

Índice

Resumo.....	iii
Abstract.....	iv
Índice de Abreviaturas.....	v
Índice de Anexos.....	vi
Índice de Tabelas.....	vii
Índice de Figuras.....	viii
 Introdução	 1
 Parte I – Enquadramento teórico	 3
 Capítulo I – Imigração feminina brasileira	 3
1. Breve caracterização dos processos migratórios em Portugal	3
2. Teorias explicativas das migrações.....	4
2.1. A Escola Neoclássica e a Teoria de <i>Push-Pull</i>	5
2.2. A Teoria do Mercado de Trabalho.....	6
2.3. A Teoria da Interseccionalidade e a Imigração feminina	7
3. Imigração feminina em Portugal	8
4. Imigração brasileira em Portugal.....	11
5. Imigração feminina brasileira em Portugal	12
 Capítulo 2 – Imigração feminina e saúde sexual reprodutiva	 14
1. Saúde das mulheres imigrantes grávidas em Portugal.....	14
1.1. A gravidez	16
1.2. Fatores de influência do processo migratório na saúde das mulheres imigrantes grávidas	18
1.3. A maternidade	20
2. Teoria da Interseccionalidade, migrações femininas e saúde materno-infantil.....	21

Parte II – Método	24
1. Questões de Investigação	25
2. Objetivos	25
2.1. Objetivo Geral	25
2.2. Objetivos Específicos.....	25
3. Caracterização dos Participantes	26
4. Técnica de recolha de dados.....	28
5. Procedimentos	28
6. Tratamento e análise de dados.....	29
7. Resultados	31
8. Discussão dos Resultados	44
 Parte III – Conclusões.....	 48

Referências Bibliográficas

Anexos

Introdução

O trabalho de investigação que aqui se apresenta tem como objetivo caracterizar as vivências de mulheres brasileiras grávidas, ou que tenham sido mães em Portugal, ao nível da sua saúde física e psicológica, bem como a experiências de vitimação, através dos discursos dos profissionais que lhes prestam apoio. O intuito é a) caracterizar o historial de imigração; b) descrever as principais dificuldades sentidas pelas mulheres brasileiras na adaptação ao nosso país, com base nas percepções dos profissionais; c) caracterizar as representações dos profissionais acerca das mulheres brasileiras; d) descrever a percepção da eficácia dos serviços de apoio às mulheres brasileiras; e) analisar o impacto que a gravidez tem na saúde e no processo de adaptação das mulheres imigrantes no nosso país; f) analisar se o período de gravidez constitui um fator de risco para a doença e para a vitimação; g) analisar o impacto que a vivência de situações de violência tem na saúde das mulheres brasileiras grávidas e h) perceber de que forma a percepção de (in)acessibilidade aos cuidados de saúde tem influência na vivência da gravidez e na própria saúde das mulheres brasileiras grávidas. Neste sentido o estudo é de carácter qualitativo e descritivo focando-se primordialmente nas vivências das mulheres brasileiras mães em Portugal, nomeadamente no que se refere a vivências de violência e o impacto na saúde.

Este estudo insere-se num projeto mais amplo, coordenado pela Professora Doutora Sofia Neves e desenvolvido no ISMAI, cujo objetivo geral é caracterizar as vivências de mulheres imigrantes grávidas ou que foram mães recentemente em Portugal, analisando a gravidez e/ou a maternidade como potenciais fatores de risco para a ocorrência de situações de violência, discriminação e doença. Sendo esta análise feita com base em relatos de profissionais (não sendo estes profissionais de saúde), permite-nos analisar o fenómeno sob um ponto de vista único, uma vez que estes profissionais recebem estas mulheres diariamente nos seus gabinetes de apoio, constituindo muitas das vezes o único local onde estas podem desabafar as suas inquietações e as suas dificuldades, detendo testemunhos ímpares.

Neste sentido esta investigação visa, igualmente dar continuidade aos trabalhos desenvolvidos neste âmbito, uma vez que estes têm vindo a concluir que as mulheres imigrantes brasileiras apresentam uma maior vulnerabilidade a desenvolver problemas de saúde física e mental, devido às representações sociais que a sociedade portuguesa

tem em relação às mulheres brasileiras, carregando consigo a imagem de mulheres sensuais, “trabalhadoras do sexo” que vieram para Portugal desestruturar famílias (Costa, 2013, Neves, 2010, Velho, 2012). Estes mesmos estudos têm vindo a analisar o período da gravidez como fator de risco para a ocorrência de violência e de doença, nomeadamente pela identificação de experiências de vitimação e a presença de sintomatologia psicopatológica, nomeadamente depressiva e ansiógena (Costa, 2013, Neves, 2010, Velho, 2012).

Este trabalho parte destes pressupostos como questões de partida, apresentando-se em três partes. A primeira parte encontra-se dividida em dois capítulos. O primeiro pretende caracterizar o historial da imigração, através de uma breve revisão histórica do fenómeno da imigração em Portugal, a abordagem de algumas teorias explicativas da imigração, da feminização da imigração e a imigração feminina brasileira no nosso país. No segundo capítulo abordam-se as questões da saúde das mulheres imigrantes, nomeadamente nos períodos da gravidez e da maternidade, analisando a gravidez como fator de risco para a ocorrência de violência. A análise destes fenómenos é feita sob um ponto de vista interseccional uma vez que as migrações e as vivências da gravidez e da maternidade influenciam a saúde das mulheres imigrantes.

Parte I – Enquadramento teórico

Capítulo I – Imigração feminina brasileira

O presente capítulo visa abordar a temática da imigração, nomeadamente através de uma breve caracterização histórica dos processos migratórios em Portugal e de uma breve referência a algumas das teorias explicativas destes mesmos processos. São ainda referenciados temas como a imigração feminina e a evolução deste fenómeno, bem como o foco do estudo que diz respeito à imigração brasileira, com incidência na imigração feminina brasileira.

1. Breve caracterização dos processos migratórios em Portugal

Portugal, país conhecido pela sua emigração, uma vez que cerca de 5 milhões de portugueses se encontram a residir um pouco por todo o mundo, é hoje também conhecido pelo fenómeno da imigração (Trindade, 2004).

A população migrante, numa fase inicial cingia-se essencialmente à população vinda das colónias portuguesas para trabalhar e estudar no nosso país, sendo que após a independência dessas colónias dá-se uma segunda vaga de imigração, na década de 80, que dizia respeito aos portugueses que viviam nessas colónias e aquando da sua independência retornaram ao país de origem (Ferreira, 2005).

Na década de 90, para além da imigração ter passado a componente principal dos movimentos migratórios externos, houve um crescente empenho, no nosso país, em melhorar a integração dos imigrantes, através de uma série de políticas inclusivas, que favoreciam a regularização e a reunificação familiar, apresentando um enquadramento teórico legal de livre acesso aos cuidados de saúde (Dias, Rocha & Horta, 2009; Fonseca et al., 2009; Martins, Faria & Lage, 2010).

De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2012), do ano de 2001 a 2011, a população imigrante residente em Portugal cresceu cerca de 70% e, segundo os Censos de 2011, à data de 31 de março, residiam em Portugal 394.496 estrangeiros, representando 3,7% do total de residentes no país.

Desde então, que os imigrantes vêm dos mais diversos países, tornando-se as nacionalidades, deste modo, bastante mais diversas que no passado, sendo a mais

expressiva, de acordo com os dados do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF, 2013), a brasileira com 92.120 indivíduos (23%), seguida pela cabo-verdiana com 42.401 indivíduos (11%), a ucraniana com 41.091 indivíduos (10%), a romena com 34.204 indivíduos (9%), a angolana com 20.177 indivíduos (5%) e a chinesa com 18.637 indivíduos (5%), sendo estas duas últimas as que se encontram em forte crescimento, 14,2% e 36,8% respetivamente. Todavia, as nacionalidades de língua portuguesa estão a perder expressividade, nomeadamente a brasileira teve um decréscimo de 85,9% (-13.502 indivíduos) em relação ao total de estrangeiros em Portugal, apontando-se como fatores explicativos a nacionalização, a alteração dos fluxos migratórios e o impacto atual da crise económica no mercado de trabalho (SEF, 2013).

No que concerne ao sexo, o fenómeno da imigração também foi sofrendo mutações, de uma imigração predominantemente masculina, onde os homens viajavam sozinhos, muitas vezes de forma clandestina (em redes de tráfico) e apenas muitos anos após se assistiam a processos de reunificação familiar. Atualmente o sexo feminino prevalece com 205.776 indivíduos (51,3%), sendo que o masculino com 195.544 indivíduos (48,7%) tem sofrido um decréscimo superior em relação ao feminino, -5,3% e -2,3%, respetivamente (Miranda, 2009; SEF, 2013).

Importa, ainda, mencionar que uma das características da imigração atual em Portugal é o elevado número de imigrantes em situação irregular, sendo nos dias de hoje difícil quantificar o número de imigrantes indocumentados a viver no nosso país. Contudo, de acordo com estimativas oficiais de diversas instituições podem existir dezenas de milhares de imigrantes irregulares em Portugal, nomeadamente de nacionalidade brasileira, devido a fatores que facilitam as deslocações destes para Portugal (Fonseca et al., 2009).

2. Teorias explicativas das migrações

Explicar as migrações implica diversas abordagens, desde a escola neoclássica até às perspetivas mais recentes onde surgem diversas teorias tais como as estruturalistas, institucionalistas ou a segmentação de mercados, redes de trabalho e enclaves étnicos, entre outras (Figueiredo, 2005).

As correntes migratórias têm sido analisadas de um ponto de vista meramente laboral e centrado nos homens, sendo as mulheres consideradas como agentes passivos

neste processo e dependentes dos homens, sendo mencionadas apenas nos processos de reunificação familiar (Velho, 2012). Para além disso, a crescente imigração feminina tem sido justificada pelos elevados índices de pobreza nos países de origem, o que confere um olhar reducionista deste fenómeno, uma vez que existem outros fatores (sociais, culturais, pessoais, entre outros) que devem ser tidos em conta na análise da imigração feminina (Omelaniuk, 2006).

2.1. A Escola Neoclássica e a Teoria de *Push-Pull*

Se pensarmos em termos das teorias neoclássicas, constatamos que a teoria de *push-pull* (Atração-Repulsão) de Ravenstein (1885 as cited in Góis, 2006), um dos seus principais precursores, tem sido muito utilizada para explicar, ao longo do último século, os processos migratórios. Segundo os teóricos neoclássicos, a migração tem como determinante fundamental a questão económica, sendo que os/as imigrantes tomam a decisão de imigrar, essencialmente, com base nas diferenças ao nível dos rendimentos, das condições de emprego e do bem-estar social existentes entre os países (Figueiredo, 2005).

No entanto, as teorias das migrações neoclássicas tendem a esquecer a importância dos fatores de repulsão em detrimento de um maior foco dos fatores de atração (Góis, 2006) e o que a teoria de *push-pull* nos mostra é algo que é facilmente identificável no discurso dos imigrantes, que diz respeito à identificação por parte destes dos fatores de repulsão, sobretudo em relação ao país de origem (por exemplo, a crise económica, o desemprego e o sistema político-social), e os fatores de atração, nomeadamente em relação ao país de acolhimento (por exemplo, existência de maiores oportunidades de emprego e salários mais elevados) (Malheiros, 1996).

Jackson (1991) afirma que os fatores repulsivos são geralmente fatores de ordem económica (por exemplo, os baixos salários, situações de crise económica, desemprego, fome, seca) e os fatores de atração consubstanciavam-se com melhores opções ao fatores supramencionados, colocando em nítido contraste as vantagens da vida urbana sobre a vida rural. Se analisarmos historicamente as migrações na generalidade (e em particular as migrações brasileiras) verificamos que de facto, estes fatores estiveram presentes ao longo de décadas de ciclos migratórios.

Para além destes fatores, Ravenstein (1885 as cited in Góis, 2006) advogava que existia uma relação entre a tecnologia e as migrações, de tal modo que segundo ele,

quanto melhores e mais evoluídos fossem os transportes e os sistemas de informação maior seria o fluxo migratório, o que atualmente sabemos que não é verdade e que existem outras variáveis que devem ser tidas em conta na análise dos fenómenos migratórios contemporâneos, designadamente a importância do sancionamento político dos Estados envolvidos no processo migratório, nomeadamente os dos países de destino destes/as imigrantes (Baganha, 2001; Zolberg, 1989).

Contudo, e uma vez que os imigrantes são parte central do processo migratório, estes devem ponderar a decisão de migrar de forma racional, tendo em conta fatores subjetivos como os custos da viagem e da sua permanência no país de acolhimento, o esforço que irá desenvolver na aprendizagem de uma nova língua e de uma nova cultura, as dificuldades que terá em se adaptar a um novo mercado de trabalho e os custos psicológicos que isto acarreta, uma vez que este irá abdicar de laços afetivos antigos e terá de desenvolver novos laços (Figueiredo, 2005; Lee, 1966). Todavia estes fatores serão relevados uma vez que a longo prazo é expectável que a situação do imigrante evolua favoravelmente, diminuindo os custos e aumentando os ganhos, o que se traduz na estabilidade e adaptação deste ao país de acolhimento (Figueiredo, 2005).

2.2. A Teoria do Mercado de Trabalho

Como vimos, os modelos neoclássicos davam ênfase aos fatores económicos e à busca de melhores condições de vida como os principais mecanismos desencadeadores das migrações. Neste caso, os movimentos migratórios são interpretados como consequência da segmentação do mercado de trabalho (divisão setorial e novos modelos de organização laboral ou modelos atípicos de trabalho, como são exemplo o trabalho temporário e a tempo parcial), da alteração da estrutura de procura nos mercados internacionais de trabalho, do desenvolvimento desigual entre regiões e/ou países que levam a situações de precariedade nas regiões de origem e que consequentemente está a afetar os países de destino (Góis, 2006).

A Teoria do mercado de trabalho tributa, na sua génese, das teorias clássicas, contudo centram a sua análise nesta variável considerando que as migrações obedecem às condições estruturais do mercado de trabalho mundial (Blanco, 2000). Esta teoria fundamenta os seus pressupostos na ideia de um potencial equilíbrio dos níveis salariais, uma vez que as diferenças provocadas pela variação dos diferentes locais de emprego seriam compensadas pelas migrações de trabalhadores (Jackson, 1991).

Para além da visão reducionista que esta teoria confere ao fenómeno migratório, uma vez que o migrante não é um dos elementos de análise mas sim a migração, se analisarmos o facto de que estas teorias apontam que as migrações são essencialmente causadas pelas diferenças salariais entre os países apontando que estes desequilíbrios serão compensados, então segundo esse ponto de vista se esse diferencial deixasse de existir deixariam de haver movimentos migratórios (Massey et al., 1993).

Atualmente assistimos ao facto de que existe uma grande mobilidade de mão-de-obra, contudo, de uma forma geral, aumentou a precariedade contratual e observou-se a persistência da economia informal, o que se deve aos estrangulamentos do modelo de desenvolvimento das sociedades avançadas e os processos de globalização, que, por sua vez levaram a uma competição económica mais acentuada (Peixoto, 2004).

2.3. A Teoria da Interseccionalidade e a Imigração feminina

A teoria da Interseccionalidade surge nos anos 70 do século XX fruto do movimento feminista negro e das lutas antirracistas (Nogueira, 2011). O feminismo negro chama a atenção que não se pode continuar a ter uma visão de um *solipsismo* branco, essencialista e reducionista que conceptualiza o género como a única forma de subordinação das mulheres (La Barbera, 2012; Nogueira, 2011).

Crenshaw (1991), durante a década de 90, cunha o termo Interseccionalidade, conceptualizando-o como a teoria que passa a querer entender as imbricações das várias multitudes contidas nas mulheres, reconhecendo que a interação destas várias categorias, social e culturalmente construídas, podem potenciar desigualdades sociais e discriminações (Neves, 2011; Nogueira, 2011; Oliveira, 2010).

Esta nova forma de pensar e agir teve repercussões nos estudos das migrações e se durante anos foi recorrente, nesses estudos, a comparação das diferenças existentes entre homens e mulheres migrantes e a homogeneidade das experiências dos indivíduos, não se assumia que existem diferentes grupos de mulheres e de homens e que as especificidades desiguais desses grupos propiciam diferentes experiências de subordinação (Crenshaw, 2002). Com esta abordagem torna-se possível conceptualizar que o processo imigratório pode constituir-se num *continuum* de experiências de discriminação, não só no país de origem, mas também no país recetor (Albuquerque, 2005).

Desta forma, diversos/as teóricos/as começam a analisar as trajetórias das mulheres imigrantes, tendo em conta as suas diferentes categoriais identitárias e o modo como estas interagem a múltiplos níveis para se manifestarem em termos de desigualdade social, trazendo novas perspetivas na análise do fenómeno migratório feminino (Carbado & Gulati, 2001; Neves, 2010; Nogueira & Oliveira, 2010).

Para que estas mulheres imigrantes possam ser analisadas com base na teoria da Interseccionalidade importa conhecer estas mulheres, saber quem são, de onde vêm e como se sente no país recetor, pois só assim lhes poderemos dar voz e ajudá-las (Brah, 2006). Todas as imigrantes, seja qual for a sua nacionalidade e as representações sociais associadas à mesma (como é exemplo a nacionalidade brasileira e os estereótipos associados à imagem da mulher brasileira), têm de ser analisadas com base não só com base nessas categorias de análise (nacionalidade, representações, habilitações), mas na interação da sua nacionalidade, estado civil, idade, habilitações, entre tantas outras características que as diferenciam (Correia & Neves, 2010; Neves, 2010).

