trabalho. REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana (Brasília), 21(40), 177- 193.
- Franken I, Coutinho MPL, Ramos MNP. (2012). Representações sociais, saúde mental e imigração internacional. *Psicol. cienc. prof.* (Brasília), 32(1), 202-219. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932012000100015>.
- Góis P. et al. (2009). Segunda ou terceira vaga? As características da imigração brasileira recente em Portugal. *Revista Migrações* (Lisboa), 5,111-133.
- Gonçalves V. (2015). Educação e sociedade: a realidade da educação/formação na vida da imigração brasileira em Portugal. *Revista Migrações* (Lisboa), 12,113-136.
- Granada D. et al. (2017). Discutir saúde e imigração no contexto atual de intensa mobilidade humana. *Interface* (Botucatu), 21(61), 285-296. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0626>.<http://dx.doi.org/10.1590/1980-85852503880004415>.
- Jornal Nexo. Disponível em: <https://www.nexojornal.com.br/grafico/2018/02/16/Em-que-pa%C3%Adses-vivem-os-brasileiros-no-exterior-segundo-o-Itamaraty>
- Lechner E. (2007). Imigração e saúde mental, in DIAS, Sônia (org.), *Revista Migrações*. Número Temático Imigração e Saúde (Lisboa), 1, 79-101.
- Marôco J. (2011). *Análise estatística com o SPSS Statistics*. 5. ed. Pero Pinheiro: Report Number.
- Martins EG, Vedovato LR. (2009). Migração internacional de mulheres e o trabalho doméstico remunerado: opressão e cidadania na era da globalização. *Revista Direito Práx.*(Rio de Janeiro), 8(3), 1975-2009. <http://dx.doi.org/10.1590/2179-8966/2017/23572>.
- Mazza D. (2015). O direito humano à mobilidade: dois textos e dois contextos. REMHU. *Revista Interdisciplinar Mobilidade Humana* (Brasília), 23(44), 237-257. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1980-85852015000100237&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 17 mar. 2019.
- Milesi R, Marinucci R. (2016). Mulheres migrantes e refugiadas a serviço do desenvolvimento humano dos outros. Instituto Migrações e Direitos Humanos, (Brasília). Disponível em: <https://bit.ly/2s5jkjV>. Acesso em: 27 nov. 2016.
- Minayo M, Hartz ZMA, Buss PM.(2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*

(Rio de Janeiro), 5(1), 7-18.

Minayo MCS. (2002). O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco.

Moura IH, Nobre RS, Cortez RMA, Campelo V, Macedo, SF, Silva ARV. (2016). Qualidade de vida de estudantes de graduação em enfermagem. Revista Gaúcha Enfermagem (Porto Alegre), 37(2), e55291. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.55291>.

Neto F. (2014). Psychometric analysis of the short-form UCLA Loneliness Scale (ULS-6) in older adults. Eur J Ageing.,11(4), 313-9.

Neto J, Oliveira EN, Neto F. (2017). Acculturation, Adaptation and Loneliness among Brazilian Migrants Living in Portugal, People's Movements in the 21st Century - Risks, Challenges and Benefits, Ingrid Muenstermann, IntechOpen. DOI: 10.5772/65693.

Oliveira EN. (2017). Qualidade de vida de imigrantes brasileiras vivendo em Portugal. Saúde debate (Rio de Janeiro), 41(114), 824-835. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711412>.

ONU. UN system task team on the post-2015 UN development agenda. (2012). Migration and Human mobility.

Ouakinin S, Pires Barreira D. (2015). Solidão e Saúde Mental. Acta Med Port., 28(1), 130-132. Disponível em: <https://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/6162/4224>.

Pereira S, Esteves A. (2017). Os efeitos da crise económica na situação laboral dos imigrantes: o caso dos brasileiros em Portugal. REMHU. Revista Interdisciplinar Mobilidade Humana (Brasília), 25(49), 135-152. doi.org/10.1590/1980-85852503880004908.

Reis PCSSC. et al. (2016). A solidão em utilizadores portugueses do facebook. Psicol. Soc. (Belo Horizonte), 28(2), 237-246. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-03102016v28n2p237>.

Rosa MD, Tatit I. (2012). Errância e isolamento: as dimensões de desejo e de gozo da solidão. Psicol. Rev. (Belo Horizonte), 18(3), 46-457. <http://dx.doi.org/10.5752/P.1678-9563.2012v18n3p446>

Serviço de Estrangeiros E Fronteiras. (2017). Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo. Barcarena; Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF), [Internet]. Disponível em: <https://www.sef.pt/pt/pages/conteudo-detalle.aspx?nID=92>.

Sousa ICF. (2007). A integração de imigrantes brasileiras em Roma: conquistas e dificuldades. Imaginario (São Paulo), 13(14), 399-415. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-

66X2007000100018&lng=pt&nrm=iso.

World Health Organization (CH). (1994). The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W, editors. Quality of life assessment: international perspectives. Berlin: Springer Verlag, 41-60.

Lista de Tabelas

Tabela 1: Distribuição das características sociodemográficas de imigrantes brasileiras que vivem em Portugal. Portugal, 2016.

