

Inclusão/exclusão das mulheres imigrantes nos cuidados de saúde em Portugal: Reflexão à luz do feminismo crítico

Joana Bessa Topa

*Universidade do Minho
Braga, Portugal*

Conceição Nogueira

*Universidade do Minho
Braga, Portugal*

Ana Sofia Antunes das Neves

*Instituto Superior da Maia
São Pedro de Avioso, Portugal*

RESUMO

O processo migratório pode constituir um factor de risco para a saúde, podendo acarretar uma maior vulnerabilidade em relação a problemas de saúde em geral (Carballo et al., 1998) e de saúde mental em particular, devido não só à dureza do processo migratório (Carta et al., 2005), mas também à exposição quotidiana a formas de discriminação (in Pusseti, Ferreira, Lechner & Santinho, 2009). Se existe um elevado desconhecimento do acesso efectivo dos/as imigrantes aos cuidados de saúde (Fonseca, Silva, Esteves & McGarrigle, 2009) mais acentuado é no que se concerne à mulher imigrante. Esta apresentação pretende evidenciar e reflectir sobre a necessidade dos países de acolhimento desenvolverem políticas a nível dos serviços de saúde, à luz dos feminismos, tendo em conta o estatuto de mulher e imigrante. Trata-se uma reflexão teórica sobre o tema que está a ser trabalhado empiricamente no âmbito de um doutoramento em Psicologia Social.

Palavras-chave: Imigração; género; saúde; feminismo crítico.

ABSTRACT

Inclusion/exclusion of immigrant women in health care in Portugal: Reflection in the light of feminist critical

The migration process can be a health factor risk, which may cause greater vulnerability to health problems in general (Carballo et al., 1998) and mental health in particular, not only because of the hardness of migration process (Charter et al., 2005), but also to exposure to everyday forms of discrimination (in Pusseti, Ferreira, Lechner & Santinho, 2009). If there is a high lack of effective access to the immigrants health care (Fonseca, Silva, Esteves & McGarrigle, 2009) more pronounced is in related to immigrant women. Its accessibility is very dependent on the situation of legality or illegality of their economic status, (un) aware of their rights of access to care health and their beliefs (2004 World Survey on the Role of Women in Development, 2006). This paper aims to highlight and reflect, under feminist perspective, on the need for host countries develop policies on the level of health services, given a real status to being a women and an immigrant. This is a theoretical reflection on the topic that is being worked empirically under a Ph.D. in Social Psychology.

Keywords: Immigration; gender; health; critical feminism.

RESUMEN

La inclusión/exclusión de las mujeres inmigrantes en el cuidado de la salud en Portugal: Reflexión a la luz de la crítica feminista

El proceso de migración puede ser un factor de riesgo para la salud y puede conducir a una mayor vulnerabilidad a los problemas de salud en general (Carballo et al., 1998) y la salud mental, en particular, debido no sólo a la dureza del proceso de migración (Carta et al., 2005), sino también la exposición formas cotidianas de discriminación (in Pusseti, Ferreira, Lechner & Santinho, 2009). Si hay una falta de alta de un acceso efectivo hacia los inmigrantes cuidado de la salud (Fonseca, Silva, Esteves & McGarrigle, 2009) más pronunciado es en relación con las mujeres inmigrantes. Esta presentación tiene por objetivo destacar y reflexionar sobre la necesidad de los países de acogida desarrollar políticas en el nivel de los servicios de salud, a la luz del feminismo, dada la situación de las mujeres y los inmigrantes. Se trata de una reflexión teórica sobre el tema que se está trabajando empíricamente el marco de un doctorado en Psicología Social.

Palabras clave: Inmigración; género; salud; feminismo crítico.

INTRODUÇÃO

No quadro actual da globalização, os movimentos migratórios têm vindo a ganhar uma crescente importância o que levou a que o debate científico em torno das diferentes questões sociais, culturais e políticas afectas ao fenómeno migratório se tenha intensificado nas últimas décadas no contexto das Ciências Sociais e Humanas, mercê do seu impacto no desenvolvimento das sociedades contemporâneas. Este debate recoloca as dimensões da diversidade, da complexidade e da heterogeneidade no centro da análise académica e social, obrigando a que as práticas e os discursos científicos se reajustem às evidências dos tempos actuais (Neves, 2007).

Contudo, este debate não engloba a variável género como vertente fundamental de caracterização, havendo uma tendência para assumir que as características da migração masculina se podem generalizar a todo o universo (Peixoto, 2005).

O crescimento da componente feminina no total de imigrantes residentes em Portugal confirmam a importância do desenvolvimento de estudos empíricos dentro desta temática. Para tal, é, pois, fundamental uma abordagem interrelacional entre as várias variáveis que se confluem – género, classe e etnicidade – para melhor conhecer as especificidades inerentes à adaptação e/ou inadaptção das mulheres imigrantes no país de acolhimento.

A experiência individual da imigração é vivida com rupturas nos laços familiares, afectivos, linguísticos, simbólicos, constitutivos da pessoa, e no acumular de referências culturais, por vezes, contraditórias, o que pode comportar um sério risco para a sua saúde física e/ou mental dos indivíduos sendo este mais acentuado para as mulheres.