Outros dos temas que têm vindo a ser analisados, em diversos estudos, com base nesta teoria e em interação com a temática da imigração feminina, são as questões da discriminação e da violência. Sendo que a imigração é um fenómeno passível de inúmeras e variadas formas de discriminação, onde as mulheres imigrantes são particularmente vulneráveis à exploração, discriminação e abuso, estando muitas delas expostas à violência, a condições de trabalho precárias e, cada vez mais, ao comércio do sexo (United Nations Development Fund for Women – UNIFEM, 2003).

Neste sentido, ao pensarmos nestas populações e ao analisarmos o fenómeno migratório, temos de ter presente a ideia de que os/as imigrantes apesar de se deslocarem geograficamente, mantêm a sua identidade social e a sua cultura, o que faz com que se perpetuem situações de discriminação e violência sobre e contra as mulheres (Figueiredo, 2005). Estas mulheres constituem uma força económica para os seus países de origem e, igualmente, para os países de destino da migração, sendo até apontadas pelo Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI, 2011) como uma fonte de incremento da natalidade na sociedade portuguesa.

3. Imigração feminina em Portugal

A imigração, sendo nas décadas de 60 e 70, um fenómeno predominantemente masculino, assumiu nas décadas seguintes contornos femininos, sendo que atualmente

mais de metade da população imigrante em Portugal e no mundo é do sexo feminino (Dias et al., 2009; SEF, 2013).

Relatórios internacionais têm vindo a ressaltar que cada vez mais mulheres migram de forma independente à procura de trabalho, devido à crescente aceitação social da sua independência económica e mobilidade (United Nations Population Fund/International Organization for Migration – UNFPA/IOM, 2006).

Wall, Nunes e Matias (2005) no seu estudo identificaram dois tipos de trajetórias da imigração feminina, uma que diz respeito às mulheres que migram sozinhas ou apenas com os filhos em busca de melhoria das condições de vida, e outras que, por outro lado migram com os companheiros ou que se reúnem com estes, ou que possuem amigos e/ou familiares no país de acolhimento que lhes prestarão apoio.

Escrivá (2003 as cited in Padilla, 2007) tenta explicar a crescente feminização dos fluxos migratórios, através de um estudo de caso (de mulheres peruanas que migraram para Espanha), sugerindo duas causas possíveis para este fenómeno, sendo a primeira a necessidade das mulheres tomarem a iniciativa de partir devido às escassas possibilidades dos homens se inserirem no mercado de trabalho do país de acolhimento e a segunda a possibilidade das mulheres reforçarem o seu poder e a sua posição, obtendo recursos e estatuto próprios.

No entanto os dados do ACIDI (2012) ressaltam que no que se refere à situação profissional das mulheres imigrantes em Portugal esta é, na sua maioria, precária, uma vez que as mulheres desempenham qualquer tipo de função (predominantemente atividades domésticas e na área da restauração), grande parte das vezes sem contrato de trabalho (Diniz, 2004 as cited in Dias et al., 2009). Para além do fator supracitado, o comércio do sexo é, ainda um mercado laboral onde se encontram muitas mulheres imigrantes, sendo que em Portugal, os dados apontam para que grande parte das mulheres a trabalhar neste nicho de população seja de origem brasileira (King & Zontini, 2000; Padilla, 2007).

Apesar do carácter de precariedade, os estudos realizados pelo ACIDI (2012) revelaram que as mulheres que procuram emprego não encontram obstáculos, desde que para desempenhar funções não qualificadas (Velho, 2012).

O facto é que é quase impossível abordar este tema da feminização das migrações e do mercado de trabalho sem falar das alterações que este último sofreu ao longo dos anos, nomeadamente no que se refere às *cadeias globais de cuidados*,

conceito que procura consubstanciar as características da migração laboral feminina tendo em conta todos os fatores e contextos social, político e económico, quer dos países de origem, quer dos países de acolhimento destas trabalhadoras imigrantes (Orozco, 2007 as cited in Malheiros, Padilla & Rodrigues, 2010).

Na sequência destas mudanças globais ocorridas no mercado de trabalho nas últimas décadas, tem-se destacado a procura massiva de mão-de-obra feminina, principalmente de baixo custo e oriunda de países pobres, para suprir as novas necessidades de *cuidados*, que dizem respeito a trabalhos de apoio e cuidado doméstico, médico, cuidado de crianças e idosos, limpezas, entre outros (Orozco, 2007 as cited in Malheiros et al., 2010).

Este enquadramento é importante para perceber como se operacionaliza a inserção destas mulheres no mercado de trabalho, sendo que há autores que defendem que uma das características mais destacadas na atual imigração feminina é a exploração das desigualdades de género, uma vez que a imensa maioria das trabalhadoras imigrantes efetua trabalhos considerados tipicamente femininos, quer sejam empregadas domésticas, cuidadoras de doentes, crianças ou idosos, ou trabalhadoras sexuais (Paiewonsky, 2007). Em suma, como Malheiros e colaboradores (2010) afirmaram “*as melhores imigrantes estão principalmente inseridas nos grupos de mercado laboral menos apetecíveis devido às condições laborais, à proteção legal precária e às baixas remunerações*” (p. 28).

Importa, ainda, salientar que as imigrantes se caracterizam, na sua generalidade, por elevadas qualidades e competências individuais, apresentando uma mobilidade laboral similar à dos autóctones, assumindo uma função de “reforço” da força do mercado nacional do país de acolhimento (Peixoto, 2007).

No entanto, apesar de se verificar uma maior igualdade entre homens e mulheres no que concerne à participação no mercado de trabalho, o facto é que ainda persistem muitas desigualdades, nomeadamente ao nível da remuneração, na facilidade de ascender profissionalmente e a possibilidade de desfrutar de um trabalho digno (International Research and Training Institute for the Advancement of Women - INSTRAW, 2007).

4. Imigração brasileira em Portugal

Como já tivemos ocasião de mencionar, a imigração brasileira é a que tem mais expressividade no nosso país (92.120 indivíduos), sendo que a sua presença no nosso país é relativamente antiga, uma vez que já na década de 60 constituíam uma das maiores comunidades estrangeiras em Portugal (Fernandes, 2008; SEF, 2013).

Na década de 80 dá-se a chamada “primeira leva” de imigrantes brasileiros para o nosso país, sendo que a sua maioria possuía elevada qualificação, ocupando quadros profissionais superiores (por exemplo, dentistas e informáticos). Cerca de uma década depois o número de imigrantes brasileiros aumentou de forma significativamente, contudo estes tinham baixa escolaridade e vieram ocupar quadros menos qualificados do nosso mercado de trabalho (por exemplo, empregados de mesa e balcão, músicos e dançarinos) (Fernandes, 2008; Malheiros, 2007).

Num estudo realizado com imigrantes brasileiros na cidade do Porto, Machado (2003) constatou que grande parte destes imigrantes de facto estavam ligados a quadros profissionais que estavam relacionados com atividades de contacto direto com o público, devido à imagem existente dos brasileiros de que são mais adequados para este tipo de atividades por serem simpáticos e alegres, como é esperado que seja um brasileiro.

Em busca de trabalho e melhores condições de vida, os brasileiros procuram o nosso país pela imagem da “velha pátria mãe”, pelos laços históricos e afetivos, pelo idioma comum e por uma curiosidade natural em relação ao país que os colocou nas rotas comerciais do mundo e ainda por uma certa familiaridade com a cultura portuguesa (Padilla, 2004).

O perfil destes brasileiros, de 1998 a 2003 diz respeito a uma população jovem entre os 25 e os 34 anos, que migram sós, têm o ensino secundário e ocupam profissões na área do comércio e serviços e ainda quadros mais baixos do setor secundário como a construção civil, estando 30 a 40% desta população em situação irregular (Correia & Neves, 2011). Como já foi referido a nacionalidade brasileira é a população estrangeira que mais se encontra em situação irregular no nosso país, não só pelo simples facto de ser a nacionalidade estrangeira mais representativa no nosso país, mas devido a fatores que facilitam a sua livre circulação no nosso país, como são o facto de não necessitarem de visto de entrada e a existência de redes sociais que dão apoio ao imigrante, como o facto de terem cá familiares ou amigos que tornam mais fácil a adaptação pelo menos num primeiro momento (Miranda, 2009).

5. Imigração feminina brasileira em Portugal

Se por um lado, a autoimagem da comunidade brasileira é predominantemente positiva, por outro lado, as imagens e as relações são marcadas por uma ambivalência (proximidade/preconceito) que implica a negociação da sua identidade nacional (Malheiros, 2007; Padilla, 2007; Xavier, 2007).

Sendo na sua maioria uma imigração constituída por mulheres estas enfrentam dificuldades ao nível da inserção no mercado de trabalho, que estão relacionadas com questões de género, como já foi supramencionado, pelo facto de estarem num processo migratório e, neste caso têm um fator discriminatório acrescido pelo facto de serem de origem brasileira, uma vez que existem estereótipos produzidos em torno das mulheres brasileiras (Padilla, 2005). Esta é, frequentemente, representada como uma mulher feminina, com grande sensualidade e submissa, sendo ainda associadas à prostituição, o que tem consequências a nível laboral, social, relacional e da saúde da mesma (Machado, 2003; Padilha, 2007; Malheiros, 2007).

Santos (2005) elaborou um estudo acerca desta imagem das mulheres imigrantes brasileiras e verificou que esta imagem de “mulher exótica” é veiculada pela imprensa portuguesa de forma generalizada e portanto, reforçando os estereótipos existentes de que as mulheres brasileiras para além de se encontrarem em Portugal ilegalmente (controversamente associado ao período extraordinário de legalização de imigrantes brasileiros) e que se prostituí (associado ao caso das “Mães de Bragança” que afirmaram que o término dos seus casamentos ocorreu pelo facto de existir naquela zona um grupo de mulheres imigrantes brasileiras).

Diniz (2005) afirma que as mulheres brasileiras tendem a ocupar nichos de mercado que já são ocupados na sua maioria por imigrantes brasileiras, como cafés, lojas e nas limpezas, e que existe de facto uma reclamação generalizada quanto à maneira como estas são vistas e tratadas no país de acolhimento, o que se deve nomeadamente aos estereótipos associados às mesmas, que acarretam constrangimentos, insultos e mesmo, em alguns casos assédio e violência física. Tais fatores vulnerabilizam estas mulheres e dificultam o seu processo de adaptação, principalmente esta imagem associada à prostituta tem consequências diretas e indiretas na experiência quotidiana, que muitas vezes comprometem as relações afetivas dessas mulheres bem como a sua inserção no mercado de trabalho (Neves, 2010; Padilla, 2007).

Muitos dos problemas de adaptação das mulheres brasileiras ao nosso país dizem respeito aos estereótipos que a população portuguesa tem sobre a nacionalidade

brasileira. Estas mulheres deparam-se muitas vezes com experiências negativas de discriminação interseccional, sendo expostas a situações de vitimação decorrentes não só dos estigmas associados à sua nacionalidade, bem como ao género que representam e, por vezes, a uma carente situação económica (Neves, 2010). Estas mesmas imigrantes demonstram sentir desconforto e desconfiança por parte da população portuguesa referindo que as suas capacidades não são reconhecidas e que as formas como são tratadas reflete a mentalidade dos portugueses, reconhecendo que esta poderá variar consoante a idade, uma vez que as pessoas mais velhas demonstram mais preconceitos face às mulheres de nacionalidade brasileira (Correia, 2011).

No entanto, dados indicam que as mulheres brasileiras contribuem de forma significativa para o aumento da taxa de natalidade no nosso país, comparativamente com imigrantes de outras nacionalidades (Malheiros, 2007). Paralelamente a esta tendência, o aumento de casamentos entre brasileiras e portugueses também tem aumentado (Raposo & Togni, 2009). Contudo, no que se refere à saúde destas mulheres, estas apresentam índices de saúde física, psicológica e sexual reprodutiva alarmantes, na medida em que estudos revelam que estas recorrem pouco aos serviços de saúde, sendo que quando a estes recorrem já se encontram bastante debilitadas (Bäckström, Carvalho & Inglês, 2009; Velho, 2012). Referem ainda vivenciar situações de violência, inclusive durante a gravidez, apresentando problemas psicológicos, os quais não eram identificados pelas mesmas como tal, nomeadamente sintomatologia depressiva e ansiógena, como sendo a mais frequente (Velho, 2012).

Todos estes fatores contribuem de certa forma para a vulnerabilização destas mulheres ao desenvolvimento de problemas ao nível da saúde física e mental, o que abordaremos em seguida.

Capítulo 2 – Imigração feminina e saúde sexual reprodutiva

A vida dos imigrantes está geralmente focada no trabalho, sendo que a sua grande maioria migra em busca de melhores oportunidades de trabalho e de melhores condições de vida, pelo que a saúde como tal raramente é pensada com central nas suas vidas (Padilla, 2013; Velho, 2012). Neste sentido, este capítulo visa a abordagem das migrações sob o princípio de que estas influenciam a qualidade de vida e saúde dos migrantes, nomeadamente das mulheres em fases vulneráveis como são a gravidez e a maternidade, uma vez que a literatura, por si só, as refere estas fases como sendo períodos de maior vulnerabilidade à doença e à vivência de situações de vitimação (Silva, Ludermir & Araújo, 2011).

1. Saúde das mulheres imigrantes grávidas em Portugal

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2009), saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade e, considerando a saúde como um direito humano fundamental, a OMS (1986) aponta como condições e recursos fundamentais a alimentação, a habitação, a educação, os meios económicos adequados, o ecossistema estável, recursos sustentáveis, a justiça social e a equidade (ACIDI, 2009; OMS, 2009). A saúde, de um ponto de vista sistémico, é encarada como um processo e um recurso na medida em que pode constituir um fator determinante na melhoria do bem-estar e das condições de vida dos indivíduos ao nível da educação, emprego, cidadania e desenvolvimento (Nutbeam, 1998; Tones & Green, 2004). Atuar nestes determinantes sociais de saúde representa a forma mais eficaz de melhorar a saúde das populações e de reduzir as iniquidades sociais (Dias et al., 2009).

Reconhece-se que a mobilidade das populações pode ter implicações diretas e indiretas na saúde e, simultaneamente, o estado de saúde das populações imigrantes tem impacto no processo de integração das mesmas na sociedade de acolhimento e, neste sentido, a imigração têm sido considerada um desafio para a saúde pública e sistemas de saúde de vários países (Carballo, Divino & Zeric, 1998; Dias & Gonçalves, 2007; Dias et al., 2009).

No que concerne às mulheres imigrantes, tem sido identificado por diversos estudos que estas estão mais propensas ao desenvolvimento de doenças físicas e mentais, uma vez que estão associadas à imigração alterações tanto a nível psicológico

como físico, devidas às dificuldades encontradas na adaptação aos novos contextos do país recetor, que associadas às mudanças experienciadas durante a gravidez e a maternidade (que por si só geram stresse e ansiedade) vulnerabilizam estas mulheres gerando sintomatologia depressiva e ansiógena (Alves & Bäckström, 2011; Cruz, 2010; Dias et al., 2009).

Topa, Nogueira e Neves (2010) referem que ser imigrante poderá estar associado a vários fatores de risco relativos à saúde sexual reprodutiva, visto que durante o período de gravidez a mulher imigrante poderá ser exposta a diversas dificuldades relacionadas com o período de gravidez e com o parto. Devido a essas mesmas dificuldades poderão desencadear-se fatores de risco, que poderão, por sua vez conduzir à ocorrência de infeções perinatais, taxas de maior mortalidade perinatal e infantil, números mais elevados de mortalidade materna e elevados números de partos prematuros e com menor peso à nascença (Topa et al., 2010).

A definição deste conceito de saúde sexual e reprodutiva pressupõe a possibilidade de as pessoas terem uma vida sexual segura e com prazer, com capacidade de reprodução e liberdade de decisão, assumindo, simultaneamente, as questões dos direitos humanos, sendo reconhecido que todos os casais e indivíduos têm o direito à decisão livre e responsável nos aspetos relacionados com a reprodução, nomeadamente no que concerne ao número de filhos, o local e o momento em que os terão, sem discriminação, coerção ou violência (United Nations – UN, 1994; UNFPA, 1996).

Para além destes direitos, a Direção Geral de Saúde (DGS, 2008) define que o direito à informação e aos meios necessários de obtenção da mesma devem ser difundidos à população em geral, bem como o acesso aos serviços de saúde, uma vez que este último fator tem um grande peso nas condições como estes vivenciarão, particularmente, a sua vida sexual e reprodutiva (UNFPA, 1996).

Com o crescente aumento da imigração feminina, a preocupação face às questões de saúde sexual e reprodutiva nesta população têm aumentado, uma vez que a diferença dos papéis sociais de género, associada a variáveis socioeconómicas e culturais, reflete-se muitas vezes numa desigual exposição das mulheres a riscos para a saúde, quando comparadas com os homens (OMS, 2002). Para além disto, como já referimos, com base em dados de organizações internacionais e de estudos epidemiológicos, têm sido apontada uma maior vulnerabilidade no que se refere à saúde sexual e reprodutiva nas mulheres imigrantes (Rademakers, Mouthaan & De Neef, 2005; Topa et. al., 2010; United Nations & AIDS –UNAIDS, 2006).

1.1. A gravidez

Segundo a OMS (2012), a gravidez é compreendida como o período de gestação de um embrião ou feto no útero de uma mulher durante nove meses, sendo que para a maioria das mulheres esse período é vivido com imensa alegria e satisfação mas, potencialmente ansiogénico.

A gravidez é um período de transição que as mulheres imigrantes grávidas vivenciam de forma mais intensa do que as autóctones pois, se por um lado experienciam o fenómeno da imigração, com as diversas alterações que o mesmo implica, por outro lado, experienciam as mudanças biopsicológicas da gravidez e a iminência da maternidade (Coutinho & Parreira, 2011; Janssens, Bosmans & Temmerman, 2005).