Características Sociodemográficas	Frequência	
	N	%
Faixa Etária (anos)		
18 – 27	106	15,5
28 – 37	257	37,7
38 – 47	183	26,8
48 – 57	101	14,9
58 – 67	28	4,1
68 – 76		0,3
Não respondeu	05	0,7
Estado civil	N	%
Casada	325	47,6
Solteira	183	26,8
União de fato	85	12,5
Separada ou divorciada	74	10,8
Viúva	13	1,9
Não respondeu	02	0,4
Escolaridade	N	%
Ensino fundamental incompleto	31	4,5
Ensino fundamental completo	34	0,5
Ensino médio incompleto	52	7,6
Ensino médio completo	172	25,2
Ensino superior incompleto	105	15,4
Ensino superior completo	103	15,1
Pós-graduação	181	26,5
Não respondeu	04	0,7
Pessoa(s) com quem vive	N	%
Família própria	468	68,6
Sozinha	99	14,5
Família portuguesa	65	9,5
Com amigos brasileiros	42	6,1
Não respondeu	08	1,3
Prole	N	%
Tem filho(s)	395	57,9
Não tem filho(s)	281	41,2
Não respondeu	06	0,9
Total		100,0

Tabela 2: Distribuição das dimensões de qualidade de vida relacionada à saúde tendo como base o SF – 36 entre Brasileiras vivendo em Portugal.

Portugal, 2016. (Os valores indicados reportam-se à escala de medida, entre 0% e 100%.)

Questionário SF-36	N	Média	Desvio Padrão	Coefficiente Variação	Mínimo	Máximo
SF36	621	70,9	17,3	24%	8	100
1. Capacidade funcional	670	83,6	18,8	22%	0	100
2. Aspectos físicos	671	80,6	32,3	40%	0	100
3. Dor	673	73,3	23,4	32%	0	100
4. Estado geral de saúde	665	71,1	21,0	30%	0	100
5. Vitalidade	676	60,6	22,8	38%	0	100
6. Aspectos sociais	676	74,3	26,1	35%	0	100
7. Aspectos emocionais	670	68,8	40,2	58%	0	100
8. Saúde mental	667	66,3	21,7	33%	0	100
9. Mudança de saúde ao longo do tempo	679	56,1	22,7	40%	0	100

Tabela 3: Distribuição das frequências da Escala de Solidão UCLA. Portugal, 2016. (Os valores indicados reportam-se à escala de medida: 1- Nunca; 2- Raramente; 3- Algumas Vezes; 4- Muitas Vezes).

Ítems da Escala UCLA	1		2		3		4	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1. Sinto falta de camaradagem	99	14,6	135	19,9	242	35,7	202	29,8
2. Sinto que faço parte de um grupo de Amigos	45	6,7	128	18,9	237	35,1	266	39,3
3. Sinto-me excluído	248	36,7	190	28,1	167	24,7	70	10,4
4. Sinto-me isolado (a) dos outros	301	44,4	168	24,8	139	20,5	70	10,3
5. Sou infeliz por ser tão retraído (a)	442	65,3	127	18,8	82	12,1	26	3,8
6. As pessoas estão à minha volta, mas não estão comigo	298	44,0	160	23,6	151	22,3	68	10,0

Tabela 4: Distribuição dos valores de variação da Escala de Solidão UCLA. Portugal, 2016. Os valores indicados reportam-se à escala de medida: 1- Nunca; 2- Raramente; 3- Algumas Vezes; 4- Muitas Vezes

Itens da Escala de Solidão – UCLA	N	Média	Desvio Padrão	Coefficiente Variação
1. Sinto falta de camaradagem	678	2,81	1,02	36%
2. Sinto que faço parte de um grupo de Amigos	676	3,07	0,92	30%
3. Sinto-me excluído	675	2,09	1,01	48%
4. Sinto-me isolado (a) dos outros	678	1,97	1,03	52%
5. Sou infeliz por ser tão retraído (a)	677	1,55	0,85	55%
6. As pessoas estão à minha volta, mas não estão comigo	677	1,98	1,03	52%

Tabela 5: Distribuição da relação entre o SF-36 e todas as dimensões da escala de solidão – UCLA. Portugal, 2016. (** p < 0,01. * p < 0,05).

Questionário SF – 36	Escala de Solidão UCLA	
SF36	Coef. Correlação	-0,493(**)
	Valor de prova	0,000
	N	621
Dim 1. Capacidade funcional	Coef. Correlação	-0,168(**)
	Valor de prova	0,000
	N	669
Dim 2. Aspectos físicos	Coef. Correlação	-0,288(**)
	Valor de prova	0,000
	N	670
Dim 3. Dor	Coef. Correlação	-0,323(**)
	Valor de prova	0,000
	N	672
Dim 4. Estado geral de saúde	Coef. Correlação	-0,370(**)
	Valor de prova	0,000
	N	665
Dim 5. Vitalidade	Coef. Correlação	-0,483(**)
	Valor de prova	0,000
	N	676
Dim 6. Aspectos sociais	Coef. Correlação	-0,516(**)
	Valor de prova	0,000
	N	676
Dim 7. Aspectos emocionais	Coef. Correlação	-0,388(**)
	Valor de prova	0,000
	N	669
Dim 8. Saúde mental	Coef. Correlação	-0,521(**)
	Valor de prova	0,000
	N	667
Dim 9. Mudança de saúde ao longo do tempo	Coef. Correlação	-0,185(**)
	Valor de prova	0,000
	N	678