Daí tornar-se imprescindível conhecer os percursos e os significados destas mulheres sendo indispensável privilegiar metodologias de análise que as tomem como peritas das suas experiências (Morse, 1994) de modo a termos mais conhecimento/informação no que se refere à epidemiologia como a outros aspectos relevantes da saúde das migrantes, nomeadamente os determinantes da saúde, o estado da saúde e o acesso aos cuidados de saúde.

FEMINISMOS, GÉNERO E IMIGRAÇÃO

Estima-se que na actualidade, as mulheres constituam cerca de metade de todo o universo de imigrantes no mundo, cerca de 95 milhões e que na União Europeia a imigração feminina represente cerca de 54% do número total de imigrantes (UNFPA,

2006). Em Portugal, por via da reunificação familiar (Fonseca, Ormond, Malheiros, Patrício & Martins, 2005), mas também como resultado de um processo de autonomização no âmbito do qual as mulheres imigram sozinhas, procurando salários mais elevados e melhores condições de vida (Pires, 2002 as cited in Wall, et al., 2005), o número de mulheres imigrantes tem vindo a tornar-se de facto muito significativo. Neste momento num universo de 440,227 mil imigrantes legalizados, 209.711 são mulheres (SEF, 2008). As nacionalidades mais presentes em Portugal, no que se refere às mulheres imigrantes, são a cabo-verdiana, a brasileira e a ucraniana (SEF, 2008).

Se, até meados dos anos 70, a imigração feminina era tida em segundo plano, sendo analisada em termos das imigrações familiares e não enquanto imigração autónoma (Albuquerque, 2005), sendo-lhes destinado um papel de seguidoras/submissas à decisão do seu marido/companheiro (Jacobsen & Levin, 2000 as cited in Hiller & McCaig, 2007), visão esta sustentada pelas próprias políticas de imigração (Kofman & Sales, 2001) que negligenciavam a mulher imigrante não lhes dando relevo nem o devido enfoque, actualmente existe a visão da mulher como um sujeito socialmente activo.

Verifica-se que apesar do trabalho de caracterização da imigração feminina em Portugal ter avançado substancialmente nos últimos anos, escasseiam estudos científicos que dêem conta do verdadeiro impacto das questões de género na imigração. A perspectiva androcêntrica continua presente nas leituras que se desenvolvem, não se valorando adequadamente os contributos que as mulheres trazem para as economias dos países onde vivem, sendo estes percepcionados como insignificantes (Gill, 2006). Esta exclusão fomenta um estado de cegueira que tem como efeito a perpetuação de uma visão de neutralidade, que efectivamente não existe (Willis & Yeoh, 2000 in White, 2002).

Sendo a mulher, segundo Rosi Broidatti (1994), um “sujeito nomádico”, um sujeito que se movimenta entre mundos, culturas e linguagens intervindo e interagindo, o seu olhar como leitora e crítica privilegia, perspectivas e reflexões ausentes ou negligenciadas pela crítica literária tradicional e pela sociedade.

A partir das décadas de 60 e 70 do século XX as questões de género começaram a ser colocadas no domínio da imigração, revitalizadas pelos estudos étnicos e o desenvolvimento dos estudos feministas (Assis, 2003 as cited in Diniz, 2008). De facto, perante a nova “era das migrações” e perante a feminização das mesmas (Castles & Miller, 1993/2003 as cited in Miranda, 2009), os feminismos assumem o género como elemento constitutivo da constelação social,

cultural e económica do processo de imigração, factor este responsável pela formação de identidades e pelo desenvolvimento de instituições sociais (Hondagneu-Sotelo, 1999). Contudo, apesar destes marcos corporizarem um ensejo de desmontar a corrente androcêntrica que tem sustentado os estudos sobre a imigração, a realidade é que as investigações levadas a cabo não são ainda suficientes para que se perceba de que modo o género influencia e/ou é influenciado pelo processo migratório. Os feminismos ainda não desenvolveram uma análise profunda sobre a imigração feminina (Hondagneu-Sotelo, 2000).

As diferenças existentes entre homens e mulheres imigrantes são muitas vezes comparadas nas pesquisas, mas não problematizadas com o intuito de se sistematizar o que as constrói, as condiciona ou as mantém (UNFPA, 2006). É necessário que este reforço da minoridade social seja questionado e desconstruído pela ciência e pela sociedade civil, dando este questionamento lugar a um movimento de desconstrução das práticas e dos discursos sociais de opressão.

Procuraremos, de seguida abordar e problematizar questões que interligam imigração, género e cuidados de saúde.

IMIGRAÇÃO, GÉNERO & SAÚDE

Tal como referenciamos anteriormente, a integração das imigrantes na sociedade portuguesa ganhou nos últimos anos do século XX uma importância crescente, constituindo hoje uma prioridade política. Muito embora as abordagens nacionais sejam marcadas pelas especificidades inerentes ao próprio país, Portugal tem tentado harmonizar as suas políticas nacionais de imigração e integração com as directivas comunitárias e tem procurado promover e facilitar o acolhimento e integração dos/as imigrantes. Esse esforço reflecte-se no Índice das Políticas de Integração¹² (MIPEX) publicado em 2007, que coloca Portugal em segundo lugar na classificação das medidas governamentais de integração dos imigrantes em 25 Estados da EU, no Canadá, Noruega e Suíça (as cited in Fonseca, Silva, Esteves & McGarrigle, 2009).