Muitas mulheres imigrantes grávidas, que se encontram em situação irregular no país, tendem a iniciar o acompanhamento médico numa fase muito avançada da gravidez, por recearem a denúncia às autoridades (Wolff et al., 2008). A ausência de um acompanhamento precoce da gravidez traz um impacto na possibilidade de desenvolvimento de doenças físicas e psicológicas destas mulheres imigrantes grávidas, o que justifica, em certa medida, os dados que apontam para taxas mais elevadas de mortalidade perinatal e infantis na população imigrante (Machado et al., 2007).

De acordo com estimativas da OMS (2007 as cited in King, Klasen & Porter, 2008), meio milhão de mulheres morrem todos os anos devido a complicações relacionadas com a gravidez e o parto, sendo que 99% ocorrem em países em vias de desenvolvimento.

No entanto e segundo Sopa (2009), as mulheres imigrantes não descrevem a necessidade de muitos cuidados no decorrer da gravidez, implicando, de facto, maiores cuidados no período pós-parto, visto ser o período onde a existência de costumes e saberes transmitidos de geração em geração se evidenciam com maior relevância quando colocados em prática. Geralmente, esses cuidados são realizados em contexto familiar e na sua microcultura refletindo-se em cuidados prestados à mulher e ao recém-nascido (Sopa, 2009).

O ACIDI (2012) veio referir, recentemente, que muitas mulheres imigrantes quando estão grávidas desconhecem os direitos que têm no acesso à saúde e acabam por não ser acompanhadas. Muitas das vezes este desconhecimento acresce a instabilidade e a precariedade da situação laboral das imigrantes, a dificuldade em obterem proteção

social e o custo associado aos cuidados de saúde, que constituem barreiras reais à utilização destes serviços por parte dos imigrantes (Dias & Gonçalves, 2007).

Diversas investigações internacionais apontam, ainda, para o facto de situações de exclusão social e de precariedade económica, aliadas à ausência de suporte familiar e ao desconhecimento dos seus direitos em matéria de saúde, favorecem a exposição das mulheres imigrantes grávidas a processos de discriminação, assumindo-se uma alta vulnerabilidade à violência de género (West, 2005).

A violência durante a gravidez afeta em muito a qualidade de vida das mulheres, contudo muitas vezes é aceite como um fenómeno cultural e como fazendo parte dos costumes e normas da sociedade que são entendidas e aceites como forma de ação disciplinar exercida sobre esposas e filhas (Carvalho-Barreto, Bucher-Maluschke, Almeida & De Souza, 2009; Gomes, Diniz & Araújo, 2007; Menezes, Amorim, Santos & Faúndes, 2003; Salcedo-Barrientos, Miura, Macedo & Egry, 2014). Pesquisas apontam que as gestantes são mais suscetíveis de sofrerem agressão por parte dos seus parceiros do que as mulheres não grávidas, sendo este período apontado como um fator de risco para a violência doméstica, podendo esta ter início depois da gestação ou alterar o padrão quanto à frequência e gravidade neste período (Menezes et. al., 2003; Silva et al., 2011).

O corpo da mulher grávida pode significar, para alguns homens, o corpo feminino ocupado ou não disponível sexualmente, a suspeita de traição e a negação da paternidade, vivências comuns na vida conjugal das mulheres grávidas em situação de violência (Oliveira & Viana, 1993 as cited in Dantas-Berger & Giffin, 2011). Os casos de violência física e sexual são predominantes nesta fase reprodutiva o que pode trazer consequências graves para a saúde da mulher, entre elas hemorragias que podem culminar em nascimentos prematuros ou mesmo na interrupção da gravidez (Audi, Segall-Corrêa, Santiago, Andrade & Pérez-Escamilla, 2008; Silva et al., 2011).

Um estudo realizado por Castro e Ruíz (2004) com o objetivo de perceber se de facto a gravidez contribui como um fator intensificador da violência, como apontado na literatura ou se, pelo contrário atenua a conduta violenta dos agressores, chegou aos seguintes resultados, revelando que mais de 30% das mulheres inquiridas referiam ter sido agredidas física, psicológica e sexualmente tanto antes como durante a gravidez, o que demonstra a gravidade deste problema. No entanto, também se verificou uma pequena diminuição da violência durante o período de gestação, contudo pouco relevante, uma vez que os dados apontam 33,6% de ocorrência de violência antes da

gravidez, diminuindo para 32,1% durante a gravidez. Contudo, esse mesmo estudo, numa análise pormenorizada dos diversos tipos de violência concluiu que as violências física e sexual tiveram um pequeno decréscimo, no entanto houve um aumento das percentagens da violência psicológica, uma vez que 23,5% das inquiridas referiram serem vítimas de violência psicológica antes da gravidez e 28% referiu-a durante a gravidez (Castro & Ruíz, 2004). Tais dados configuram que não há, de facto, uma diminuição efetiva da violência, mas uma alteração do tipo de violência vivenciado (Castro & Ruíz, 2004).

Estudos com profissionais de saúde revelam a sua impreparação no que diz respeito às questões da violência de género (nomeadamente, aos tipos de violência que o configuram, podendo esta ser do tipo físico, sexual e/ou psicológico), bem como no que respeita às especificidades culturais e legais das populações imigrantes, uma vez que a formação destes profissionais em saúde se baseia no modelo biomédico, que reproduz uma profissionalização mecanicista, focada na doença e não no sujeito, o que reflete a necessidade de formação de profissionais nestas áreas com vista a promover um atendimento adaptado às especificidades do indivíduo (Almeida & Caldas, 2012; Dias et al., 2010; Padilla, 2013; Salcedo-Barrientos et. al., 2014; Topa et. al, 2010).

1.2. Fatores de influência do processo migratório na saúde das mulheres imigrantes grávidas

Apesar de não constituir, necessariamente, uma ameaça à saúde, o processo migratório e as condições em que este se processa pode aumentar a vulnerabilidade dos/as migrantes à doença física e psicológica (IOM, 2004; Ramos, 2008; UNFPA, 2006).

Fatores como o tipo de migração, as políticas a que os/as migrantes são sujeitos/as nos países de acolhimento, as condições de acesso à educação e ao emprego, o tipo de contato mantido com o país de origem, a possibilidade de retorno e reintegração, o estatuto de regularidade ou irregularidade (IOM, 2010), as ruturas familiares, afetivas, linguísticas e simbólicas, bem como o acumular de referências e experiências culturais contraditórias podem afetar imensamente a qualidade de vida dos/as migrantes, interferindo negativamente na sua saúde (Miranda, 2009; Topa et al., 2010). Estes fatores, muitas vezes, associam-se a outros riscos inerentes ao próprio indivíduo e ao seu país de origem pois, ao imigrar, o indivíduo traz consigo o seu perfil

de saúde, o qual reflete a sua história médica e a qualidade dos cuidados de saúde disponíveis no seu país de origem (Ackerhans, 2003; Carballo & Nerukar, 2001; Dias & Gonçalves, 2007).

Neste sentido, as questões sociais, culturais e políticas, associadas por sua vez a questões identitárias, desempenham um papel central no estado de saúde dos/as imigrantes e nos usos que estes fazem (ou não) dos serviços de saúde (Fonseca et al., 2007). Neste âmbito do acesso aos serviços, constata-se a recusa de tratamento por parte de alguns serviços ou a exigência do pagamento das taxas mais elevadas, mesmo nos casos de mulheres grávidas e crianças, na maior parte das vezes porque estes se encontram em situação irregular no país ou porque nunca descontaram para a Segurança Social (Fonseca et al., 2007). Muitas destas utentes grávidas ou que já tiveram bebé e que se encontram em situação irregular, procuram recorrentemente os serviços disponibilizados aos/às imigrantes, no sentido de solucionarem este problema e de conseguirem aceder às consultas de acompanhamento pré-natal e de pós-parto (Bäckström et al., 2009).

Os trabalhadores imigrantes apresentam, em alguns casos, maior risco de desenvolver quadros patológicos, registando maior incidência de acidentes e de doenças ligadas a atividades laborais (IOM, 2005).

Estudos indicam que algumas populações imigrantes estão, também, em maior risco de desenvolverem doenças cardiovasculares, de ter diabetes, de apresentar maior taxa de mortalidade associada a cancro de contrair doenças infecciosas (tais como a tuberculose, VIH/SIDA e hepatites) e de vir a sofrer de doenças mentais (entre as quais a depressão, a esquizofrenia e o *stress* pós-traumático) (Dias et al., 2009; Rocha, Darsie, Gama & Dias 2012).

Um outro estudo efetuado por Godinho e colaboradores (2008), com 2.485 imigrantes, concluiu haver sofrimento psicológico em 31% dos casos analisados, sendo as mulheres mais atingidas por este problema. Este sofrimento parece dever-se, em larga medida, às dificuldades sentidas na adaptação ao país recetor e à quebra de laços emocionais significativos. Os imigrantes, com particular ênfase nas mulheres, confrontam-se com inúmeras mudanças, podendo estas envolver conflitos psicológicos, desintegração social e/ou até mesmo declínio na sua saúde mental (Neto, 2008; Topa et al., 2010).

1.3. A maternidade

Contrariamente à gravidez que, na sua base consiste num processo biológico, a maternidade é um fenómeno predominantemente social perante a influência dos processos biossociais, onde se incluem as noções de sexualidade, de reprodução, da organização doméstica e de poder (Fidalgo, 2003). Neste sentido, as características físicas, anatómicas e funcionais são pré-requisitos importantes a ter em linha de conta para a ocorrência de uma gravidez, não sendo, no entanto, condições suficientes para uma maternidade adaptativa (Canavarro, 2001).

Atualmente, nas sociedades contemporâneas, face à evolução tecnológica e científica que envolve a dimensão biológica da maternidade, a mulher pode ser mãe independentemente do processo reprodutivo utilizado que, por si só, vai para além da relação sexual, como são exemplo a inseminação artificial e a fertilização *in vitro* ou recorrendo à adoção ou ao papel de mãe substituta (Santiago, 2009).

Perante os aspetos atrás descritos, conclui-se que o facto de a mulher vivenciar um período de gravidez, não significa que após o parto assegure e se adapte adequadamente, ao papel materno, visto que, tanto a gravidez como a maternidade são vivenciados como uma experiência pessoal e única, estando subjacente a forma como o tempo, a cultura e a sociedade, onde a mulher se encontra inserida, percecionam a própria maternidade (Kitzinger, 1996 as cited in Santiago, 2009).

Segundo Serra (2009) a maternidade assume um papel preponderante em muitos dos países de origem dos/as imigrantes, sobretudo naqueles onde o papel das mulheres está centrado na capacidade reprodutora e no seu estatuto na família, como são exemplo, países da África e da Ásia e, em grupos de baixos níveis de rendimentos e de escolaridade, onde esta é a garantia de ser “verdadeiramente mulher”, experiência identificada pela especificidade biológica feminina e a determinação do seu posicionamento, estatuto e função na sociedade (Madi, Cassanto & Silveira, 2009).

Assim sendo, a cultura exerce uma forte influência na conceção de saúde da mulher ao longo do seu ciclo vital, incluindo a forma como esta irá vivenciar a maternidade. Outro fator marcante prende-se com o temperamento de cada pessoa que engloba não só as suas características pessoais como também as crenças, valores, perceções e costumes de comportamentos de origem, que não podem ser omissos, o que por vezes poderá colidir com comportamentos e atitudes da sociedade para onde transitou (Carballo & Nerukar, 2001; Ackerhans, 2003; Correia, 1998; Sopa, 2009).

De acordo com Dias e colaboradores (2010), a falta de informação, por parte dos/as técnicos/as de saúde, sobre aspetos culturais relativos ao comportamento sexual e reprodutivo dos/as migrantes, condiciona também a utilização dos cuidados de saúde e a forma como as mulheres, muito em particular, vivem as experiências da gravidez, parto e maternidade.

Com efeito, os fatores culturais e sociais, associados aos papéis de género, aos costumes, à língua e aos padrões de comunicação podem restringir os usos dos serviços de saúde por parte das mulheres grávidas em concreto, fazendo com que os cuidados formais sejam, muitas vezes, substituídos por práticas tradicionais (Dias et al., 2009; Gonçalves et al., 2003).

Por outro lado, algumas mulheres imigrantes devido às normas culturais dos seus países de origem, muito enraizadas ao conservadorismo e à sociedade patriarcal, sentem-se desconfortáveis e até mesmo desrespeitadas com a prática de determinados atos médicos, nomeadamente quando o atendimento é feito por médicos do sexo masculino, ou que haja a necessidade de mostrarem partes íntimas do seu corpo (Mestheneos et al., 1999 as cited in Topa, Neves & Nogueira, 2013).

2. Teoria da Interseccionalidade, migrações femininas e saúde materno-infantil

Neste ponto será feita uma análise acerca do impacto das migrações femininas ao nível da saúde materno-infantil, com recurso à teoria da Interseccionalidade, com vista a explicar os fatores que podem vulnerabilizar as mulheres imigrantes, no domínio da saúde materno-infantil.

De acordo com algumas investigações, a associação entre imigração e vulnerabilidade em saúde parece estar relacionada com reduzidas taxas ligadas ao acesso e à utilização dos serviços de saúde (Dias & Gonçalves, 2007; Rocha et al., 2012), sendo que a utilização desses serviços pelas populações imigrantes tem vindo a ser considerado um dos mais importantes indicadores da sua integração nas sociedades recetoras (Dias et al., 2009).

É um facto que segundo a lei portuguesa, todos os imigrantes têm o direito e o dever de proteção da sua saúde em Portugal, sendo que existe uma legislação específica que contempla o acesso por parte dos imigrantes, independentemente do seu estatuto jurídico (Bäckström et al., 2009). Todavia são diversos os entraves impostos aos imigrantes no acesso à saúde, com ênfase no caso das mulheres imigrantes, dos quais se

destacam entraves ao nível da legislação, das instituições, ao nível económico e cultural, bem como barreiras de opressão e discriminação, sendo a teoria da interseccionalidade a que melhor procede à análise da opressão (Nash, 2008; Dias, Gama, Silva, Cargaleiro & Martins, 2011).

Estas situações de desigualdade e iniquidade no acesso à saúde por parte das mulheres imigrantes problematizam-se ainda mais em situações de gravidez. Estas mulheres enfrentam, de entre a generalidade das mulheres imigrantes, para além de todas as dificuldades inerentes à condição de imigrante, o stresse associado à gravidez e pós-parto, e alguns constrangimentos particulares em termos de saúde e de violências (como por exemplo, violência de género, tráfico e exploração sexual e laboral) no contacto com os países recetores (Blignault, Ponzio, Rong & Eisenbruch, 2008; Bollini, Stotzer & Wanner, 2007; Salas & Tenkku, 2010).

Reportando-nos ainda à vivência da gravidez e da maternidade nas imigrantes este é considerado um difícil processo de aculturação, dado que nem sempre existe um equilíbrio entre os cuidados maternos alicerçados nos saberes tradicionais do seu país de origem, e outros adquiridos na cultura de permanência e muitas mães perpetuam práticas e cuidados que derivam do seu país de origem (Ramos, 2008).

Em relação à saúde materno-infantil em Portugal, o esforço ao nível político e dos serviços de saúde traduziu-se numa evolução positiva dos indicadores de saúde, particularmente no que diz respeito à diminuição das taxas de mortalidade materna, neonatal e infantil (INE, 2005; Machado et al., 2007; OMS, 2007). Atualmente, o acesso às consultas de saúde materna e infantil é gratuito, independentemente do estatuto legal das mulheres imigrantes (Rocha et al., 2012).

No entanto, estudos demonstram que as mulheres tendem a adotar menos comportamentos preventivos, a recorrer com menor frequência aos cuidados de saúde e a receber pouca assistência pré-natal (European Women's Lobby – EWL, 2007). O mesmo se passa com as mulheres grávidas imigrantes em situação irregular, que tendem a iniciar o acompanhamento médico numa fase avançada do processo de gravidez, por recearem ser denunciadas às autoridades (EWL, 2007; Wolff et al., 2008).

Para além da desigualdade e das experiências de vitimação pelas quais as mulheres imigrantes passam, atualmente estas ainda enfrentam grandes constrangimentos no acesso aos serviços de saúde (Hankivsky et al., 2010). Nesse sentido, deve, igualmente, ser tida em conta a interseccionalidade e a complexidade

humana nas pesquisas e nas políticas implementadas a nível da saúde, de modo a que se esbatam as desigualdades nesse âmbito (Hankivsky, 2011).

Parte II – Método

Neste capítulo procura-se descrever, de forma breve, em que consistem os métodos e técnicas utilizadas na investigação. Deste modo será referida a investigação qualitativa como opção metodológica; a técnica de recolha de dados: a entrevista semiestruturada; e, por fim, o tratamento da informação recolhida: a opção pela análise de conteúdo.

A investigação aqui proposta é de natureza qualitativa, pois o estudo consiste em identificar as percepções dos sujeitos sobre a temática em estudo (caráter subjetivo da investigação), através do contacto com os mesmos e utilizando uma técnica de recolha de dados que possibilita que o indivíduo se exprima de forma mais livre (entrevista semiestruturada), recolhendo não apenas as suas opiniões, mas as suas expressões e percepções, sendo esta possibilidade bastante importante no plano social.