Tendo a imigração tem um impacto muito relevante na política interna e externa dos países surge como uma linha orientadora no discurso político das sociedades europeias, levando-as a debater a questão da relevância da participação política dos/as imigrantes, o seu direito ao voto nos países de acolhimento e a procurar uniformizar as leis e os procedimentos tendo em vista o estabelecimento de uma política europeia comum (European Commission, 2006) pois, infelizmente, a globalização não é um processo simétrico nem iguala-

litário (Martine, 2005), uma vez que inclui indivíduos, populações, países e regiões, mas ao mesmo tempo exclui outros/as (Castells, 1999 as cited in CEPAL, 2002).

Segundo um relatório da Comissão Europeia de 2006, são nove os agrupamentos de factores que mais condicionam a imigração e o seu impacto e que podem levar a condições de desigualdade para os/as imigrantes:

1. Políticas e directrizes institucionais que determinam os regimes de aceitação/inclusão dos/as imigrantes;
2. Políticas de acesso ao mercado de trabalho que determinam a natureza e a extensão dos direitos laborais dos/as imigrantes;
3. Políticas sociais que determinam o tipo de assistência social e a amplitude dos benefícios sociais disponível para os/as imigrantes;
4. Políticas de habitação que determinam as condições de habitabilidade em que vivem os/as imigrantes (e, muitas vezes, a tendência para a sua guetização em determinadas zonas geográficas);
5. Políticas de saúde que determinam o acesso a cuidados médicos e de saúde para os/as imigrantes;
6. Políticas de educação que determinam o acesso a oportunidades de desenvolvimento académico, social e cívico, associadas a medidas de aprendizagem e treino da língua oficial dos países de acolhimento;
7. Medidas de participação em actividades políticas que determinam o direito ao voto e à integração em actos que incluam eleições;
8. Políticas de apoio à integração que determinam o acesso a recursos promotores da adaptação aos países de acolhimento;
9. Práticas de exclusão e de discriminação que determinam a segregação social dos/as imigrantes.

Este conjunto de factores varia de país para país e ainda é muito pouco integrado o entendimento que globalmente se faz dos efeitos concretos destas dimensões nas trajectórias de vida dos/as imigrantes.

Um dos pontos assinalados recai sobre a área da saúde dos/as imigrantes. De facto, se existe um elevado desconhecimento do acesso efectivo dos/as imigrantes aos cuidados de saúde (Fonseca et al., 2009) mais acentuado é no que se concerne à mulher imigrante.

O processo de aculturação: “processo por que passam as pessoas, frequentemente já na idade adulta, em reacção a uma mudança de contexto cultural”

(Neto, 2008, p. 43) subentende inúmeras mudanças que podem ocorrer tanto a nível social como a nível individual (mudanças físicas, biológicas, políticas, económicas, culturais, sociais) que poderão envolver conflitos psicológicos, desintegração social e/ou até mesmo declínio na saúde mental (Neto, 2008).

Simultaneamente, a imigração confronta as mulheres com processos de categorização. A incompreensão continua a ser uma das facetas da abordagem da diferença na sociedade de acolhimento, daí que as categorizações e os estereótipos se multipliquem, interliguem e se vão confirmando mutuamente, abrangendo uma grande parte, se não a totalidade dos domínios da vida (Abranches, 2007).

A multiculturalidade ligada ao fenómeno migratório em Portugal produz, assim grandes desafios quer para os/as migrantes, quer para os serviços/instituições das sociedades de acolhimento (Trindade, 1995). Em consequência, e na tentativa de dar respostas adequadas às situações de imigração, os países de acolhimento têm tido necessidade de se moldar às novas configurações sociais, alterando as suas políticas de imigração, mas também a generalidade das suas políticas sociais (CEPAL, 2002). Vêm-se, assim, obrigados a analisar a experiência migratória dos sujeitos para além de qualquer tentação essencialista da condição migrante e a ter em consideração as questões do género.

Se, já desde 1948, a Declaração Universal dos Direitos Humanos e posteriores tratados de direitos humanos são inequívocos no tocante à igualdade entre mulheres e homens (UNIFEM, 2006). Neste momento, são inúmeras as organizações que a nível mundial defendem a necessidade de analisar e compreender os fenómenos sob uma perspectiva de género: Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres (CEDAW), Plataforma de Acção de Pequim, Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM).

A nível dos cuidados de saúde, os governos estão obrigados pela CEDAW e comprometidos pela Plataforma de Acção de Pequim a instituir uma ampla variedade de medidas relativas à prestação de serviços de saúde, a fim de garantir que homens e mulheres sejam igualmente beneficiados. É importante implementar garantias de igualdade de género em outras áreas, com vistas a assegurar que as mulheres tenham poder suficiente para serem capazes de aproveitar os serviços disponíveis. Assim, estas convenções contemplam na área da saúde eliminar a discriminação na esfera dos cuidados médicos, a fim de assegurar a igualdade de acesso de homens e mulheres a serviços de saúde, inclusive os referentes ao planeamento familiar (UNIFEM, s.d.), salvaguardam o aumento das acessibilidades das mulheres, durante todo o seu

ciclo de vida, a informações e serviços de saúde e afins apropriados, de qualidade e a baixo custo; referem a necessidade de um fortalecimento de programas preventivos que promovam a saúde da mulher; a realização de iniciativas sensíveis ao género que enfoquem doenças sexualmente transmitidas, HIV/AIDS e questões de saúde sexual e reprodutiva; referem a necessidade de promover estudos e disseminar informações sobre saúde da mulher; aumentar os recursos e monitorar o seguimento na saúde da mulher e eliminar a discriminação de meninas nas áreas de saúde e nutrição.

Assim, segundo o Relatório do World Health Organization (2009) é necessário desenvolver uma agenda comum a nível internacional para a saúde das mulheres que passaria por 4 eixos:

1. Construção de uma forte liderança e respostas institucionais uma vez que as respostas nacionais e internacionais tendem a ser fragmentadas;
2. Fazer que os serviços de saúde funcionem para as mulheres não só em termos de acessibilidade mas também a nível de compreensão e responsividade;
3. Proporcionar sociedades com mais saúde mudando políticas de saúde;
4. Construir bases de conhecimento com monitorização dos progressos.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), “saúde” é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade (WHO, 2009). Ao contrário do modelo biomédico, que concebia uma perspectiva redutora do conceito de saúde, a visão holística e sistémica defende que um conjunto complexo de dimensões (física-somática, afectiva e emocional, cognitiva, comportamental, sociocultural e ecológica) que influenciam o estado de saúde dos indivíduos (Fonseca et al., 2007).

De facto, apesar de não representar, em si mesma, um factor de risco para a saúde, a migração e as condições em que se processa podem aumentar a vulnerabilidade à doença (UNFPA, 2006). As questões de género, associadas a outros factores, como o tipo de migração, as condições a que o/a migrante é sujeito/a nos países de acolhimento, as políticas e atitudes destes países em relação à equidade e igualdade de oportunidades, o tipo de contacto mantido com o país de origem e a possibilidade de retorno e reintegração, a sua situação de legalidade e/ou ilegalidade determinam o impacto da migração nas populações (IOM, 2004 as cited in Dias, Rocha & Horta, 2009).

A literatura tem apontado no sentido de que as mulheres imigrantes têm piores indicadores de saúde comparativamente às mulheres autóctones, no que respeita, em particular, à mortalidade materna, perinatal e infantil, prematuridade, baixo peso à nascença, taxa de incidência de IST e taxa de prevalência de violência contra as mulheres.

Muitos autores realçam a maior vulnerabilidade que os imigrantes apresentam em relação a problemas de saúde em geral (Carballo et al., 1998) e de saúde mental em particular, devido não só à dureza do processo migratório (Carta et al., 2005), mas também à exposição quotidiana a formas de discriminação (as cited in Pusseti, Ferreira, Lechner & Santinho, 2009).

Esta acessibilidade está muito dependente da sua situação de legalidade ou ilegalidade e pelo seu estatuto económico, pela sua elegibilidade dos serviços de saúde e de terem ou não seguro e se existe possibilidade de comunicação linguística e cultural que permita um bom atendimento e propicie bons cuidados de saúde (United Nations, 2006).

Estudos demonstram que, por um conjunto complexo de factores, os/as imigrantes tendem a adoptar menos comportamentos preventivos, a recorrer com menor frequência aos cuidados de saúde e a receber pouca assistência pré-natal, o que as coloca em situação de risco e aumenta a dificuldade e custo do tratamento em caso de doença (UNFPA, 2006). Estudos anteriores sugerem que factores como o desconhecimento dos direitos no acesso aos cuidados de saúde, os costumes, as tradições e as crenças de saúde podem condicionar a necessidade percebida de aceder aos serviços de saúde e ser determinantes no uso e na procura dos mesmos por estas populações, fazendo-o apenas em situações de urgência ou em estado avançado da doença (Dias, Matos & Gonçalves, 2002 as cited in Dias et al., 2009). O European Women Lobby (2007) identifica que as mulheres imigrantes apresentam factores restritivos para a sua acessibilidade aos serviços de saúde não só pela dificuldade que possam ter a nível do domínio da língua do país de acolhimento, devido ao desconhecimento do modo como se processa e podem aceder aos sistemas de saúde e pelo facto de continuarem a trabalhar, na sua maioria, sob condições de exploração. O seu estado de saúde pode também ser comprometido pelo stress de aculturação.

O Projecto Equal Rights, Equal Voices da European Women Lobby (2007) evidencia que existe uma necessidade notória de criar uma base fundamentada nas reais experiências das mulheres imigrantes que terá como objectivo contribuir para o estabelecimento de políticas integradoras para estas mulheres. Alegam também para a necessidade de adoptar e implementar

um dispositivo legal por toda a Europa que garanta a segurança e integridade física de jovens mulheres que sofrem Mutilação Genital Feminina.

A segregação de género nas estatísticas e na pesquisa sobre migração é um factor que não pode deixar de ser tido em conta. Denota-se que os dados dos sistemas de saúde dos estados membros da União Europeia não fazem distinção entre sexos. Apenas alguns países o fazem e em áreas muito específicas (e.g. número de mulheres que deram à luz). A maioria da informação com base em género à qual temos acesso é ao Eurobarometer Special Survey Health and Long-Term Care na União Europeia (Fonseca et al., 2009). Não existem dados estatísticos nem experienciais face a quais são estas barreiras e como se manifestam, em particular na acessibilidade das mulheres imigrantes.