Vilelas (2009) descreve a investigação qualitativa como “uma forma de estudo da sociedade que se centra no modo como as pessoas interpretam e dão sentido às suas experiências e ao mundo em que elas vivem” (p.105). Bogdan e Biklen (1994) e Ludke e André (1986) realçam que as pesquisas qualitativas interessam-se mais pelos processos do que pelos produtos da investigação e dos fenómenos estudados. A compreensão e a interpretação sobre como os factos e os fenómenos se manifestam mais do que determinar quais as causas para os mesmos é outra característica específica da investigação qualitativa (Serrano, 2008).

As questões de credibilidade e fidelidade neste tipo de investigação são aspetos essenciais para avaliar a qualidade da investigação e como tal devem ser referidos e comprovados através das técnicas que se utilizam. Assim, pode referir-se que a fidelidade da investigação se relaciona com a possibilidade de investigadores externos, através da utilização dos mesmos procedimentos, obterem os mesmos resultados. Porém, numa investigação do tipo qualitativo, esta não se encontra somente relacionada com os instrumentos de recolha de dados mas também com o estilo de interação do investigador, o registo e análise dos dados e com as interpretações que são feitas a partir dos significados individuais dos participantes.

Deste modo, para aferir a fidelidade de um estudo, o importante é que este seja apresentado da forma mais clara, objetiva e descritiva possível através da descrição de todos os procedimentos da referida investigação, para que esses procedimentos possam ser implementados por outros investigadores e que os resultados obtidos, por sua vez contribuam para a validação (ou não) do estudo.

1. Questões de Investigação

A temática foco desta investigação é as vivências de mulheres brasileiras grávidas ou que tenham sido mães recentemente em Portugal, contudo sob a perspetiva dos profissionais que com elas contactam nos serviços de apoio a imigrantes, o que levanta questões que vão desde a motivação destes profissionais, às suas experiências pessoais e, por conseguinte às representações que fazem das situações à sua volta. Neste sentido, uma investigação qualitativa, em que a realidade social está envolvida, assume-se como a mais correta e viável para recolher e analisar as experiências dos sujeitos presentes na investigação, o que não seria possível na mesma proporção se se optasse por uma investigação quantitativa.

Desta forma, este estudo pretende responder à seguinte questão de investigação: Qual a perceção dos profissionais acerca do efeito da imigração nas vivências das mães brasileiras em Portugal, ao nível da saúde e da violência?

2. Objetivos

2.1. Objetivo Geral

Caraterizar as vivências de mulheres brasileiras grávidas, ou que tenham sido mães em Portugal, ao nível da saúde e da vitimação.

2.2. Objetivos Específicos

- a) Caraterizar o historial de imigração;
- b) Descrever as principais dificuldades sentidas pelas mulheres brasileiras na adaptação ao nosso país, com base nas perceções dos profissionais;
- c) Caraterizar as representações dos profissionais acerca das mulheres brasileiras;
- d) Descrever a perceção da eficácia dos serviços de apoio às mulheres brasileiras;
- e) Analisar o impacto que a gravidez tem na saúde e no processo de adaptação das mulheres imigrantes no nosso país;
- f) Analisar se o período de gravidez constitui um fator de risco para a doença e para a vitimação;

- g) Analisar o impacto que a vivência de situações de violência tem na saúde das mulheres brasileiras grávidas;
- h) Perceber de que forma a percepção de (in)acessibilidade aos cuidados de saúde tem influência na vivência da gravidez e na própria saúde das mulheres brasileiras grávidas.

3. Caraterização dos Participantes

Os participantes do nosso estudo são 17 profissionais que se encontram a trabalhar em instituições (públicas e privadas) que prestam apoio direto às populações imigrantes, particularmente centros de apoio local e regional, serviços consulares, bem como instituições filantrópicas cujo trabalho incide em comunidades específicas, localizadas na zona Norte e Centro do país, nomeadamente Braga, Porto, Aveiro e Lisboa. Têm idades compreendidas entre os 29 anos e os 50, sendo a média de idades de 38 anos. 13 participantes são do sexo feminino e 4 do sexo masculino, exercendo funções nas instituições em questão entre 1 a 15 anos, tendo formação académica predominantemente na área da psicologia (cf. Tabela 1).

Na tabela apresentada em seguida encontram-se esquematizados os dados sociodemográficos dos participantes.

Tabela 1

Dados sociodemográficos dos participantes

Participantes	Sexo	Idade	Função	Habilitações Literárias	Anos de experiência na função
P1	Feminino	29	Psicóloga e técnica de apoio à vítima	Mestrado	2
P2	Masculino	30	Técnico de apoio à vítima	Mestrado	1
P3	Feminino	48	Técnica mediadora	Licenciatura	8
P4	Feminino	41	Psicóloga	Mestrado	14
P5	Feminino	37	Animadora	Licenciatura	10
P6	Feminino	34	Técnica mediadora	Licenciatura	5
P7	Masculino	41	Técnico de apoio ao imigrante	Doutoramento	15
P8	Masculino	50	Investigador e Psicólogo	Mestrado	3
P9	Feminino	40	Psicóloga	Mestrado	5
P10	Feminino	39	Socióloga e Coordenadora	Mestrado	15
P11	Feminino	38	Advogada	Licenciatura	2
P12	Feminino	43	Psicóloga assistente	Pós-Graduação	2
P13	Feminino	30	Técnica de apoio ao imigrante	Licenciatura	10
P14	Feminino	32	Psicóloga	Licenciatura	6
P15	Masculino	31	Técnico de relações internacionais	Licenciatura	6
P16	Feminino	48	Diretora técnica e técnica de apoio à vítima	Pós-Graduação	11
P17	Feminino	35	Assistente social	Licenciatura	3

4. Técnica de recolha de dados

Como técnica de recolha de dados, tal como já foi referido, foi utilizada a entrevista semiestruturada visto que a mesma consiste num procedimento utilizado na investigação social, para a recolha de dados ou para ajudar no diagnóstico ou no tratamento de um problema social (Marconi & Lakatos, 2003).

Tendo em conta os objetivos da investigação, a entrevista possibilita um maior contacto entre a investigadora e o entrevistado podendo haver reformulação das questões, uma maior oportunidade de registar as reações e de recolher histórias e testemunhos relevantes para a investigação.

Tendo bem presente esta definição, a entrevista foi a técnica de recolha de dados escolhida devido à sua possibilidade de recolher informações provenientes de testemunhos pessoais, sendo os mesmos interpretados por via das respostas verbais às questões efetuadas, mas tão ou mais importante pela possibilidade de recolher as emoções, os gestos, os silêncios e outros aspetos de comunicação não-verbal que outro tipo de técnica não possibilitaria.

Neste sentido, foi elaborado um guião de entrevista (cf. Anexo 3), cujos temas principais são o historial de imigração; os serviços de apoio prestados às mulheres imigrantes, nomeadamente às mulheres brasileiras grávidas; o historial de vitimação e/ou discriminação e as medidas integradoras que, no entender dos profissionais, deveriam ser adotadas no apoio prestado às mulheres imigrantes.

5. Procedimentos

Esta investigação insere-se num projeto mais abrangente, coordenado pela Professora Doutora Sofia Neves e desenvolvido no ISMAI, cujo objetivo geral é caracterizar as vivências de mulheres imigrantes grávidas ou que foram mães recentemente em Portugal, analisando a gravidez e/ou a maternidade como potenciais fatores de risco para a ocorrência de situações de violência, discriminação e doença.

Para este estudo em particular foram contactadas as direções de diversas instituições das zonas Norte e Centro do país, via email e telefonicamente, solicitando-se autorização para entrevistar profissionais que tivessem experiência de intervenção com mulheres imigrantes em Portugal. Nestes contactos foram explicitados os objetivos da investigação e providenciadas informações sobre a metodologia a adotar. As

entrevistas decorreram no período compreendido entre Dezembro de 2013 e Fevereiro de 2014, tendo sido gravadas em suporte áudio, sendo posteriormente transcritas.

As entrevistas tiveram a duração média de 1 hora, sendo que no início das mesmas era explicado o objetivo do estudo, os temas a abordar, bem como os termos éticos a ter em conta, procedendo-se à leitura e assinatura de um consentimento informado (cf. Anexo), no qual se encontravam todos estes preceitos assinalados e ficando o entrevistado com um duplicado desse mesmo documento.

Após estes procedimentos era administrada uma ficha sociodemográfica para recolha de alguns dados dos participantes, sendo feita uma avaliação das expectativas dos mesmos, com vista não só à compreensão do grau de motivação do participante para a entrevista, bem como a criação de uma relação empática com o mesmo. Após a recolha destes dados foi conduzida a entrevista com base no guião.

6. Tratamento e análise de dados

A análise de conteúdo é uma técnica que, segundo Dias (2009) “visa obter através de procedimentos sistemáticos e objetivos, a descrição do conteúdo das mensagens, indicadores quantitativos ou não, que permitem inferir conhecimentos relativos às condições de produção/receção dessas mensagens” (p.189).

Bardin (2004) designa a análise de conteúdo como um conjunto de instrumentos metodológicos que se aplicam a discursos tendo definido seis tipos de análise de conteúdo: análise categorial, análise de avaliação, análise de enunciação, análise da expressão, análise das relações (distinguindo ainda a análise da coocorrência da análise estrutural), e a análise automática do discurso.

Tendo por base o caráter deste estudo, optou-se por utilizar a análise de conteúdo temática, na qual, após a transcrição, leitura e compreensão das mesmas foram sendo enunciadas categorias chave, de acordo com critérios previamente definidos, para a análise das entrevistas. Este plano de análise diz respeito a uma interpretação pessoal de cada investigador/a em relação às perceções que tem sobre os dados recolhidos, o que não resulta numa leitura neutra, conferindo-lhe um caráter de subjetividade, o que permite que outros investigadores procedendo de igual forma um mesmo estudo obtenham outras leituras, com diferentes fundamentos (Bardin, 2004; Flick, 2005; Moraes, 1999).

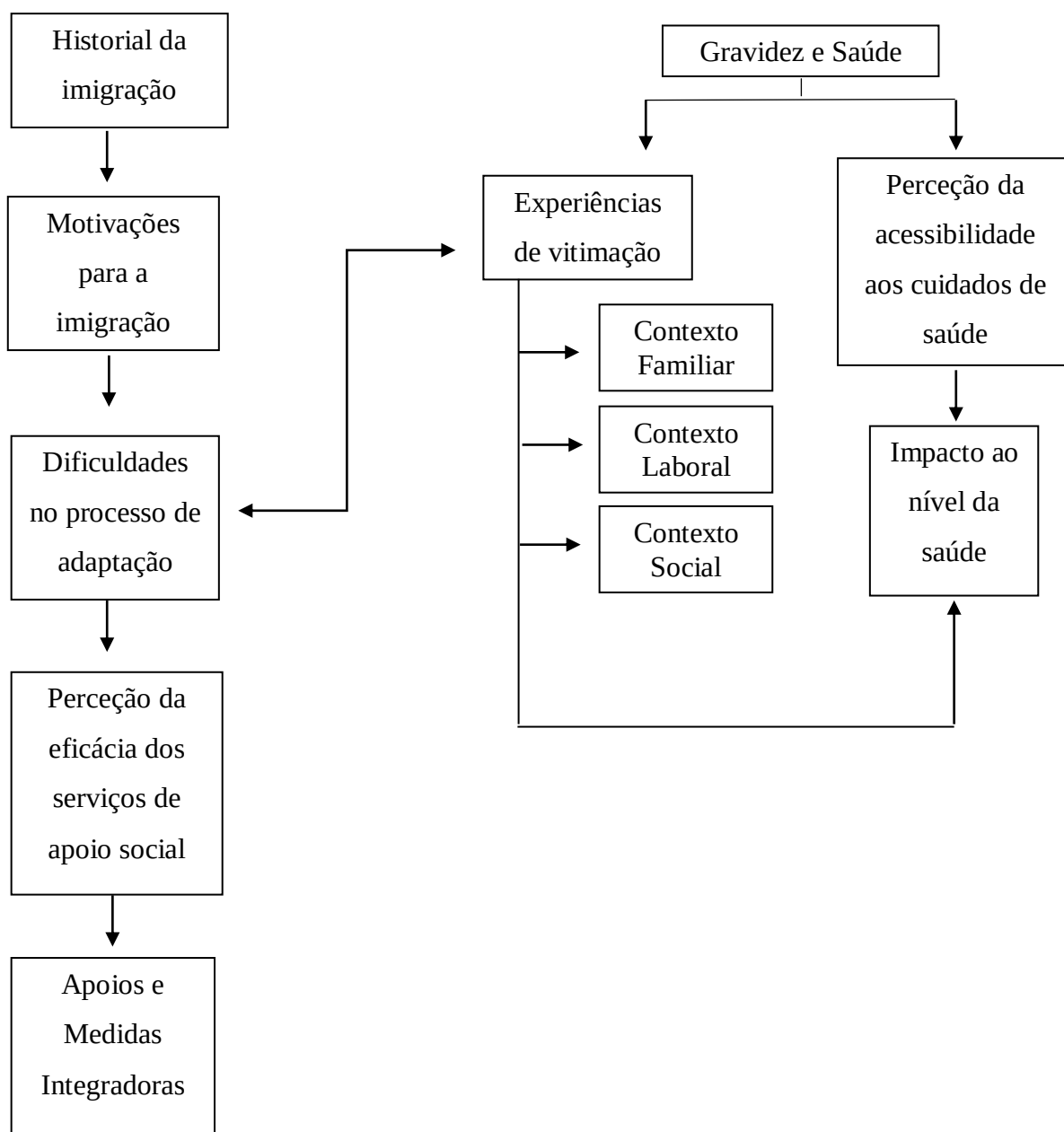
Posto isto, nesta investigação, o *corpus* de análise diz respeito às entrevistas realizadas aos 17 participantes. A unidade de registo foi o tema, com o objetivo de perceber quais os assuntos que surgem e que poderão efetivamente ter significância para o objetivo

predefinido. A unidade de contexto a que nos propusemos é o parágrafo com o intuito de compreender e codificar a unidade de registo.

As categorias foram construídas com base nas áreas temáticas abordadas na entrevista (*a priori*), dando lugar a outras categorias complementares (*a posteriori*) que se encontram apresentadas graficamente em seguida (cf. Figura 1).

Figura 1

Árvore de categorização



7. Resultados

Os resultados aqui apresentados dizem respeito à análise e à interpretação das entrevistas realizadas. Serão apresentados alguns excertos das entrevistas que melhor ilustram as percepções que os profissionais têm acerca das vivências das mulheres imigrantes brasileiras, com principal ênfase nas que se encontravam grávidas.

Na categoria **Historial da Imigração** temos quatro categorias que têm como objetivo caracterizar as razões que levam os imigrantes a virem para Portugal, quais são as dificuldades com que estes se deparam no processo de adaptação, qual a percepção que estes têm da eficácia dos serviços de apoio que lhes são prestados e quais as medidas integradoras que os técnicos encaram como sendo primordiais na receção e integração dos imigrantes. A primeira categoria refere-se às **Motivações para a imigração**, sendo que as razões mais referidas são procura de trabalho e melhores condições de vida, bem como a reunificação familiar e o casamento. Em muitos dos casos, as mulheres imigram para o nosso país, porque ainda existe a percepção de que Portugal é um país com uma melhor empregabilidade. Por outro lado, outras vêm em busca do ideal romântico do *príncipe europeu*, detendo já relacionamentos com homens portugueses e vindo com o objetivo de se casarem. Por último, numa minoria de casos existem mulheres que vêm com o intuito de se reunirem com familiares que já habitam em Portugal.

P2- (...) é pela procura de emprego, ou seja, tal como os portugueses vão para outros países na procura de trabalho e melhores condições de vida, é mesmo isto que muitas vezes traz cá os imigrantes. As brasileiras, apesar de serem de um país em grande expansão económica, ainda há pessoas a viver com grande dificuldade. Eu penso que é esta a grande prioridade, a de conseguirem melhores condições de vida e de trabalho também.

P1- Talvez uma maioria venha à procura de melhores condições de trabalho, mas existem muitas que vêm também ter com os seus familiares que já se encontram cá.

P16- (...) as brasileiras, que acham que casando com portugueses, casam com príncipes europeus (...) que são mais civilizados do que os homens da América Latina.

P12- (...) as brasileiras têm muito aquele ideal romântico dos relacionamentos, que tiveram poucos relacionamentos no Brasil ou nenhum e que entretanto através dos chats, da internet, conheceram cidadãos europeus, nesse caso portugueses que se apaixonaram mutuamente, muitas vezes o cidadão português foi até ao Brasil pedir a mão dela em casamento para trazer para cá, ou seja tem toda uma história bonita, tem todo um enredo e é por causa de todo esse enredo que há ainda mais esse sofrimento, porque houve toda uma história, houve

toda uma construção romântica e esse cidadão foi lá, pediu a mão em casamento, casaram lá ou vieram se casar aqui (...).

A segunda categoria **Dificuldades no processo de adaptação** diz respeito aos constrangimentos enfrentados pelas mulheres brasileiras na chegada ao nosso país, sendo as dificuldades mais referidas: a burocracia que dificulta os processos de legalização, devido à dificuldade em obter um contrato de trabalho (e não um trabalho, uma vez que as mulheres brasileiras em Portugal se sujeitam a trabalhar em qualquer área) e à quantidade e custos dos documentos requeridos; às representações sociais das mulheres brasileiras, uma vez que os estereótipos existentes condicionam a forma como estas se adaptam, bem como a falta de suporte familiar e social.

P16- (...) No caso das mulheres imigrantes o grande problema, por vezes, são as questões da legalização, ou seja, estarem aqui numa situação regular, porque não há pessoas ilegais, há é pessoas com documentos ou sem documentos, e como não têm a situação regularizada cá em Portugal, têm medo que o pedido de ajuda envolva o SEF, de serem expulsas (...).