O Projecto MIGHEALTHNET, um projecto europeu que visa constituir uma Rede de Informação e Boas Práticas em Cuidados de Saúde para Imigrantes e Minorias na Europa e o Relatório do Estado de Arte Mundial fundamentam a necessidade de mais estudos qualitativos e quantitativos que possam documentar o estado de saúde dos/as imigrantes, identificando padrões de procura e de uso dos serviços de saúde assim como avaliar a percepção que têm sobre a qualidade dos serviços recebidos (SOAR, s.d.) e, fundamentam a sistematização e disseminação da informação relevante para caracterizar o estado e as práticas de saúde dos diferentes grupos de imigrantes e seus descendentes (Fonseca et al., 2009).

Portugal ratificou a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (1980), e o seu Protocolo Opcional (2002), tendo ainda aprovado a Declaração e a Plataforma de Acção de Pequim resultantes da IV Conferência Mundial das Nações Unidas sobre as Mulheres (1995), o que tem despertado os poderes políticos para um investimento nestas temáticas. Assim, o ACIDI – Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural considera, no Plano de Integração de Imigrantes (2007), que é necessário aprofundar o conhecimento científico sobre questões de género na imigração, tendo em conta em particular, os desajustamentos e vulnerabilidades das mulheres migrantes, encarando o acesso dos/as imigrantes aos serviços de saúde como medida potencializadora de uma melhor integração dos/as imigrantes em Portugal.

De facto, na última década os progressos verificados na investigação sobre migração e saúde foram notáveis em Portugal, como se confirma pela quantidade de trabalhos concluídos desde 2000. Contudo, apesar de entre 2000 e 2008 se terem realizado 38 estudos

sobre género e imigração (Machado & Azevedo, 2009) o número de investigações sobre mulheres imigrantes e saúde em Portugal é exímio existindo carência de investigação científica nesta área.

Simultaneamente, e apesar dos importantes avanços legislativos que ocorreram em Portugal desde 2001 e que garantiram o acesso dos imigrantes ao Serviço Nacional de Saúde, ainda existem problemas relacionados com barreiras estruturais/institucionais e com dificuldades que os próprios imigrantes enfrentam devido a constrangimentos de ordem pessoal (Fonseca et al. 2007).

Lamentavelmente, em Portugal há poucas instituições que recolhem dados sobre imigração e saúde. Para além do Instituto Nacional de Estatística (INE), através de alguns indicadores dos censos e do Inquérito às condições de vida e rendimento das famílias (aplicado anualmente), a Autoridade para as Condições do Trabalho publica dados relativos ao número de acidentes mortais por nacionalidade, segundo o sector de actividade, em relatórios anuais. Outra fonte importante é o Inquérito Nacional de Saúde, implementado pelo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, mas que apenas na última aplicação, em 2005/2006, incluiu a nacionalidade do inquirido como indicador (Fonseca et al., 2009).

Como consequência desta falta de conhecimentos (dados, estudos, etc.) hoje escasseia a informação no que se refere à epidemiologia como a outros aspectos relevantes da saúde dos/as migrantes, nomeadamente os determinantes da saúde, o estado da saúde e o acesso aos cuidados de saúde.

Se a Imigração pode afectar profundamente a saúde e o bem-estar das mulheres imigrantes, determinar se as mulheres recorrem aos serviços quando têm problemas de saúde é uma preocupação.

Segundo o 2004 World Survey on the Role of Women in Development (2006), as barreiras que as mulheres imigrantes encontram no acesso à saúde e que afecta e compromete a sua integração, coloca desafios aos sistemas de saúde dos países de destino. Se em alguns países o problema pode ser económico, países estes que não possibilitam um acesso livre dos cidadãos/ãs aos sistemas de saúde sem o respectivo pagamento, existem outros impedimentos para um uso efectivo dos recursos disponíveis. Os serviços de saúde muitas vezes possuem sistemas inadequados de tradução e interpretação o que leva a uma menor sensibilidade cultural. Daí que aja quem defenda a necessidade de ter mediadores culturais de modo a assegurar a qualidade dos serviços prestados.

A própria avaliação que as mulheres fazem dos serviços de saúde pode ser de tal modo negativa que iniba o seu acesso. Em muitas culturas, por exemplo, a concepção ocidental de saúde mental não existe.

Só recorrem a estes serviços de houver esforços para tornar mais compreensível o conceito e os benefícios. Muito frequentemente os/as imigrantes não recebem instruções e/ou explicações dos novos sistemas de saúde, o que causa confusões e más interpretações entre pacientes e profissionais de saúde e/ou SNS.

Segundo a declaração de Amesterdão os imigrantes não recebem cuidados de saúde ao mesmo nível do que a média da população – em termos de diagnóstico, tratamento e serviços preventivos – e os serviços de saúde não são suficientemente receptivos às necessidades específicas das minorias. Os profissionais da saúde não possuem a preparação cultural adequada para se relacionar com utentes provenientes de outros contextos, e quase não existe colaboração interdisciplinar entre ciências médicas e sociais. As sondagens europeias sublinham a alta percentagem de mal-entendidos entre operadores da saúde e pacientes imigrantes, mesmo quando estejam presentes mediadores linguísticos; e realçam como o uso da categoria “imigrante”, proposta nestes programas terapêuticos, homogeneiza experiências e vivências que podem ser completamente diferentes (diferenças, por exemplo, entre migrantes laborais, ilegais, refugiados, menores não acompanhados, vítimas de trauma, requerentes de asilo político, imigrantes de primeira geração ou seus descendentes, e ainda diferenças de género e de idade, etc.).

Salientam, também, que existe falta de reflexões aprofundadas sobre a especificidade e necessidades destes grupos em particular na área da saúde mental e na área da saúde em geral, onde continuam a ser reproduzidas atitudes universalistas, organicistas e bio-médicas da doença. Assim, é notório que as condições e as práticas de saúde dos/as imigrantes não podem dissociar-se do respectivo nível socioeconómico e do seu estatuto legal (Fonseca et al., 2007) mas também não se podem dissociar do género da pessoa em causa.

CONCLUSÃO

As mulheres representam actualmente uma parcela considerável do universo global da população migrante, disseminada pelo mundo. A feminização da migração resulta de um conjunto de forças estruturais condicionadas pelos papéis de género, pela discriminação sexual e pela globalização (UNIFEM, 2003).

O processo de influência entre género e migração é bastante complexo. Daí que as questões de género são assim indispensáveis para a compreensão da situação das mulheres e homens migrantes e das diferentes funções atribuídas no contexto do processo migratório (UNFPA, 2006).

Portugal foi palco, nas últimas décadas, de um crescente movimento de imigração, evoluindo de país de origem para igualmente país de acolhimento de fluxos migratórios (Provedoria da Justiça, 2008) e acompanhando a tendência da feminização da imigração.

A proliferação de estudos sobre a imigração feminina é hoje uma evidência inquestionável no domínio das Ciências Sociais e Humanas, nomeadamente em Portugal. Embora os feminismos tenham vindo a contribuir para a análise do fenómeno da imigração feminina a partir de uma leitura genderizada, é necessário aprofundar e tornar mais explícita esta leitura nos contextos da saúde, articulando-a com outras que equacionem a influência de variáveis para além do género nas trajetórias de vida dos/as imigrantes e nas próprias dinâmicas dos fluxos migratórios. Como advoga Bhavnani (1997), a opressão e a exploração das mulheres é criada e reproduzida, mas também alvo de resistências, em cinco domínios: a produção, a reprodução (que inclui a reprodução social e biológica, assim como a reprodução da força laboral, a prestação de cuidados, a socialização e a sexualidade. Porque a relação das mulheres com estes cinco domínios é contingente, económica, política, histórica, ideológica e culturalmente, as questões da etnicidade, para além das questões de género e da classe social, são importantes componentes dessa contingência.

O direito à saúde é, como se compreende, um direito inalienável dos indivíduos. É um dos direitos fundamentais, portanto, pelo que em concreto a questão do acesso aos serviços e cuidados de saúde deve ser equacionada no quadro político e programático do regime internacional dos direitos humanos e não apenas no contexto de programas e medidas governamentais de âmbito nacional, isto é, no quadro da cidadania.

Se em Portugal, a política de integração de imigrantes teve uma emergência muito tardia, começando a desenvolver-se apenas a partir de meados dos anos noventa e ainda se esteja ainda longe do desejável, as medidas apresentadas no Plano Nacional para a Integração de Imigrantes e o desenvolvimento de acções integradas que envolvem a participação de diversas instituições do sector público, privado e das ONGs, são reveladoras da importância política atribuída a esta questão e da preocupação em responder positivamente a alguns dos problemas já identificados.

Se a integração é um processo e não um fim, envolvendo a interacção entre imigrantes e autóctones e a adaptação das instituições sociais à diversidade sociocultural dos novos residentes, a redução das diferenças de oportunidades entre imigrantes e nativos, na saúde tal como em outros aspectos relevantes da vida de qualquer indivíduo, não é apenas uma

responsabilidade dos diferentes órgãos do governo, central ou local, implicando o envolvimento e a cooperação, horizontal e vertical, entre instituições diversas (Fonseca et al., 2007).

É, de todo, pertinente fomentar o debate e a investigação em torno da imigração feminina no domínio da Saúde, tentando escrutinar as especificidades sociais que se emaranham nos caminhos cruzados da integração social da mulher imigrante no domínio da Saúde em Portugal e desenvolver sobre elas propostas concretas de intervenção.

Estando Portugal claramente numa fase de adaptação a novas significações culturais, desafiar e desconstruir crenças internalizadas é a via académica, social e política capaz de promover uma integração efectiva da população imigrante feminina.