P11- a maior dificuldade são as instituições administrativas, que colocam imensas dificuldades, mesmo em situações de casamento entre cidadãos de nacionalidade diferente (...) levantam sempre problemas, sempre, é muito difícil, as pessoas estão casadas, a mulher está grávida, o SEF quer ver o raio X para ver se está mesmo grávida, enfim, há uma discriminação muito grande.

P13- As dificuldades são as mesmas sempre, são os obstáculos que os serviços públicos colocam, o problema é sempre este, a questão da informação sobre a legalização é fácil porque está tudo na lei da imigração, o difícil é conseguir a colaboração das instituições (...) porque para conseguirmos dar respostas aos problemas dessas mulheres precisamos dessas instituições e elas nem sempre estão dispostas a colaborar, digamos assim e isso é notório.

P6- Estão a solicitar documentos (...) que têm de vir do país de origem, legalizados e tudo mais. São coisas que implicam custos elevados, tempo e mais algumas coisas. Ela já não tem ninguém no país de origem, como resolver, viajar para o Brasil não é uma solução viável neste momento que ela está desempregada.

P12- (...) são muito jovens e portanto elas não têm depois aqui qualquer tipo de respaldo, não tem nenhum vínculo, de amizade, nem familiar e esse projeto visa um pouco dar esse suporte ao nível de existir uma comunidade brasileira de apoio (...).

P10- Porque se a língua é uma barreira, nas brasileiras essa questão não se coloca, mas as culturais são de facto e as palavras também não significam o mesmo (...).

P8- Uma outra barreira é o facto do sistema em que os imigrantes vivem não ser igual ao nosso... A cultura também eu creio que tem uma diferenciação... São estes fatores que eu vejo assim a ter alguma influência.

P13- (...) são muito relaxados e que não se preocupam com a questão documental e a nacionalidade brasileira é muitos assim por acaso. São pessoas mais relaxadas, encaram as coisas de outra forma, não se preocupam tanto, tratam do processo se tiverem que tratar, outros não, porque muitos não fazem questão, não sei se estão muito conscienciosos do processo, mas de facto é difícil entendê-los nesta questão, porque os outros sim preocupam-se logo, querem logo procurar documentação, os brasileiros há muitos que estão cá há muitos, muitos anos sem documentação porque também nunca fizeram nada por isso.

P9- (...) porque estão perdidas, não têm ninguém e ficam sem saber, é evidente que algumas têm não é, mas na maioria dos casos elas nem têm rede social que as apoie, e num país estrangeiro com uma língua diferente, que não é o caso das brasileiras, mas que mesmo no caso delas é diferente, porque por exemplo a nossa legislação tem uma linguagem muito própria e de difícil entendimento por vezes, até para nós.

Na terceira categoria **Percepção da eficácia dos serviços de apoio social**, os profissionais na sua maioria referem ter um feedback positivo da parte das brasileiras que recorrem aos serviços de apoio, contudo existem variadas formas de retribuição e de agradecimento, sendo a comunidade brasileira referida como bastante mais afável na forma como retribuem os serviços prestados, comparativamente com imigrantes de outras zonas, como o Leste da Europa, sendo entendido comumente como fazendo parte das características culturais.

P17- “São os mal-agradecidos do apoio social”. Não, depende, inicialmente temos de lhes baixar as expectativas. Alguns voltam para agradecer, outros vão muito chateados e não voltam. Os ucranianos são muito estranhos, nunca percebi muito bem as suas reações. Mas temos de tudo, há os que saem furiosos, nomeadamente os sem-abrigo, que estão em situações limite e que por esse motivo reagem de uma forma mais instintiva e por vezes violenta e outros, contrariamente voltam com um bolo que compraram para agradecer o apoio prestado.

P3- Nós até passamos normalmente um questionário de satisfação e a impressão que eu tenho é que se mostram satisfeitos com o serviço que prestamos.

P7- Eu acho que elas demonstram uma atitude muito boa. Quando têm o seu problema resolvido e se sentem felizes, nós também nos sentimos felizes. Sentimos que cumprimos a nossa missão. (...) Há exceção, atenção! Isto regista-se mais na população Romena, que encara muitas vezes este serviço como algo que lhes tem de fazer a vontade. Eles procuram muito o serviço para emissão de certificados de residência, para a seguir irem pedir o rendimento social de inserção e, quando isso lhes é vedado, não reagem muito bem. Portanto, são capazes de

insultar. Basicamente, chegam mesmo a dizer que matam, que esfolam, etc. Nós temos é que ter naturalmente sangue frio e alguma calma na resolução destes problemas. Temos mecanismos sempre a trabalhar em rede, até com as forças policiais.

P9- (...) quando entram na primeira entrevista entram com um pé atrás e depois continuam com meio pé atrás, mas depois voltam e percebem que podem...o receio é sempre de denúncia (...) depois acho que começam a confiar, tanto que depois até começam a vir aqui depois de já terem tudo resolvido, até quando arranjam um emprego vêm cá dizer.

P13- Reconhecimento e gratidão e vão trazendo outras pessoas e é desta forma que eles manifestam o reconhecimento do nosso trabalho. Quando ficam satisfeitos a palavra vai passando e veem outros (...).

Na quarta categoria **Apoios e Medidas Integradoras**, os profissionais referem como sendo primordiais medidas de formação dos profissionais no sentido de desenvolverem uma maior sensibilidade no atendimento a mulheres imigrantes, bem como deveria haver maior articulação entre as diversas instituições às quais os imigrantes recorrem diariamente no sentido de verem a sua situação regularizada e por forma a conseguirem aceder aos serviços necessários a qualquer cidadão (saúde, educação). Tais medidas deveriam ser tomadas, no entender dos profissionais, pelas entidades competentes no nosso país com vista a reduzir a morosidade e o sofrimento que os/as imigrantes enfrentam no nosso país.

P17- As imposições são cada vez maiores para os imigrantes, agora têm de ter 1 ano de rendimentos para poderem pedir um subsídio e tudo devido a situações do passado em que os romenos e búlgaros vinham para o nosso país viver do rendimento mínimo. (...) não deviam colocar tantas barreiras para as situações irregulares devia haver um maior apoio, mas lá está “a ação social é o serviço mal amado”, há sempre baixos orçamentos para a ação social (...).

P10- As respostas são muito transversais e é preciso que haja um envolvimento claro ao nível político e uma vontade política para que isto também se concretize. Por outro lado é necessário a sensibilização e formação dos técnicos de atendimentos para que situações destas sejam identificadas e devidamente encaminhadas.

P14- (...) as questões da legalização era bom que o SEF funcionasse de uma maneira diferente, já era uma ajuda (...) era bom haver mais atividades (...) para trabalhar melhor estas questões da interculturalidade (...) atividades que tenham em conta toda a comunidade, não fazer só atividades pontuais só para os imigrantes, porque se não, não estamos a incluí-los, temos de fazer atividades que incluam toda a comunidade, se não, não há qualquer tipo de inclusão, de cruzamento de culturas, mas acho que é essa dinâmica que faz falta, de envolver toda a população, toda a gente.

P6- Acho que é importante que haja, além dessa articulação (entre serviços)... tem muito a ver com a sensibilidade dos serviços para com a população. Acho que é muito importante que se dê a conhecer que os imigrantes contribuem de forma positiva para a economia portuguesa, por exemplo, um fator que para Portugal é importante é que estes contribuem para a natalidade e para imensas coisas.

A segunda grande categoria refere-se às temáticas da **Gravidez e Saúde**, onde é pretendida a descrição e compreensão de vivências de mulheres brasileiras grávidas no nosso país, com vista a entender de que forma a gravidez pode ser um fator de vulnerabilização dessas mulheres no que se refere a vivências de vitimação e de saúde.

Neste sentido, nesta grande categoria temos três categorias de análise, sendo que a primeira diz respeito a **Experiências de vitimação** vivenciadas por estas mulheres nos diversos contextos de vida: **Contexto familiar**, **Contexto laboral** e **Contexto social**, uma vez que os profissionais referem a ocorrência de violência nesta fase da vida da mulher (gravidez) em todos os contextos supracitados, mencionando a gravidez como um fator de risco e/ou agravamento de situações de violência.

P8- Ao estarem grávidas em vez de um problema têm dois problemas em termos de recursos, em termos de adaptação (...) uma grávida portuguesa tem outros recursos familiares. Uma brasileira grávida em Portugal muito raramente tem recursos a nível familiar. É o que eu vejo porque estando no país de origem e tendo toda a família é sempre muito melhor.

P2- Ela (mulher brasileira) foi vítima de violência durante a gravidez. Esta filha de dois anos e meio é filha deste companheiro de nacionalidade portuguesa e ela era agredida fisicamente durante a gravidez. Ela tem relatos de que era empurrada contra portas, paredes... Era pontapeada inclusive.

P12- (...) eu costumo dizer que (as brasileiras que vêm para cá para casar com portugueses) são quase “escolhidas a dedo”, com características que facilitam depois a coação, a opressão e então a partir do momento que essas mulheres engravidam, porque o engravidar é realmente a situação de intensificação, aonde começam as agressões que é estranho e contraditório, mas que nas situações de violência doméstica, em todo o mundo, com qualquer população a gravidez é sempre um fator de risco para começar a haver as agressões porque é uma forma de também, de a partir daquele momento aquela pessoa já não é só ela, e qualquer decisão que ela venha a tomar em relação ao desfecho daquela relação ela tem um sobrepeso que é a gravidez e a criança e isso para as mulheres tem um impacto muito forte e então ela já não tomaria determinadas decisões tao facilmente como se estivesse sozinha.

P16- (...) jovem brasileira juntou-se com um cliente do bar de alterne onde ela trabalhava, mais velho (português) (...) Tiveram uma filha e as coisas começaram a correr mal logo na gravidez, porque nós sabemos que na violência doméstica na gravidez muitas vezes é

onde eles são mais agressivos ainda e às vezes são agressores de violência psicológica e é na gravidez que utilizam a agressão física.

A questão da maternidade também se impõe como um fator de vulnerabilização das mulheres imigrantes, uma vez que também é referida como um fator de manutenção das situações de violência, visto constituir um entrave na dissolução dos problemas que as mulheres imigrantes enfrentam, nomeadamente quando são casadas com cidadãos portugueses e os filhos são dos mesmos, o que faz com que estas necessitem de uma autorização para podem regressar ao país de origem com os filhos.

P6- A população feminina tem mais dificuldade e, por exemplo, tive uma situação mais ou menos semelhante há dois meses em que uma cidadã brasileira que trabalhava numa empresa e tinha um filho pequeno que era cuidado por um filho mais velho... Esse filho mais velho ia trabalhar para o estrangeiro, porque não encontrava trabalho em Portugal. A mãe não sabia o que é que havia de fazer porque não conseguia cumprir as horas que tinha determinado no contrato, porque tinha o filho pequeno e não tinha ninguém que o cuidasse... Não tinha dinheiro para ele ir para um infantário (...) muitas das cidadãs imigrantes têm filhos pequenos e verifica-se esta situação.

P16- (...) quando há crianças e elas (mulheres brasileiras) são casadas com portugueses, temos mais um problema, porque as crianças são portuguesas, filhas de pai português e para saírem do país têm de ter uma autorização da parte do pai, portanto temos aqui mais um problema e elas muitas vezes não recorrem e submetem-se a essas situações (de violência) porque têm medo que isso as prejudique, porque aquilo a que elas estão habituadas na nossa sociedade é a serem prejudicadas pelo facto de serem imigrantes, de serem brasileiras.

Segundo os discursos dos profissionais as situações de vitimação, ao nível do **Contexto familiar** passam pela violência de género na intimidade do casal, passando por situações de autêntico sequestro dentro da própria casa, muitas das vezes operado pela família do agressor (nomeadamente quando se tratam de casamentos entre mulheres brasileiras e homens portugueses).

P11- (Nas situações de violência que acompanhei) 80% é o perfil de mulher brasileira e marido português.

P16- Portanto eles (jovem brasileira com cliente do bar de alterne onde esta trabalhava, português) foram viver juntos, não casaram, entretanto ela deixou o trabalho porque ele não queria que ela continuasse a trabalhar no alterne e era um fulano que vivia bem, portanto ela deixou o trabalho dela, foi para casa e ele a primeira coisa que fez foi guardar-lhe os documentos, que não se fossem perder, fecho-os num cofre e ela deixou de ter acesso a eles (...).

P12- (Caso de uma família com 2 filhos menores) (...) senhor é brasileiro com dupla cidadania portuguesa por ter pais portugueses que já faleceram, ela vítima de violência doméstica há 18 anos, que já havia se separado desse indivíduo no Brasil, entretanto ele pede para ela vir do Brasil para cá para tratar de uma pessoa de família que está doente, ela vem na boa fé também com os filhos “a tira colo”, vem cuidar dessa pessoa, entretanto essa pessoa morre e ela fica presa aqui com os filhos porque nesse meio tempo o senhor volta para o Brasil. Entretanto ele vai e volta, só que ela não pode ir e então há uma situação de violência grave, entretanto ela consegue chamar a polícia e sair de casa, já saiu o julgamento e ele vai cumprir pena suspensa e nesse meio tempo ela tem algumas alturas em que chega ao limite, porque ela não vê respostas, o cerco tem-se fechando cada vez mais, ele tem um poder cativo enorme, que ela ajudou a construir ao longo de 18 anos de relação, mas ela não tem um tostão, nunca teve acesso a uma conta bancária, a um cartão (...)

P12- (...) outras situações são mais limite, em que elas são levadas para uma cidade mais afastada e que elas acabam por ficar meio que presas naquela situação, os companheiros viajam para outros países onde trabalham e a família desse companheiro é que acaba por controlar a vida dessa mulher e muitas vezes ela não conseguem vir aqui (não conseguem recorrer aos serviços de apoio) porque a família controla todos os passos e como elas não têm autonomia financeira não conseguem sair dali (...).

P10- Uma senhora brasileira que conheceu o marido, português, nos E.U.A com quem viveu 7 anos e com quem veio para Portugal. Começa a ser vítima de maus tratos pelo marido e pela família dele. Não sabe onde está, é privada de tudo e é forçada a trabalhar na reconstrução de uma casa (...).

P10- E as que têm alguma família, casaram, por exemplo com um cidadão nacional, questões da violência doméstica colocam-se. A questão da violência doméstica com cidadãs imigrantes, em prol da nacionalidade ou da legalização é muitas vezes motivo de discriminação por parte da família daqueles maridos que escolhem aquela cidadã para ser a sua mulher ou companheira.

P16- (...) porque os homens portugueses acham que porque trouxeram uma mulher para cá podem mantê-la fechada, fica em casa a tratar da casa, cama e fazem filhos e depois ainda por cima como são estrangeiras, por isso a família dele não as recebe bem, porque acha que elas se vieram aproveitar de um príncipe, vieram roubar um tesouro, porque parece que os portugueses são algum tesouro que as mulheres estrangeiras vieram roubar às famílias, quando estes homens de que estamos a falar têm empregos perfeitamente normais, não são nenhuns milionários e não lhes vão dar nada por aí além, para elas estarem a dar o “golpe do baú”. Portanto também são vítimas de violência da parte das famílias.

Foram ainda relatadas, pelos profissionais entrevistados, situações de exploração e desigualdades no **Contexto laboral**.

P12- (...) uma que veio para cá, através de uma amiga, mulher, brasileira, jovem, estava desempregada no Brasil, entretanto tinha contacto com uma amiga brasileira que já estava cá em Portugal há algum tempo, casada com um cidadão português e que trocavam informações e facebook e emails. Essa moça que estava aqui em Portugal convidou a amiga para vir trabalhar para Portugal porque o marido ia abrir um negócio e como ele ia abrir um comércio, que seria interessante também porque como eles iam estar começando não poderiam pagar muito de início, nem ter muitos funcionários, por isso iriam trabalhar eles e se ela que estava desempregada quisesse vir para cá, eles trabalhavam juntos. Ela veio na boa-fé para cá (...) foi para a casa deles cá, vivia com eles, ela era a única pessoa que nunca podia sair da loja, era responsável por abrir e fechar, enquanto que eles circulava, faziam as compras e outras coisas, mas ela ficava o tempo todo lá dentro, foram passando meses, ela não tinha salário porque eles não podiam pagar, mas davam um espaço para ela dormir e a alimentação e sempre com a desculpa que não havia dinheiro para lhe dar um salário, para fazer um contrato, ela foi ficando porque ela não tinha margem de manobra para sair de casa, porque o senhor dizia a ela que era muito perigoso andar por aqui, que ela não podia sair sozinha, depois ele começou a ficar atrás dela, a observá-la, quando ela estava no quarto, até que ele quis ter relações com ela e ela entrou em pânico porque ela viu a trama em que estava metida, mas depois ficou com receio porque dava a entender para a amiga que isso estava acontecendo e a amiga dava a entender que ela é que estava “dando em cima” do marido dela, e ele ficou praticamente numa situação de cárcere nessa casa durante 1 ano até que através de um cliente da loja ela pediu socorro, contou a situação de escravidão em que estava, de trabalhos forçados, de exploração laboral e que precisava urgentemente que alguém a tirasse de lá e esse cliente a ajudou nesse sentido, conseguiu tirá-la de lá e salvaguardar ao menos que ela tivesse um teto e comida até ela se poder reorganizar e se libertar dessa situação (...).

P10- Há casos que nos chocam sempre, principalmente ao nível laboral. Pessoas a fazerem o mesmo trabalho e ganharem menos de metade, então se se tratarem de mulheres, isto é visível ao longo dos cursos migratórios.

P16- (...) também já tivemos situações de *mobbing* no trabalho.