REFERÊNCIAS

- Abranches, M. (2007). *Pertenças fechadas em espaços abertos. Estratégias de (re)construção identitária de mulheres muçulmanas em Portugal*. Lisboa: ACIDI.
- Albuquerque, R. (2005). Para uma análise multidimensional da situação das mulheres: as relações entre género, classe e etnicidade. In SOS RACISMO (ed.). *Imigração e etnicidade – vivências e trajetórias de mulheres em Portugal* (pp. 37-49). Lisboa: SOS Racismo.
- Bhavnani, K. (1997). Women's studies and its interconnection with "Race", ethnicity and sexuality. In Robinson, V., & Richardson, D. (eds). *Introducing women's studies* (pp. 27-53). New York: Palgrave.
- Braidotti, R. (1994). A diferença sexual como um projecto político nómada. In Amaral, A., & Macedo, A. (orgs.). (2002). *Género, identidade e desejo – antologia crítica do feminismo contemporâneo* (pp. 143-160). Lisboa: Edições Cotovia.
- CEPAL (2002). A migração internacional e a globalização. In *Globalização e desenvolvimento*. [Online]. United Nations. Disponível em <<http://www.un.org/esa/desa/ousg/books/pdf/GlobalizacionPortuguesCap8.pdf>>. Consulta em 5 nov. 2008.
- Dias, S., Rocha, C., & Horta, R. (2009). *Saúde sexual e reprodutiva de mulheres imigrantes africanas e brasileiras – Um estudo qualitativo*. Lisboa: ACIDI.
- Diniz, E. C. (2008). *Brasileiras no mercado de trabalho na área metropolitana de Lisboa (Portugal): histórias e relatos de uma vida migrante e suas redes sociais*. Comunicação apresentada no Seminário Fazendo Género 8 – Corpo, Violência e Poder (Florianópolis). [Online]. Disponível em <http://www.fazendo.genero8.ufsc.br/sts/ST65/Eder_Carlos_Cardoso_Diniz_65.pdf>. Consulta em 14 nov. 2008.
- European Commission (2006). *European Migration Network- Impact of Immigration on Europe's Societies*. [Online]. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities. Disponível em <http://ec.europa.eu/justice_home/doc_centre/immigration/studies/docs/emn_immigration_2006_en.pdf>. Consulta em 10 nov. 2008.
- European Women's Lobby (2007). *Equal rights, equal voices: migrant women in European Union*. [Online]. Disponível em <<http://www.womenlobby.org/SiteResources/data/MediaArchive/Publications/1817%20BR%20en%20MP01LR.pdf>>. Consulta em 25 jan. 2010.
- Fonseca, L., Silva, S., Esteves, A., & McGarrigle, J. (2007). Saúde e integração dos imigrantes em Portugal: uma perspectiva geo-

- gráfica e política. [Online]. *Revista Migrações – Imigração e Saúde*, 1. Disponível em <www.oi.acidi.gov.pt>. Consulta em 22 jan. 2010.
- Fonseca, M., Ormond, M., Malheiros, J., Patrício, M., & Martins, F. (2005). *Reunificação familiar e imigração em Portugal*. Lisboa: ACIME.
- Gill, R. (2006). Global feminism: Trends in the literature. *Organization*, 13, 589-598.
- Hiller, H., & McCaig, K. (2007). Reassessing the role of partnered women in migration decision-making and migration outcomes. [Online]. *Journal of Social and Personal Relationships*, 24, 457-472. Disponível em <http://spr.sagepub.com/cgi/content/abstract/24/3/457>. Consulta em 13 out. 2008.
- Hondagneu-Sotelo, P. (1999). Introduction: Gender and Contemporary U.S. Immigration, *American Behavioral Scientist*, 42, 565-576.
- Hondagneu-Sotelo, P. (2000). Feminism and Migration. [Online]. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, 571, 107-120. Disponível em <http://ann.sagepub.com/cgi/content/abstract/571/1/107>. Consulta em 13 out. 2008.
- Kofman, E., & Sales, R. (2001). *Migrant women and exclusion in Europe*. In Fink, J., Lewis, G., & Clarke, J. *Rethinking European Welfare: Transformations of Europe and Social Policy* (pp. 96-109). SAGE.
- Machado, F., & Azevedo, J. (2007). A investigação sobre imigração e etnicidade em Portugal: tendências, vazios e propostas. [Online]. *Revista Migrações – Imigração e Saúde*. Lisboa: ACIDI. Disponível em www.oi.acidi.gov.pt>. Consulta em 15 fev. 2010.
- Martine, George (2005). A globalização inacabada migrações internacionais e pobreza no século 21. *São Paulo em Perspectiva*, 19, 3, 3-22.
- Miranda, J. (2009). *Mulheres imigrantes em Portugal: memórias, dificuldades de integração e projectos de vida*. Lisboa: ACIDI.
- Morse, J. (1994). Designing funded qualitative research. In N.K. Denzin, & Y.S. Lincoln (eds.). *Handbook of qualitative research* (pp. 220-235). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Neves, S. (2007). Psicologia, diversidade social e multiculturalidade: caminhos cruzados. *Psychologia*, 45, 125-145.
- Neto, F. (2008). *Estudos de psicologia intercultural – nós e os outros*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Peixoto, J. (coord.). (2005). *O tráfico de migrantes em Portugal*. Perspectivas sociológicas, jurídicas e políticas. Lisboa: Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas.
- Provedoria da Justiça (2008). *Relatórios sociais: imigração, direitos das mulheres, infância e juventude, protecção da saúde, sistema penitenciário*. Lisboa: Provedoria de Justiça – Divisão de Documentação.
- Pussetti, C., Ferreira, J., Lechner, E., & Santinho, C. (2009). *Migrantes e saúde mental – a construção da competência cultural*. Lisboa: ACIDI.
- SEF (2008). *Estatísticas*. [Online]. Disponível em <http://www.sef.pt/documentos/59/Distritos_%202008%20Rev%20VIII.pdf>. Consulta em 6 maio 2010.
- SOAR (s.d.). *The role of health in integration*. [Online]. Disponível em <www.ercomer.eu/downloads/ingIV.doc>. Consulta em 15 fev. 2010.
- Trindade, M. B. (coord.). (1995). *Sociologia das migrações*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Trindade, M. B. (coord.). (1995). *Sociologia das migrações*. Lisboa: Universidade Aberta.
- UNIFEM (2003). *Human Rights Protections Applicable to Women Migrant Workers – A UNIFEM Briefing Paper*. [Online]. New York: United Nations Development Fund for Women. Disponível em <http://www.unifem.org/attachments/products/HRProtectionsApplicable2WMW_eng.pdf>. Consulta em 14 nov. 2008.
- UNIFEM (2006). *Empowering Women Migrant Workers*. Draft. [Online]. United Nations Development Fund for Women. Disponível em <http://www.unifem.org/attachments/gender_issues/women_poverty_economics/WomenMigrantWorkersBrief20060607.pdf>. Consulta em 14 nov. 2008.
- UNIFEM (s.d.). *Rumo à igualdade de género: CEDAW, Pequim e os ODM*. [Online]. Kay Printing. Disponível em <http://www.unifem.org/attachments/products/PathwayToGenderEquality_final_por.pdf>. Consulta a 15 fev. 2010.
- United Nations – Department of Economic and Social Affairs (2006). *2004 World Survey on the Role of Women in Development – Women and International Migration*. New York: United Nations.
- UNFPA (2006). *State of World Population 2006*. [Online]. A Passage to Hope: Women and International Migration. UNFPA. Disponível em <http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/650_filename_sowp06-en.pdf>. Consulta em 6 nov. 2008.
- Wall, K., Nunes, C., & Matias, A. R. (2005). *Immigrant women in Portugal: migration trajectories, main problems and policies*. [Online]. Institute of Social Sciences, University of Lisbon. Disponível em <http://www.oi.acime.gov.pt/docs/RelatorioPT/NR_Immigrant_Women_Portugal.pdf>. Consulta em 30 out. 2008.
- White, A. (2002). Book Review: Gender and Migration. *Progress in Human Geography*, 26, 718-719.
- World Health Organization (2009). *Women and Health*. [Online]. Disponível em <http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563857_eng.pdf>. Consulta 11 fev. 2010.

Recebido em: 02/06/2010 Aceito em: 15/09/2010.

Autoras:

Joana Bessa Topa é Psicóloga, licenciada em 2004 no Instituto Superior da Maia e mestrada em Psicologia Clínica e da Saúde pelo mesmo Instituto. É pós-graduada em Intervenção Social pela Escola Superior de Paula Frassinetti. Durante dois anos e meio desempenhou funções como Psicóloga na Santa Casa da Misericórdia de Paredes no âmbito do Protocolo de Rendimento Social de Inserção celebrado entre a Irmandade da Misericórdia de Paredes e o Centro Distrital de Segurança Social do Porto. No presente ano exerce a função de Psicóloga no Projecto EPIS – Empresários pela Inclusão Social em duas escolas do Concelho de Matosinhos (Escola EB 2,3 de Custóias e na Escola EB 2,3 de Leça de Balio). Foi membro da Equipa de Investigação “Sonhos Traficados – As rotas da violência e da imigração feminina” coordenada pela Professora Doutora Sofia Neves em 2008. Neste momento encontra-se a tirar o doutoramento em Psicologia Social pela Universidade do Minho.

Conceição Nogueira – Doutorada em Psicologia Social, no domínio dos Estudos de Género e é docente da Escola de Psicologia da Universidade do Minho, Braga, Portugal. Leciona as disciplinas de Contextos de Intervenção Comunitária e Psicologia e Diversidade nos cursos de graduação (1º ciclo) e é coordenadora do Programa de Doutoramento em Psicologia Social-Género e Sexualidade. É co-editora com Lígia Amâncio do livro Gender, Management and Science, co-autora com Isabel Silva do livro Cidadania. Construção de novas práticas em contexto educativo e autora do livro Um Novo Olhar Sobre as Relações sociais de género, editado pela Fundação Calouste Gulbenkian. Tem várias publicações em revistas (nacionais e internacionais) capítulos de livros e actas de Congressos sobre a temática dos Estudos de Género e Feminismo, para além de experiência de coordenação de projectos de investigação no domínio. <cnog@psi.uminho.pt>.

Sofia Neves – Doutorada em Psicologia Social pelo Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho. Exerce actualmente funções de professora auxiliar e investigadora no Instituto Superior da Maia (ISMAI) onde coordena uma linha de investigação subordinada às questões da violência, da imigração feminina e do tráfico humano. Ao longo do seu percurso académico e profissional tem-se vindo a dedicar à investigação na área dos estudos feministas e de género, da psicologia social crítica e da psicologia da justiça. Tem publicado artigos em revistas da especialidade nacionais e internacionais e publicou, em 2008, um livro intitulado Amor, Poder e Violências na Intimidade: os caminhos cruzados do pessoal e do político, pela editora Quarteto. <asneves@docentes.ismai.pt>.

Enviar correspondência para:

Joana Bessa Topa
Universidade do Minho- Departamento de Psicologia Social
Campus Gualtar
4710-057 Braga
E-mail: joana.topas.07@hotmail.com