P13- (...) a outra brasileira de que falei foi a mesma coisa, veio trazida por outra mulher brasileira, porque elas são terríveis, esteve numa casa, engravidou de um sujeito qualquer, que era cliente, quando soube da gravidez chegou a dar-lhe pontapés na barriga para que ela talvez abortasse, não sei porque ela não abordou o tema, ela teve o filho e conseguiu sair daquela situação e recuperar o passaporte, mas continua a trabalhar na prostituição sozinha e com outras colegas, porque depois criam-se vícios.

P13- (...) gravidez não é doença, mas no caso destas mulheres elas têm dificuldades a nível da questão profissional, porque elas têm mais atividades de esforço físico, quando têm atividades reconhecidas, porque muitas vezes elas trabalham nestas “coisas” (prostituição), que

não são reconhecidas e aí a questão da gravidez nem se coloca porque elas trabalham sempre, na rua, grávidas, com 3, 4, 6, 7, 8 meses e trabalham sempre e têm clientes, extraordinário, mas é verdade. Mas aquelas que têm realmente uma profissão, a maioria delas, é de esforço físico e não é muito fácil, porque elas também não estando inscritas na segurança social não têm direito ao pré-natal, aos abonos e ter um filho acarreta despesas e é complicado, mas a gravidez por si só não me parece que seja um problema ou uma dificuldade de adaptação, mas sim ao nível do acesso ao mercado de trabalho, que no caso delas é ainda mais intensificado, porque não conseguem arranjar trabalho, porque são vistas como um instrumento de trabalho e nessa situação já não podem ser instrumentos de trabalho, têm de faltar (...).

P5- Elas (imigrantes) trabalhavam às vezes noite e dia e não eram remuneradas, teriam apenas o salário mínimo nacional e mais nada, não recebem horários noturnos como qualquer cidadão português.

Para além destas situações foram, ainda, referenciados episódios de discriminação no **Contexto social**, sendo que a perceção dos profissionais entrevistados é de que as experiências de vitimação destas mulheres brasileiras, em Portugal e em todos os contextos, se encontram intimamente relacionadas com as questões de género, bem como aos estereótipos associados às mulheres de nacionalidade brasileira.

P16- (...) quando as pessoas têm uma norma de que uma mulher que é assim e a outra mulher fugiu um bocadinho à norma, normalmente será a vítima, pode não ser vítima de violência física, mas vai ser alvo de discriminação, vai ser sempre olhada de maneira diferente, como se ela tivesse algum defeito, porque as pessoas assumem que ser mulher é assim e ser homem é assado e que a pessoa não pode mudar, não pode ser diferente, não pode sair da regra isso é um problema para as mulheres imigrantes, porque se ser mulher já é difícil, se as mulheres já são discriminadas na sociedade em que vivemos, se os imigrantes são discriminados na sociedade em que vivemos, se somos mulheres e imigrantes somos duplamente discriminadas e vamos sofrer de violências muito variadas e muito maiores, ou seja, mais violências do que aquelas que sofreríamos se fôssemos nacionais (...).

P16- Em Portugal (...) somos muito racistas, mas depois dizemos que não somos, mas vê-se até na atuação das pessoas, nas anedotas que contam, gostam imenso de contar anedotas de pretos, não somos racistas mas as brasileiras são umas putas, vêm para cá roubar os maridos das outras, trabalhar na prostituição e no alterne. Não interessa se está ali a fazer doutoramento na faculdade, anda aí na rua e é completamente assediada e apalpada e ainda lhe batem por ela se rebelar contra os abusos (...) porque os senhores portugueses acham que uma mulher brasileira gosta que lhe ponham a mão ou que querem alguma coisa com eles sempre.

P12- (...) penso que tem uma questão sexista mais do que de carácter de raça, tem a ver com o carácter de género, acho que tudo o que se relaciona à mulher é muito complicado aqui, se

bem que lá (no Brasil) também o é (...) é um problema da justiça muitas vezes acaba por priorizar o lado masculino e acho que isso tem a ver com o movimento machista, porque muitas vezes estamos falando de juízas que ainda vêm muito esse lado masculino e depois juntando essas duas coisas, a questão sexista e os estereótipos associados à mulher brasileira, quando se junta tudo isto é que isso acaba também em algum momento, não posso negar, acaba em desconfiança, questiona do género, “mas ele lhe bate porquê, o que é que você fazia, ou o que é que você faz, mas se ele te bateu ele deve ter tido algum motivo” e, tendo em conta que ainda temos esse grande ónus desse estereótipo em cima da mulher brasileira eu acho que isso acaba por ter uma implicação, acaba tendo um tratamento muito frio, um pouco jocoso, às vezes elas referem isso com muita frequência (...).

P11- (...) tem sempre a tendência de partirem do princípio que uma mulher brasileira jovem, bonita e em Portugal vem para tudo menos para fazer uma coisa lícita, por isso quando surgem com um contrato de trabalhadoras domésticas eu já sei, se vejo que são vaidosas digo logo para quando forem ao SEF irem vestidas de domésticas, não vá maquilhada, não vá de brinquinho, de cabelo arranjado se não eles vão pensar que você não é doméstica.

P13- (...) a outra brasileira de que falei foi a mesma coisa, veio trazida por outra mulher brasileira, porque elas são terríveis (...).

P13- (...) havia muito a dizer das mulheres brasileiras, elas encostam-se a um homem qualquer, a maioria classe média-alta, casados e sem qualquer interesse em se divorciarem, encontram-se 1 ou 2 vezes por semana e elas têm muitas vezes a renda paga, a alimentação assegurada e o extra que vão fazendo com os outros clientes é para elas, isto acontece com muita, muita frequência.

P13- (...) mas a grande maioria delas (brasileiras) não está interessada em ter uma atividade legalmente reconhecida onde ganha o salário mínimo nacional.

P6- A população brasileira para além destas situações de carisma mais comportamental, eles me referem muito a questão da violência e a questão do preconceito em relação à população brasileira feminina. (...) Isto é uma questão referida principalmente pela mulher brasileira e tem sido bastante comentado pela forma que são vistas e criam-se situações constrangedoras.

A segunda categoria diz respeito à **Perceção da acessibilidade aos serviços de saúde** por parte das mulheres imigrantes brasileiras. Neste ponto, os profissionais entrevistados referem que na maioria dos casos contactados as mulheres brasileiras grávidas referem uma boa acessibilidade aos serviços, uma vez que eram acompanhadas desde fases precoces da gravidez, apesar de quase na totalidade dos casos relatados terem sido gravidezes não planeadas. No entanto, também há registos de algumas ocorrências onde os serviços lhes eram negados por estarem em situação irregular, ou que em contraponto estes/as não recorriam aos serviços com receio de serem

denunciados/as ao SEF, todavia os/as profissionais têm um retrato bastante positivo dos nossos serviços de saúde, uma vez que consideram que apesar de haverem algumas contrariedades (nomeadamente por falta de informação dos técnicos que rececionam os imigrantes nos serviços de saúde) estas são facilmente contornáveis, uma vez que a legislação é clara na definição dos direitos dos imigrantes no acesso à saúde em Portugal.

P10- (...) a lei prevê isso (acesso à saúde), e sempre que vemos alguma dificuldade, alguma mulher imigrante que não era atendida, ou lhe eram cobradas taxas, nós acionamos os mecanismos porque a lei prevê que seja um serviço gratuito independentemente da condição legal. Portanto, podemos ter uma cidadã moçambicana, em situação irregular em território nacional, grávida que tem direito ao acesso à saúde durante aquele período.

P5- Nós encaminhamos um bocadinho para o centro de saúde, damos a legislação que normalmente é aplicada em termos de saúde e direitos para uma grávida. Normalmente não há problemas no centro de saúde, elas chegam lá e são atendidas. (...) Depois de eu as encaminhar para o centro de saúde só me vêm dizer que já nasceu e que já está registado e, portanto penso que não hajam problemas no acesso ao serviço.

P9- Infelizmente os nossos serviços de saúde recusam-se a atender imigrantes muitas vezes e, você vai-me desculpar, mas é óbvio que o fazem porque eles são imigrantes e porque muitas vezes estão ilegais.

P2- Ela (imigrante brasileira) era acompanhada desde uma fase precoce da gravidez e era inclusive uma gravidez de risco (...). Mas foi sempre uma gravidez de risco onde ela foi acompanhada regularmente. Só que nunca relatou que estava a ser vítima de violência doméstica...Ela tinha receio das consequências que isto podia trazer, uma vez que até se encontrava em situação de imigração ilegal. Nunca reportou que estava a ser vítima de violência doméstica mas foi sempre às consultas de acompanhamento da gravidez.

P14- (...) tive o caso de uma senhora brasileira estava em processo de legalização, tinha vindo para cá há pouco tempo, o marido era português, eles estavam numa situação económica desfavorável (...) estava a ser acompanhada no centro de saúde para ter o acompanhamento desde que soube que estava grávida pelo menos, também quando eu soube ela já estava a ser acompanhada e não estava grávida de muito tempo, e quando a questioneei ela disse que estava a ser apoiada como qualquer grávida.

P6- Eu tenho ideia que algumas têm receio de recorrer ao serviço nacional de saúde e tenho ideia de que o serviço nacional de saúde, por vezes, fazem acompanhamento mas de forma informal, acham que estas pessoas não têm direito ao sistema nacional de saúde. Fazem as coisas ‘por favor’. Não há um conhecimento nem da parte dos imigrantes nem da parte dos

técnicos do sistema nacional de saúde sobre o que é um direito delas, portanto, mulheres imigrantes grávidas... Parece que é quase ter pena delas.

P17- As (imigrantes brasileiras) que já estão regulares fazem a vigilância normal, as que estão em situação mais carenciada nós articulamos com o serviço social da Maternidade Júlio Dinis que funciona muito bem, têm uma ideia muito romântica da maternidade logo penso que recorrem numa fase precoce e falam muito bem dos serviços na maternidade. No Hospital São João têm os “Bebés de São João”, que é um serviço que trabalha no sentido de arranjar tudo o que for necessário, de roupas, carrinhos de bebê, etc.

A terceira categoria **Impacto ao nível da saúde** diz respeito à percepção que os profissionais entrevistados têm do impacto que a gravidez e o processo migratório têm nas mulheres imigrantes brasileiras, ao nível da sua saúde. Uma vez que não se tratam de técnicos de saúde as noções destes são bastante latas, uma vez que o contexto de acompanhamento dos/as imigrantes não lhes permitia aferir em concreto as patologias que poderiam estar presentes. No entanto, como a maioria deles detém formação na área da psicologia, o impacto foi percecionado ao nível da saúde mental, sendo que a sintomatologia, recorrentemente identificada nas mulheres imigrantes grávidas e/ou mães, sendo estas na sua maioria vítimas de violência, foi a sintomatologia depressiva e ansiógena. Foi ainda relatado um caso de violência que culminou num aborto o que pode configurar um impacto negativo na saúde física dessa mulher imigrante brasileira, contudo é um caso pontualmente referido por um/a dos participantes.

P2- De facto, esta violência que ela sofreu durante a gravidez teve um impacto muito grande em termos psicológicos e eu notei isso ainda passados dois anos e meio. Ela lembrava-se muitas vezes do que passou, inclusive ao ponto de quando passava perto do hospital onde foi acompanhada ter alguns ‘flashbacks’ de situações que viveu durante a gravidez.

P2- Foi aqui (...) que se começaram a vivenciar episódios graves de violência e que a fizeram perder um filho, ou seja, ela teve uma criança e passado um tempo voltou a engravidar e voltou a ser agredida... Teve um aborto devido a tanta violência. Ela passou por situações de violência grave durante esta relação e ela reporta-se essencialmente à violência sofrida durante a gravidez.

P12- Claro que ao nível de problemas ao nível emocional se verifica uma incapacidade de tomar decisões, essas mulheres (imigrantes brasileiras vítimas de violência) quando chegam nesse ponto elas já foram tão minadas que elas não têm condição de tomar decisões, elas já não têm nenhum tipo de ideia de empoderamento, de que e possam tomar qualquer tipo de decisão, de que eu posso dar queixa, eu posso me rebelar, eu posso denunciar, elas até têm conhecimento corretivo de que isso é possível, mas emocionalmente elas já foram tão privadas de si mesmas que elas não sente que têm esse direito e claro associado a serem imigrantes e estarem em

processo de legalização. Eu já tive casos de a pessoa estar legalizada, ter documentação para validar só daqui a 5 anos e acreditar que estava ilegal e uma pessoa com conhecimento e como é que isso acontece!? Acontece devido a uma pressão dia-a-dia, que acaba convencendo a pessoa de que pelo facto de ela ser imigrante, se ela denunciar um cidadão português aqui isso vai ser utilizado contra ela, porque ela está aqui com uma autorização de residência que não é permanente e porque é provisória a qualquer momento podem tirá-la e o facto de ser permanente ou provisório não tem a ver com isso é noutro sentido, mas aquilo todos os dias, ouvido constantemente e visto que elas não vêm mais ninguém elas acabam por acreditar nesse discurso, que muitas das vezes é completamente incoerente com a realidade que elas têm em mãos (...).

P12- (...) mas essa situação (exploração laboral) deixou sequelas nela, até porque ela tinha sido violada enquanto criança e portanto essa situação acabou por despoletar, intensificar, “disparar”, todas aquelas situações que ela já havia vivido no passado. A nível emocional foi bastante marcante porque ela tinha um sofrimento muito grande pelo que tinha acontecido e pelo facto de, de novo ter acontecido, como se a culpa tivesse sido dela, de novamente ter confiado a alguém a sua vida (...).

P16- A nível psicológico vai diminuindo aquela pessoa, ela vai ficando cada vez mais pequenina, impossibilitada de pedir ajuda.

P6- Tive de encaminhar para o serviço de ação social para lhe ser atribuído apoio a nível alimentar. Estava numa situação de carência económica e estava numa situação de gravidez. Era uma situação que tinha de ser acompanhada (...) haviam dificuldades na saúde e a este nível não é um comportamento que ela procura. Isto não é voluntário, não fazer o acompanhamento devido... Tem mesmo a ver com situações de carência.

P17- (...) digámos que a ansiedade é a dobrar, é a ansiedade normal que qualquer grávida sente mais a de ser imigrante e não ter rendimentos para dar resposta às necessidades, mais a falta de apoio e suporte da família.

P17- A violência doméstica é a mais relatada e no caso das brasileiras é o mais comum, também porque são a nacionalidade que tem mais casamentos internacionais e das que mais têm filhos cá (...) isso é vivenciado não só nas relações íntimas, no ceio dos casamentos, os portugueses face ao imigrante também têm essa atitude, é o chamado “terrorismo face ao imigrante” e ao nível da saúde mental isto tem um impacto terrível, traduzindo-se no que se chama de “Desânimo aprendido” e na depressão.

8. Discussão dos Resultados

Os resultados do estudo permitem conhecer e caraterizar as percepções dos profissionais acerca das vivências de mulheres brasileiras que tenham sido mães em Portugal, no que concerne ao impacto na saúde.

Os testemunhos dos 17 técnicos entrevistados oferecem-nos a sua perspetiva sobre o fenómeno da imigração feminina e as suas opiniões sobre os processos de suporte institucional a que estas mulheres tiveram acesso, possibilitando um maior enriquecimento da compreensão sobre as migrações e o impacto na saúde das mulheres imigrantes a partir das suas idiossincrasias.

Os participantes revelaram que as mulheres brasileiras com quem contactaram, no decorrer da sua atividade de prestação de apoio às comunidades imigrantes, apontam a procura de emprego e melhores condições de vida como a principal razão pela qual estas migram para Portugal, bem como para constituírem família, uma vez que muitas delas vêm de casamento marcado com portugueses. A referência a motivos socioeconómicos como a procura de melhores condições de vida vai de encontro ao postulado pela Escola Neo-clássica com a Teoria *Push-Pull* (Figueiredo, 2005). Já o fenómeno dos relacionamentos transnacionais entre brasileiras e portugueses, tem vindo a ser descrito na literatura, sendo que o aumento das migrações internacionais tem sido apontado como um fator que promove o crescimento das relações íntimas entre pessoas de países distintos, sendo a utilização de tecnologias como a Internet fundamental na ampliação da circulação virtual (Piller, 2007 as cited in Raposo & Togni, 2009). O facto é que este fenómeno não é recente, tendo vindo a ser difundido pelos mais diversos meios de comunicação desde a décadas de 50 e 60 do século XIX (Raposo & Togni, 2009).

Em relação à adaptação das mulheres brasileiras ao nosso país, estas enfrentam alguns constrangimentos, não somente no que concerne à burocracia dos processos de legalização, mas fundamentalmente dificuldades associadas às representações sociais das mulheres brasileiras em Portugal. Os portugueses tendem a não receber de uma forma positiva mulheres de nacionalidade brasileira, não ultrapassando estereótipos e preconceitos associados a estas, como a extroversão, a hipererotização, a aptidão natural para festas e a alegria desmesurada (Neves, 2010). Factos que são relatados pela totalidade dos participantes, que de uma forma explícita ou implícita reconhecem a existência destas representações na nossa sociedade atual.

Deste modo, as mulheres imigrantes brasileiras tornam-se vulneráveis à ocorrência de situações de violência, o que fica expresso nos discursos dos profissionais entrevistados, que relatam a ocorrência de situações de violência ao nível da intimidade e/ou no contexto familiar, ao nível da exploração laboral e/ou sexual e ao nível social, através de situações de discriminação e exclusão social. A violência de género é relatada pelas imigrantes em todos estes contextos, sendo que a mais frequente ocorre na intimidade do casal, bem como no âmbito familiar do agressor, uma vez que existem relatos em que a família do agressor exerce igualmente violência, ao nível psicológico, diminuindo a vítima, através de ofensas, exploração e mesmo sequestro dentro da própria casa.

Ao nível laboral os relatos dos participantes revelam casos de tráfico humano com o intuito de exploração sexual, bem como situações onde as imigrantes vêm com a promessa de trabalho e acabam em situações de autêntica escravidão (Couto, 2012). As práticas de exploração laboral descritas coincidem com a maioria das identificadas por Andersen (2000) entre elas: salários reduzidos, em alguns casos devido à precariedade dos horários de trabalho; o não pagamento de salários e a dificuldade na sua reivindicação, facto associado, por um lado, à dificuldade em comprovar a existência de uma relação laboral quando não existe contrato de trabalho e, por outro lado, à forma de pagamento sendo que, em muitos casos, os pagamentos são feitos em dinheiro e, ainda situações em que as trabalhadoras se vêm obrigadas a assinar contratos que não entendem, que estipulam o pagamento de salários inferiores ao acordado verbalmente.

Pereira e Vasconcelos (2007) referem também a existência de alguns casos mais graves que poderão ser considerados trabalho forçado, em particular com trabalhadoras domésticas internas, o que também é referenciado pelos participantes do nosso estudo, e que envolvem a retenção de passaporte, nomeadamente sobre o pretexto de ser necessário para a regularização da empregada, o aprisionamento no local de trabalho e o controlo de movimentos e de contactos com o exterior.

Por último, ao nível do contexto social as situações mais descritas são ao nível da discriminação, que se expressa nas desigualdades de acesso aos serviços públicos, bem como o tratamento diferenciado (no sentido depreciativo da palavra) nos serviços, que têm na sua base preconceitos e estereótipos associados às imigrantes brasileiras (Correia & Neves, 2010).

Para além da imigração e do género como fatores de vulnerabilização destas mulheres, a gravidez e a maternidade são apontadas como agentes impulsionadores e/ou

agravantes da violência e os relatos dos profissionais apontam claramente ambas as situações, isto é, quer situações de agressões que tiveram início aquando da gravidez, quer situações em que a violência expressa era de nível psicológico e passou a ser, também, física, o que corrobora o que é apontado pela literatura (Audi et al., 2008, Castro & Ruíz, 2004, Silva et al., 2011).

Segundo os participantes do estudo, é por estes motivos que estas mulheres se tornam mais propícias a desenvolver problemas de saúde física e psicológica, visto que os constrangimentos na adaptação e as situações de violência associadas ao processo migratório e às vivências da gravidez e da maternidade, revelam vivências desgastantes e angustiantes. Neste seguimento, os estudos têm vindo a caraterizar as imigrantes como um grupo social vulnerável do ponto de vista da saúde, colocando-as nos escalões socioeconómicos mais baixos, registando condições de habitação e trabalho precárias e um acesso limitado aos cuidados de saúde (Fonseca et al., 2005, Machado et al., 2007, Malheiros et al., 2009, Rechel et al., 2011; Sampaio, 2009, Silva, 2004, Silva 2008).

Segundo Machado e colaboradores (2007) existe uma percentagem elevada de mulheres imigrantes grávidas que apresentam patologias diversas face às nacionais, que se repercutem nos seus filhos, nascendo estes muitas vezes prematuramente, com menor peso, menor comprimento e perímetro cefálico, verificando-se uma maior mortalidade perinatal. Esta evidência não foi possível de confirmar neste estudo, sendo que o único episódio que indicia um impacto negativo ao nível da saúde materno-infantil das mulheres imigrantes foi um caso de uma mulher brasileira, vítima de violência ao longo da gravidez que culminou num aborto espontâneo devido à gravidade das agressões físicas.

No entanto, foi expresso o impacto ao nível da saúde mental destas mulheres (porventura devido à formação académica dos entrevistados que era predominante na área da psicologia), sendo relatadas situações em que as mulheres imigrantes acompanhadas apresentavam sintomatologia depressiva e ansiógena, decorrente de fatores como o processo migratório, a violência e a vivência da gravidez e/ou maternidade no país de acolhimento. Tais relatos vão de encontro ao referido na literatura, uma vez que já Alves e Bäckström (2011), no seu estudo, referiam que a saúde psicológica das mulheres imigrantes se encontrava debilitada, estando esse facto aparentemente relacionado com a dificuldade de adaptação a um contexto completamente novo a nível social, estrutural, cultural, linguístico, entre outros.

No que concerne ao acesso aos serviços, apesar de a literatura apontar grandes entraves e desigualdades no acesso aos serviços de saúde (Topa et al., 2013), os participantes deste estudo (não sendo estes profissionais de saúde) relatam de forma positiva a acessibilidade dos imigrantes aos serviços de saúde, nomeadamente no que se refere às mulheres brasileiras grávidas, o acompanhamento da gravidez é feito de uma forma precoce e sem constrangimentos aparentes. Todavia, existem referências, por parte dos técnicos entrevistados, a situações pontuais em que o acesso aos serviços é negado aos imigrantes, particularmente aos que se encontram em situação irregular, ou que muitas das vezes são estes que não recorrem aos serviços por temerem ser denunciados ao SEF, no entanto são situações facilmente contornáveis por parte dos técnicos que prestam apoio aos imigrantes em questão. Logo, neste âmbito e de um ponto de vista geral a acessibilidade aos serviços de saúde, por parte dos imigrantes, é descrita como bastante positiva.

Ainda no que respeita ao acesso aos serviços, o facto da língua ser a mesma, no caso das comunidades brasileiras, poderia constituir um elemento facilitador no acesso aos serviços, no entanto o que os profissionais revelam é que esta situação não se verifica, referindo ainda que de um modo geral os imigrantes de países de Leste, reivindicam com maior frequência os seus direitos no que respeita ao acesso aos serviços no nosso país (serviços de saúde, educação, entre outros), diferentemente da atitude “passiva” adotada pela generalidade dos brasileiros em Portugal.

Neste âmbito o papel das instituições que prestam apoio aos imigrantes é fundamental e urgente no sentido da adoção de medidas integradoras destas mulheres não só no mercado de trabalho, mas na cultura do nosso país, respeitando as suas especificidades culturais. Neste sentido, é importante a sensibilização das populações autóctones e dos técnicos dos serviços públicos, para que estejam devidamente formados e que desta forma as distâncias culturais se encurtem. Para além destas medidas, os técnicos entrevistados defendem que deve haver uma maior articulação entre as entidades envolvidas nos processos de legalização e integração dos cidadãos imigrantes no nosso país (por exemplo, SEF, Segurança Social, Finanças, Consulados, entre outras), no sentido de combater a morosidade dos processos, que por sua vez intensificam as dificuldades que estas mulheres imigrantes enfrentam no nosso país (Neves, 2010, Velho, 2012).

Parte III – Conclusões

Apesar de nos últimos anos terem crescido os estudos acerca da feminização das migrações, as abordagens ao tema são ainda reduzidas na medida em que se descuram muitas das singularidades destas mulheres, analisando-as somente sob o ponto de vista das questões de género e das representações sociais associadas à nacionalidade.

O facto é que as mulheres representam uma parcela muito considerável do universo da população migrante em Portugal, sendo indispensável para a compreensão para a compreensão da sua situação, uma análise interseccional (Velho, 2012).

Para além de revelarem indicadores de saúde física e psicológica preocupantes, estas mulheres imigrantes apresentam níveis de vitimação elevados, bem como no que se refere à exposição à discriminação, apresentando recorrentemente sintomatologia depressiva e ansiógena e revelando, ainda falta de acesso aos serviços de saúde.

Neste sentido, as instituições do nosso país devem agir neste âmbito, com vista a procederem a um atendimento e prestação de cuidados de forma igualitária, com o intuito de diminuir a inibição que muitas imigrantes têm em recorrer aos nossos serviços de saúde, o que acaba por se refletir na sua saúde e no caso de mulheres grávidas, repercute futuramente na saúde dos seus filhos.

Ao longo deste estudo fomos referindo alguns dos fatores de vulnerabilização das mulheres imigrantes, tais como o próprio processo de adaptação ao nosso país, as situações de violência e discriminação a que estas estão sujeitas, bem como à falta de suporte familiar e social. Neste âmbito as instituições devem mais do que nunca fornecer esse suporte com vista ao empoderamento destas mulheres, para que desta forma, estas consigam superar os constrangimentos impostos ao longo da adaptação ao nosso país.

Como todos os trabalhos de investigação, este teve as suas limitações: numa primeira fase pretendia-se entrevistar diretamente as mulheres brasileiras, contudo essa pretensão tornou-se inviável. Num segundo momento, após o projeto ter sido repensado, em equipa, e tendo sido definido que a recolha de dados passaria pelos profissionais que diariamente contactam com estas mulheres imigrantes e a análise seria feita à luz das suas perceções e representações, deparámo-nos com a morosidade dos contactos com as instituições, uma vez que os pedidos tinham de passar por instâncias superiores até serem aprovados. Após a aprovação decorria um novo processo de agendamento, consoante a disponibilidade dos técnicos, o que tornou a recolha de dados bastante morosa. Por último, a própria dimensão da entrevista dificultou as marcações, uma vez

que aquando do contacto, os técnicos eram informados da duração da entrevista (cerca de 1 hora), o que constituiu igualmente uma limitação.

Este estudo pretende abrir caminho a futuros trabalhos que se debrucem sobre o tema das mulheres grávidas imigrantes, uma vez que apesar da crescente divulgação de estudos que revelam o impacto positivo dos imigrantes, quer ao nível económico, quer no que respeita à natalidade, outros por sua vez revelam os constrangimentos e entraves que estes enfrentam no nosso país, e apesar destes dados o nosso país ainda carece de medidas inclusivas dos imigrantes na nossa comunidade.

Neste sentido, em investigações futuras seria importante, que num mesmo estudo sobre o impacto da imigração nas vivências de saúde e vitimação de mulheres imigrantes, se integrassem testemunhos de profissionais de saúde e de outras áreas (que de alguma forma prestem algum tipo de serviço/apoio às mulheres imigrantes) com testemunhos das próprias imigrantes, potenciando o cruzamento de ambos os testemunhos (variáveis) e documentando um retrato mais fiel à realidade que é vivida por estas mulheres no nosso país.

Posto isto cabe-nos a nós, investigadores, a tarefa de dar continuidade a estes trabalhos, sobretudo numa vertente interseccional, que permita um melhor e maior conhecimento das vivências das mulheres imigrantes grávidas no nosso país, bem como a articulação de esforços para que o processo migratório, que engloba a plena integração na nossa sociedade, se torne menos impactante na saúde destas mulheres e por conseguinte nas suas famílias, uma vez que apesar de todas as limitações identificadas, Portuga encontra em segundo lugar no ranking dos países com melhores políticas de integração de imigrantes em toda a Europa (MIPEX-III, 2011 as cited in Velho 2012).

Referências bibliográficas

ACIDI - Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (2012). *Observatório da Imigração*. Retirado de <http://www.oi.acidi.gov.pt/>.

Ackerhans, M. (2003). Health issues of ethnic minority and migrant women. *Entre Nous: The European Magazine for Sexual and Reproductive Health*. 55, 12-13. Retirado de http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/118605/E60522.pdf.

Albuquerque, R. (2005). Para uma análise multidimensional da situação das mulheres: as relações entre género, classe e etnicidade. *Imigração e Etnicidade-Vivências e trajetórias de mulheres em Portugal*, 37- 49. Lisboa: SOS Racismo.

Almeida, L. & Caldas, J. (2012). Ser imigrante, Ser mulher, Ser mãe: Diáspora e Integração da Mulher São-tomense em Portugal. *Atas do Colóquio Internacional São Tomé e Príncipe numa perspetiva interdisciplinar, diacrónica e sincrónica*, 287-302.

Alves, F. & Bäckström, B. (2011). *A Articulação de sistemas de cuidados no enfrentamento do sofrimento e da doença mental: análise comparativa entre uma amostra de imigrantes caboverdianos residentes em Lisboa e uma amostra de residentes na região Norte de Portugal*. XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais. Salvador. Retirado de http://www.xiconlab.eventos.dype.com.br/resources/anais/3/1297204656_ARQUIVO_textoFABB.pdf.

Andersen, B. (2000). *Doing the Dirty Work? The Global Politics of Domestic Labour*. Londres/Nova Iorque: Zed Books.

Audi, C., Segal-Correa, A., Santiago, S., Andrade, M., & Pérez-Escamilla, R. (2008). Violência doméstica na gravidez: prevalência e fatores associados. *Rev Saúde Pública*, 42 (5), 877-885. doi: 10.1590/S0034-89102008005000041.

Bäckström, B., Carvalho, A. & Inglês, U. (2009). Imigração e saúde - O Gabinete de Saúde do CNAI enquanto observatório para o estudo das condições de acesso dos imigrantes aos serviços de saúde. *Revista Migrações*. Retirado de http://www.oi.acidi.gov.pt/docs/Revista_4/Migr4_Art7.pdf.

Baganha, M., Marques, J. (2001). *Imigração e Política o caso português*. Lisboa: FLAD.

Bardin, L. (2004). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Blanco, C. (2000) *Las migraciones contemporâneas*. Madrid: Alianza Editorial.

Blignault, I., Pinzio, V. & Rong, .Y. (2008). A qualitative study of barriers to mental health services utilization among migrants. *International Journal of Social Psychiatry*, 54 (2).

Bogdan, R. & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.

Bollini, P., Stotzer, U., & Wanner, P. (2007). Pregnancy outcomes and migration in Switzerland: results from a focus group study. *Int J Public Health*, 52 (2), 78-86.

Brah, Avtar (2006). Diferença, diversidade, diferenciação. *Cadernos Pagu*, 26.

Canavarro, M. C. (2001) (Ed.). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora.

Carbado, D., & Gulati, M. (2001). The fifth black woman. *Journal of Contemporary Legal Issues*, 11, 701-729. Retirado de http://scholarship.law.duke.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2059&context=faculty_scholarship

Carballo, M., Divino, J., & Zeric, D. (1998). Migration and Health in European Union. *Tropical Medicine and International Health*, 3 (12), 936-944. Retirado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-3156.1998.00337.x/pdf>

Carballo, M. & Nerukar, A. (2001). Migration, refugees and health risks. *Emerging Infectious Diseases*, 7 (3), 556-560. Retirado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2631841/pdf/11485671.pdf>

Carvalho-Barreto, A., Bucher-Maluschke, J., Almeida, P. & De Souza, E. (2009). Desenvolvimento humano e violência de género: uma integração bioecológica. *Psicol Reflex Crit*, 22 (1), 86-92

Castro, R., & Ruíz, A. (2004). Prevalence and severity of domestic violence among pregnant women, Mexico. *Rev. Saúde Pública*, 38 (1), 62-70. Retirado de: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-891020040001000009&lng=en&nrm=iso&tlng=en.

Correia, M. (1998). Sobre a maternidade. *Aná. Psicológica*, 16 (3), 365-371. Retirado de http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-823119980003000002&lng=pt&nrm=iso.

Correia, A. (2011). *As Diferenças entre as Diferenças: Performatividades de Género e Discriminação Interseccional de mulheres Brasileiras Imigrantes em Portugal*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde. ISMAI. Maia.

Correia, C.; Neves, S. (2010). *Ser brasileira em Portugal – uma abordagem às representações, preconceitos e estereótipos sociais*. Atas do VII Simpósio Nacional de

Investigação em Psicologia. Universidade do Minho. Braga.

Costa, T. (2013). *Mulheres imigrantes brasileiras grávidas em Portugal: Vivências ao nível da saúde e da violência de género* (Tese de Mestrado). ISMAI, Castelo da Maia.

Coutinho, E. & Parreira, V. (2011). Outra forma de olhar a mãe imigrante numa situação de transição. *Millenium*, 40, 83-97. Retirado de <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium40/7.pdf>.

Couto, D. (2012). *Tráfico de seres humanos: Percepções sociais, percursos de vitimação e de sobrevivência*. Tese de Doutoramento em Psicologia. Universidade do Minho. Braga.

Crenshaw, K. (1991). Mapping the Margins: Intersectionality, Identity, Politics and Violence Against Women of Color. *Stanford Law Review*, 43, 1241-99. Retirado de <http://www.peopleofcolororganize.com/wp-content/uploads/pdf/mapping-margins.pdf>.

Crenshaw, K. (2002). Documento para o encontro de especialistas em aspetos da discriminação racial relativos ao género. *Estudos Feministas*, 1, 171-188. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n1/11636.pdf>.

Cruz, S. (2010). *Migração e Relações Sociais de Género - A Intervenção do Projecto SauDar e o Acesso aos Cuidados de Saúde da População Imigrante*. Tese de Mestrado. Universidade de Coimbra. Coimbra. Retirado de <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/13533/1/Sara%20Cruz%5b1%5d...pdf>

Dantas-Berger, S., & Giffin, K. (2011). Serviços de saúde e a violência na gravidez: perspetivas e práticas de profissionais e equipas de saúde em um hospital público no Rio de Janeiro. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, 15 (37), 391-405. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n37/aop0411.pdf>.

Dias, O. (2009). *O Vocabulário do Desenho de Investigação: a lógica do processo em ciências sociais*. Viseu: Psico & Soma.

Dias, S. & Gonçalves, A. (2007). Migração e Saúde. In S. Dias (Eds.), *Revista Migrações*, 1, 15-26. Lisboa: ACIDI.

Dias, S., Rocha, C., & Horta, R. (2009). *Saúde Sexual e Reprodutiva de Mulheres Imigrantes Africanas e Brasileiras- Um estudo qualitativo*. Lisboa: ACIDI.

Dias, S., Gama, A., Silva, A., Cargaleiro, H. & Martins, M. (2011). *Barreiras no acesso e utilização dos serviços de saúde pelos imigrantes. A perspectiva dos profissionais de saúde*. *Acta Medica Portuguesa*, 24.

Diniz, É. (2004). A mulher brasileira na imigração em Portugal. In *Imigração e etnicidade – vivências e trajetórias de mulheres em Portugal*, 190-203. Lisboa: SOS Racismo.

DGS - Direção-Geral da Saúde (2008). *Elementos Estatísticos: Informação Geral: Saúde 2008*, Lisboa: Direção de Serviços de Epidemiologia e Estatísticas de Saúde. Divisão de Estatísticas de Saúde. Retirado de: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i013685.pdf>.

European Women's Lobby (2007). *Equal Rights, Equal Voices: Migrant Women in European Union*. Retirado de <http://www.womenlobby.org/SiteResources/data/MediaArchive/Publications/1817%20BR%20en%20MP01LR.pdf>.

Fernandes, Manuel (2008). Poder no Relacionamento entre Profissionais e Doentes. *Pensar Enfermagem*, 12 (2), 13-23. Retirado de [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008_12_2_13-23\(4\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008_12_2_13-23(4).pdf).

Ferreira, T. (2005). *A Imigração em Portugal: Um olhar sobre o caso cabo-verdiano*. Monografia. Universidade de Coimbra. Coimbra Retirado de: <http://www4.fe.uc.pt/fontes/trabalhos/2004012.pdf>.

Ferreira, A. & Ramos, M. (2012). Padrões de Casamento dos Imigrantes Brasileiros Residentes em Portugal. *Revista Brasileira de Estudos de população*, 29 (2), 361-387.

Fidalgo, L. (2003). *(Re)construir a maternidade numa perspectiva discursiva*. Lisboa: Instituto Piaget.

Figueiredo, Joana (2005). *Fluxos migratórios e cooperação para o desenvolvimento. Realidades compatíveis no contexto Europeu?*. Porto: ACIME.

Flick, U. (2005). *Métodos Qualitativos na investigação Científica*. Monitor. Lisboa.

Fonseca, M., Ormond, M., Malheiros, J., Patrício, M. & Martins, F. (2005). *Reunificação Familiar e Imigração em Portugal*. Lisboa: ACIME.

Fonseca, L., Esteves, A., McGarrigle, J., & Possidónio, D. (2009). *Country Report on National Data Collection Systems and Practices in Portugal*. Lisboa: Centro de Estudos Geográficos da Universidade de Lisboa.

Fonseca, L., Silva, S., Esteves, A., & McGarrigle, J. (2007). Saúde e integração dos imigrantes em Portugal: uma perspetiva geográfica e política. *Revista Migrações-Imigração e Saúde*, 1, 27-52. Retirado de <http://www.ceg.ul.pt/migrare/publ/migracoesart.pdf>

Góis, P. (2006). *Emigração Cabo-Verdiana para e (na) Europa e a sua inserção em mercados de trabalho locais: Lisboa, Milão, Roterdão*. Lisboa: ACIME. Retirado de http://www.oi.acidi.gov.pt/docs/Col_Teses/5_PG.pdf

Godinho, M., Alarcão, V., Carreira, M., & Portugal, R. (2008). *Existence of probable psychological distress in African and Brazilian immigrants in Portugal*. 16^a Conferência Europeia de Saúde Pública – EUPHA. Centro de Congressos de Lisboa, Lisboa.

Gomes, N., Diniz, N., Araújo, A. & Coelho, T. (2007). Compreendendo a violência doméstica a partir das categorias género e geração. *Acta Paul Enferm*, 20 (4), 504-508. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/19>.

Gonçalves, Aldina, Dias, Sónia, Luck, Margareth, Fernandes, Maria, & Cabral, Jorge (2003). Acesso aos cuidados de saúde de comunidades migrantes: problemas e perspetivas de intervenção. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 21 (1), 55-64. Retirado de <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/1-06-2003.pdf>.

Hankivsky, Olena (2011). *Health Inequities in Canada: Intersectional Frameworks and Practices*. Retirado de <http://www.ubcpres.ca/books/pdf/chapters/2011/HealthInequitiesInCanada.pdf>.

Hankivsky, O., et al. (2010). Exploring the promises of intersectionality for advancing women's health research. *International Journal for Equity in Health*, 9(5). doi:10.1186/1475-9276-9-5

INE- Instituto Nacional de Estatística (2012). *XV Recenseamento Geral da População*.

INSTRAW- International Research and Training Institute for the Advancement of Women (2007). *Feminization of Migration*. INSTRAW.

IOM– International Organization for Migration. *Glossary on Migration*. Geneva, IOM, 2004.

IOM – International Organization for Migration (2005). *World Migration 2005: Costs and Benefits of International Migration*. Geneva: IOM.

IOM– International Organization for Migration (2010). *World Migration Report 2010- the future of migration: building capacities for change*. Geneva: IOM.

Jackson, J. (1991). *Migrações*. Lisboa: Escher

Janssens, K., Bosmans, M., & Temmerman, M. (2005). *Sexual and Reproductive Health and Rights of Refugee Women in Europe*. Ghent: ICRH.

King, E., Klasen, S. & Porter, M. (2008). Copenhagen Consensus 2008 Challenge Paper- Women and Development. Retirado de http://www.copenhagenconsensus.com/Admin/Public/DWSDownload.aspx?File=%2FFiles%2FFiler%2FCC08%2FPapers%2F0+Challenge+Papers%2FCP_Women_and_Development_

La Barbera, M. (2012). Intersectional-Gender and the Locationality of women “in transit”. In. G. Bonifacio (Eds.), *Feminism and Migration: Cross-Cultural Engagements*. Canada: Springer.

Lee, E.S. (1966). *A Theory of Migration*, 3 (1), 47-57. Retirado de: <http://www.students.uni-mainz.de/jkissel/Skripte/Lee.pdf>.

Ludke, M. & André, M. (1986). *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: Ed. Pedagógica e Universitária.

Machado, J. (2003). *Cárcere Público – processos de exotização entre imigrantes brasileiros no Porto, Portugal*. Dissertação de Doutorado. Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Campinas. Retirado de <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000300843>.

Machado, M., Santana, P., Carreiro, H., Nogueira, H., Barroso, R., & Dias, A. (2007). *Cuidados de saúde materna e infantil a uma população de imigrantes*. Revista Migrações, 1, 103-127. Lisboa: ACIDI. Retirado de: http://www.oi.acidi.gov.pt/docs/Revista_1/migracoes1_art5.pdf.

Madi, M., Cassanti, A., & Silveira, C. (2009). Estudo das Representações Sociais sobre Gestação em Mulheres Bolivianas no Contexto da Atenção Básica em Saúde na Área Central da Cidade de São Paulo. *Saúde e Sociedade*, 18 (2), 67-71. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18s2/11.pdf>.

Malheiros, Jorge M. (1996). *Imigrantes na Região de Lisboa: Os Anos da Mudança*. Lisboa: Ed. Colibri.

Malheiros, Jorge (2007). *Imigração brasileira em Portugal*. Lisboa: ACIDI.

Malheiros, J., Nunes, S. & Possidónio, D. (2009). Immigrants in the European Union: features, trends and vulnerabilities. In Fernandes, A. & Miguel, J. *Health and Migration in the European Union: better health for all in an inclusive society*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 33-52.

Malheiros, J., Padilla, B., & Rodrigues, F. (2010). *Mulheres Imigrantes Empreendedoras*. Lisboa: Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género.

Marconi, M. & Lakatos, E. (2003). *Fundamentos de metodologia científica*. São Paulo: Editora Atlas S.A.

Martins, I., Faria, A. & Lage, G. (2010). *Diversidade Cultural Urbana*. Porto: Gabinete de Estudos e Planeamento da Câmara Municipal do Porto.

Massey, D., Arango, J., Graeme, H., Kouaouci, A., Pellegrino, A. & Taylor, E. (1993). Theories of International Migration: A Review and Appraisal. *Population and Development Review*, 19. Retirado de <http://www.jstor.org/discover/10.2307/2938462?uid=3738880&uid=2129&uid=2&uid=70&uid=4&sid=21104389747563>.

Menezes, T., Amorim, M., Santos, L., & Faúndes, A. (2003). *Violência Física doméstica e gestação: resultados de um inquérito no puerpério*, 25 (5), 309-316. Retirado de: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v25n5/16815.pdf>.

Miranda, Joana (2009). *Mulheres Imigrantes em Portugal: Memórias, Dificuldades de Integração e Projetos de Vida*. Lisboa: ACIDI.

Moraes, R. (1999). Análise de Conteúdo. *Revista Educação*, 22 (37), 7-32. Porto Alegre. Retirado de: http://cliente.argo.com.br/~mgos/analise_de_conteudo_moraes.html.

Nash, Jennifer (2008). Re-thinking intersectionality. *Feminist review*, 89, 1-15. Retirado de <http://www.palgrave-journals.com/fr/journal/v89/n1/pdf/fr20084a.pdf>.

Neto, Félix (2008). *Estudos de Psicologia Intercultural- Nós e os Outros*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Neves, S. (2010). Tráfico de mulheres brasileiras para fins de exploração sexual em Portugal e Interseccionalidade: Um estudo de caso. *Psicologia*. 2 (XXIV), 177-196.

Neves, Sofia (2011). Women trafficking for sexual exploitation in Portugal: Life narratives. *International Journal of Humanities and Social Science*, 17 (1), 186 - 192. Retirado de http://www.ijhssnet.com/journals/Vol_1_No_17_Special_Issue_November_2011/20.pdf.

Nogueira, C. & Oliveira, J. (2010). *Estudo sobre a discriminação em função da orientação sexual e da identidade de género*. Porto: CIG.

Nogueira, Conceição (2011). Introdução à teoria da interseccionalidade nos Estudos de Género. In S. Neves (Eds.). *Género e Ciências Sociais* (pp.67-78). Maia: Edições ISMAI.

Nutbeam, D. (1998). *Health Promotion Glossary*, Geneva: WHO.

Oliveira, João (2010). *Os Feminismos habitam espaços hifenizados*. Retirado de <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aeq/n22/n22a05.pdf>.

Omelandiuk, Irena (2005). *Gender, poverty reduction and migration*. Washington, DC: The World Bank. Retirado de <http://siteresources.worldbank.org/EXTABOUTUS/Resources/Gender.pdf>.

OMS – Organização Mundial de Saúde – Publicações da OMS – *Relatórios Mundiais de Saúde*. Retirado de <http://www.who.int/eportuguese/publications/pt/>.

Padilla, B. (2004). *Integration of Brazilian immigrants in Portuguese society: Problems and possibilities*. International Metropolis Conference, Genebra, Socius-Working Papers, ISEG/UTL, n. 1/2005.

Padilla, B. (2005). Integration of Brazilian immigrants in Portuguese society: problems and possibilities, in *Socius Working Papers*, nº 1/2005. Retirado de <https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/1999/1/wp200501.pdf>

Padilla, B. (2007). A imigrante brasileira em Portugal: Considerando o género na análise, in Malheiros, J.M. (ed.), *Imigração Brasileira em Portugal*. 113-134. Lisboa: ACIDI. Retirado de http://www.oi.acidi.gov.pt/docs/Col_Comunidades/1_ImigrBrasileira.pdf.

Padilla, B. (2013). Saúde dos Imigrantes: Multidimensionalidade, Desigualdades e Acessibilidade em Portugal. *Rev. Inter. Mob. Hum.* 21 (40), 49-68. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/remhu/v21n40/04.pdf>.

Pereira, S. & Vasconcelos, J. (2007). *Combate ao tráfico de seres humanos e trabalho forçado – Estudo de casos e respostas de Portugal*. Lisboa: Organização Internacional do Trabalho.

Peixoto, J. (2008), Imigração e mercado de trabalho em Portugal: *Revista Migrações*. Lisboa: ACIDI, (2), 19-46. Retirado de http://www.oi.acidi.gov.pt/docs/Revista_2/migracoes2_art1.pdf.

Rademakers, J., Mouthaan, I., & De Neef, M. (2005). Diversity in sexual health: Problems and dilemmas. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 10 (4), 207-211. doi: 10.1080/13625180500279847.

Ramos, Natália (2008). *Saúde, Migração e Interculturalidade*. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB.

Raposo, P., & Togni, P. C. (2009). Fluxos Matrimoniais Transnacionais entre Brasileiras e Portugueses: *Género e Imigração*. ACIDI. Retirado de: http://www.oi.acidi.gov.pt/docs/Estudos_OI/OI_38.pdf.

Rechel, B., Mladovsky, P., Devillé, W., Rijks, B., Petrova-Benedict, R. & Mckee, M. (2011). *Migration and Health in the European Union*. Berkshire: Open University Press.

Rocha, C., Darsie, C., Gama, A. & Dias, S. (2012). Migração Internacional e Vulnerabilidade em Saúde: Tópicos sobre as políticas de saúde e de saúde sexual e reprodutiva em Portugal. *Hygeia*, 8 (15), 190-200.

Salas, Xaverius, & Tenkku, Leigh (2010). Preconception Wellness: Differences in Health by Immigrant Status. *J Immigrant Minority Health*, 14 (2), 216-222. doi: 10.1007/s10903-010-9424-7.

Salcedo-Barrientos, D., Miura, P., Macedo, V. & Egry, E. (2014). Como os profissionais da Atenção Básica enfrentam a violência na gravidez?. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 22 (3), 448-453. doi: 10.1590/0104-1169.3108.2436.

Santiago, Conceição (2009). *Percepções e comportamentos dos profissionais de saúde face à mulher na adaptação à maternidade em contexto migratório: Contributos para a promoção da saúde da mulher migrante*. (Tese de Mestrado). Universidade Aberta. Lisboa.

Santos, C.A. (2005). *Imagens de Mulheres Imigrantes na imprensa Portuguesa - Análise do ano 2003*. ACIDI. Retirado de: http://www.oi.acidi.gov.pt/docs/Col_Teses/14_CAS.pdf.

Serrano, G. (2008). *Elaboração de Projectos Sociais*. Porto: Porto Editora.

SEF- Serviço de estrangeiros e Fronteiras (2013). *Relatório de Imigração Fronteiras e Asilo*. Retirado de <http://www.sef.pt/documentos/56/PA2013.pdf>.

Silva, E., Ludemir, A. & Araújo, T. (2011). Frequência e padrão da violência por parceiro íntimo antes, durante e depois da gravidez. *Revista de saúde Pública*, 45 (6), 1044-1053. Retirado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-891020110006000006&lng=en&tlng=pt.

Sopa, M. (2009). *Representações e práticas da maternidade em contexto multicultural e migratório*. (Tese de Mestrado). Lisboa, Universidade Aberta. Retirado de <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/1343/1/Representa%C3%A7%C3%B5es%20e%20Pr%C3%A1ticas%20da%20Maternidade%20em%20Contexto%20Multic> u.pdf.

Tones, Keith, & Green, Jackie (2004). *Health Promotion: Planning and Strategies*. London: Sage Publications.

Topa, J., Nogueira, C., & Neves, S. (2010). Inclusão/exclusão das mulheres imigrantes nos cuidados de saúde em Portugal: Reflexão à luz do feminismo crítico. *PSICO*, 41(3), 366-373. Retirado de <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/8166/5858>.

Topa, J., Nogueira, C., & Neves, S. (2013). *Feminismos e estudos imigratórios: contribuições da teoria da interseccionalidade no domínio da saúde materna*. Associação Portuguesa de Estudos sobre as Mulheres: Vila Franca de Xira.

Trindade, M. (2004). *A imigração em Portugal: E agora?*. I Congresso – Imigração em Portugal. Lisboa. Retirado de http://www.museu-emigrantes.org/docs/conhecimento/actas_Icongresso%20imigracao%20em%20portugal. pdf.

UNAIDS (2006). AIDS epidemic update:special report on HIV/AIDS. Retirado de http://data.unaids.org/pub/epireport/2006/2006_epiupdate_en.pdf.

UNFPA (2006). State of World Population 2006. *A Passage to Hope: Women and International Migration*. UNFPA. Retirado de http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/650_filename_sowp06-en.pdf.

UNIFEM (2003). *Human Rights Protections Applicable to Women Migrant Workers* – A UNIFEM Briefing Paper. New York: United Nations Development Fund for Women. Retirado de http://www.unifem.org/attachments/products/HRProtectionsApplicable2WMW_eng.pdf.

Velho, Helena (2012). *Violências de género contra um grupo de mulheres grávidas imigrantes em Portugal: impactos ao nível da saúde psicológica, física e sexual/reprodutiva* (Tese de Mestrado). ISMAI, Castelo da Maia.

Vilelas, J. (2009). *Investigação – O Processo de Construção do Conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo.

Wall, K., Nunes, C., & Matias, A. (2005). *Mulheres imigrantes e novas trajetórias de migração: um croché transnacional de serviços e cuidados no feminino*.

Retirado de <http://www.ics.ul.pt/rdonweb-docs/Karin%20Wall%20-%20Publica%C3%A7%C3%B5es%202008%20n%C2%BA3.pdf>.

Wolff, H., et al. (2008). Undocumented migrants lack access to pregnancy care and prevention. *BMC Public Health*, 8 (93). doi:10.1186/1471-2458-8-93.

Xavier, M. (2007). *Redescobindo o Brasil – Processos Identitários de Brasileiros em Portugal*. Lisboa: ACIDI. Retirado de http://www.oi.acidi.gov.pt/docs/Col_Teses/10_MX.pdf.

ZOLBERG, A., (1989). The Next Wave: Migration Theory for a Changing World. *International Migration Review*, 23 (3), 403-430.

Anexos

Anexo 1. Declaração

Anexo 2. Consentimento informado

Anexo 3. Protocolo de entrevista